

Statistiques canadiennes sur le cancer 2009

Sujet particulier :
Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes

www.cancer.ca

PRODUIT PAR :
SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER,
STATISTIQUE CANADA,
RÉGISTRES DU CANCER DES
PROVINCES ET DES TERRITOIRES,
AGENCE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE DU CANADA



Membres du comité directeur

Loraine Marrett (présidente), PhD

Études et surveillance de la population, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario)

Prithwish De, PhD

Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, MD, FRCPC

PEI Cancer Treatment Centre and Cancer Registry, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Larry Ellison, MSc

Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

Eva Grunfeld, MD, DPhil, FCFP

Institut ontarien de recherche sur le cancer et Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Heather Logan, RN, BScN, MHSc, CHE

Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Maureen MacIntyre, MHSA

Surveillance and Epidemiology Unit, Cancer Care Nova Scotia, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Les Mery, MSc

Groupe d'action pour la surveillance, Partenariat canadien contre le cancer, Ottawa (Ontario)

Howard Morrison, PhD

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,
Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Hannah K. Weir, PhD

Division of Cancer Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention,
Atlanta (Georgie)

Soutien analytique et statistique

Lin Xie, MSc (statistique), MSc (MIS)

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,
Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Robert Semenciw, MSc

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,
Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Citation : On peut reproduire ou copier les renseignements qui figurent dans la présente publication, à condition d'en indiquer la source :

« Comité directeur de la Société canadienne du cancer : **Statistiques canadiennes sur le cancer 2009. Toronto : Société canadienne du cancer, 2009** ».

Avril 2009, ISSN 0835-2976

Le présent rapport peut être consulté sur Internet à l'adresse <http://www.cancer.ca/statistiques>

Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de cette publication au fil des ans. C'est pourquoi le comité directeur tient à ce que cette collaboration se poursuive. Si vous souhaitez figurer sur la liste d'envoi de la publication et la recevoir l'an prochain, ou encore donner votre avis sur les façons de l'améliorer, veuillez remplir le *Bon de commande et formulaire d'évaluation*, ou envoyer un courriel à l'adresse : stats@cancer.ca. Pour obtenir d'autres exemplaires, il suffit de s'adresser à une des divisions de la Société canadienne du cancer ou de téléphoner au Service d'information sur le cancer, au numéro 1 888 939 3333 (voir *Pour en savoir plus sur le cancer*).

This publication is available in English upon request.

1. Incidence et mortalité selon le siège ou type de cancer

- ◆ On estime que 171 000 nouveaux cas de cancer (à l'exclusion de 75 100 cas de cancer de la peau autres que le mélanome) et 75 300 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2009.
- ◆ Trois sièges de cancer sont responsables de la majorité des nouveaux cas chez chaque sexe, soit les cancers de la prostate, du poumon et du côlon et du rectum chez les hommes et les cancers du sein, du poumon et du côlon et du rectum chez les femmes.
- ◆ Le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les deux sexes.
- ◆ Dans l'ensemble, le cancer du côlon et du rectum constitue la deuxième cause de mortalité par cancer.

2. Incidence et mortalité selon la province

- ◆ En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, et les plus bas en Colombie-Britannique.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce dernier continuent d'être plus élevés au Québec et plus faibles en Colombie-Britannique chez les hommes. Chez les femmes, c'est la Nouvelle-Écosse qui enregistrera vraisemblablement le taux d'incidence du cancer du poumon le plus élevé.
- ◆ Les taux de mortalité attribuable au cancer du côlon et du rectum à Terre-Neuve-et-Labrador sont environ le double de ceux enregistrés en Colombie-Britannique.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du sein semblent passablement constants d'une région à l'autre du pays.

3. Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe

- ◆ 43 % des nouveaux cas de cancer et 60 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de 70 ans et plus.
- ◆ 30 % des nouveaux cas de cancer et 17 % des décès dus à cette maladie surviendront chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen de 20 à 59 ans, à une étape de leur vie où ils sont le plus productifs et élèvent des enfants.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer sont en hausse chez les jeunes femmes de 20 à 39 ans. La mortalité diminue chez les hommes à tous les âges et chez les femmes de moins de 70 ans.

4. Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

- ◆ L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome, est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- ◆ Entre 1996 et 2005, les taux d'incidence du cancer de la thyroïde ont augmenté de plus de 6 % par année, chez les deux sexes. Au cours de la même période, les taux d'incidence du cancer du foie ont grimpé de plus de 3 % par année, chez les hommes.

FAITS SAILLANTS

- ◆ Entre 1996 et 2005, les taux d'incidence ont baissé de 2 % ou plus par an pour le cancer de l'estomac chez les hommes, le cancer du larynx chez les deux sexes, et le cancer du col de l'utérus chez les femmes.
- ◆ Sauf pour le cancer du poumon, les taux de mortalité ont chuté de presque 20 % chez les femmes depuis 1980.
- ◆ Entre 1995 et 2004, les taux de mortalité ont baissé de 2 % ou plus par an pour le cancer de la prostate, du poumon, de la cavité buccale et du larynx chez les hommes, le cancer de l'estomac et la maladie de Hodgkin chez les deux sexes, et le cancer du col de l'utérus chez les femmes.

5. Incidence, mortalité et survie chez les enfants (de 0 à 14 ans)

- ◆ Bien qu'il soit rare, le cancer chez les enfants demeure un problème de santé publique important.
- ◆ Environ 836 enfants canadiens âgés de 0 à 14 ans développent un cancer chaque année, et grâce à l'efficacité du traitement des cancers les plus courants, le sixième des cas se soldent par un décès.
- ◆ Bien que le taux d'incidence du cancer chez les enfants soit relativement stable depuis 1985, le taux de mortalité lié au cancer continue de baisser.
- ◆ Au Canada, près de 80 % des enfants atteints du cancer participaient à un essai clinique ou étaient traités selon un protocole en bonne et due forme établi dans le cadre d'un essai clinique.
- ◆ Avec l'amélioration du taux de survie au cancer chez les enfants (qui s'élève maintenant à 82 %), il devient de plus en plus nécessaire d'assurer un suivi à long terme des séquelles de cette maladie.

6. Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir

- ◆ D'après les taux d'incidence actuels, près de 40 % des Canadiennes et de 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- ◆ D'après les taux de mortalité actuels, 24 % des femmes et 29 % des hommes, soit environ 1 Canadien sur 4, mourront du cancer.

7. Survie relative à cinq ans des cas de cancer

- ◆ Les taux de survie relative étaient les plus élevés pour les cancers de la thyroïde, des testicules, de la prostate et pour le mélanome.
- ◆ Les taux de survie relative étaient les plus faibles pour les cancers du pancréas, de l'œsophage, du poumon et du foie.
- ◆ La survie relative au cancer du poumon diminue en général avec l'âge; les taux de survie relative au cancer du sein sont beaucoup plus faibles chez les femmes qui avaient entre 20 et 39 ans au moment du diagnostic que chez celles de tous les autres groupes d'âge subséquents jusqu'à 79 ans.
- ◆ Les taux de survie relative ont augmenté de 4,5 %, tous sièges/types de cancer confondus, entre 1992-1994 et 2002-2004. Les augmentations les plus marquées concernent les lymphomes non hodgkiniens et le cancer de la prostate.

8. Prévalence

- ◆ Le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du côlon et du rectum et le cancer du poumon, qui ont été diagnostiqués entre 1995 et 2004, étaient les cancers les plus courants en date du 1^{er} janvier 2005 et représentaient presque 60 % des cas diagnostiqués durant cette période de 10 ans.
- ◆ Chez les femmes, les cancers les plus courants durant cette période de 10 ans étaient le cancer du sein, le cancer du côlon et du rectum, le cancer du corps de l'utérus et le cancer du poumon.
- ◆ Chez les hommes, les cancers les plus courants durant cette période de 10 ans étaient le cancer de la prostate, le cancer du côlon et du rectum, le cancer de la vessie et le cancer du poumon.
- ◆ Au fur et à mesure que le nombre de Canadiens recevant un diagnostic de cancer continue d'augmenter et que la survie au cancer augmente, le taux de prévalence du cancer augmente. Ce fardeau de plus en plus lourd aura une incidence sur les ressources en santé, étant donné qu'un nombre croissant de Canadiens auront besoin de traitements médicaux, d'un suivi et de soins de soutien.

9. Cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans)

- ◆ On a enregistré 2 075 nouveaux cas de cancer par an, en moyenne, entre 1992 et 2005 et 326 décès par an entre 1991 et 2004 dans ce groupe d'âge.
- ◆ Le nombre de cas de cancer diagnostiqués est plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes.
- ◆ Les lymphomes sont le type de cancer le plus couramment diagnostiqué chez les deux sexes, tandis que le cancer de la thyroïde chez les femmes et le cancer des testicules chez les hommes sont diagnostiqués selon la même fréquence.
- ◆ La leucémie est la principale cause de mortalité due au cancer pour les deux sexes.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer ont augmenté de 0,8 % par an chez les hommes et de 1,4 % par an chez les femmes entre 1996 et 2005, tandis que les taux de mortalité ont diminué pour les deux sexes au cours de la même période.
- ◆ Nous en savons peu sur les facteurs de risque pour un grand nombre des principaux sièges de cancer dans ce groupe d'âge, ce qui complique l'élaboration de mesures de prévention.
- ◆ Le taux de survie observé à cinq ans est passé de 80 % à 85 % entre 1992-1995 et 2001-2004, tous types/sièges de cancer confondus.
- ◆ Les problèmes liés au traitement et aux soins comprennent les retards de diagnostic; le faible taux de participation aux essais cliniques; le manque de soins adaptés à l'âge; les difficultés liées au soutien social durant le traitement du cancer; de même que les effets tardifs du traitement; les deuxièmes cancers; et les besoins psychosociaux à long terme des survivants du cancer.

Statistiques canadiennes sur le cancer, qui fait partie d'une série annuelle inaugurée en 1987, est l'œuvre des membres du Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer, soutenu par la Société canadienne du cancer. Le Comité directeur est responsable des aspects suivants : élaboration du contenu, examen et interprétation des données statistiques et rédaction du texte. Il est formé de représentants de la Société canadienne du cancer, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de Statistique Canada, du Conseil canadien des registres du cancer, du Partenariat canadien contre le cancer, de même que de chercheurs du milieu universitaire et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer. Des renseignements sur l'élaboration de cette publication sont présentés ci-après.

Objet et publics cibles

Cette publication annuelle vise avant tout à fournir aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs des renseignements détaillés sur l'incidence des cancers les plus courants, sur la mortalité associée à ces derniers selon l'âge, le sexe, la période et la province ou le territoire, de même que sur d'autres mesures connexes. Ces données peuvent susciter de nouveaux travaux de recherche et faciliter la prise de décisions et l'établissement de priorités aux niveaux individuel, communautaire, provincial/territorial et national. Le rapport est également consulté par les éducateurs, les médias et les membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Sources de données (pour des renseignements détaillés, voir l'Annexe II)

Le Registre canadien du cancer (RCC), le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC) et la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès sont les principales sources de données pour cette publication. En bref :

- ◆ Les données cliniques et démographiques sur les cas de cancer récemment diagnostiqués sont recueillies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer pour les personnes résidant dans la province ou le territoire en question. Elles sont communiquées annuellement à Statistique Canada et ajoutées au RCC.
- ◆ Les données démographiques et les renseignements sur les causes de décès sont recueillies par les registres provinciaux et territoriaux de l'état civil pour les personnes qui résidaient dans la province ou le territoire en question lors du décès. Ils sont communiqués annuellement à Statistique Canada et ajoutés à la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès.
- ◆ Sauf indication contraire, les cancers mentionnés dans le présent rapport sont définis selon les catégories décrites dans le *tableau A9 : Définitions des cancers*.
- ◆ Les cancers suivants ont été exclus :
 - Les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). La plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome. Les estimations canadiennes sont basées sur les données provenant de trois provinces et elles sont présentées dans le tableau 1.1 seulement.
 - Les tumeurs bénignes et les cancers *in situ* (sauf les cancers *in situ* de la vessie).

Données réelles et données estimatives (pour des renseignements détaillés, voir l'Annexe II)

- ◆ Il est important de signaler que l'information contenue dans la présente publication comprend à la fois des données réelles et des données estimatives.
- ◆ Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 pour l'ensemble des provinces et des territoires sauf pour le Québec, la province n'ayant pas présenté ses données à temps au RCC.
- ◆ Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2004 pour l'ensemble des provinces et des territoires.
- ◆ Les données sur l'incidence pour la période de 2007 à 2009 (de même que 2006 pour le Québec) et les données sur la mortalité pour 2005 à 2009 sont estimées à partir de tendances à long terme (15 à 20 ans). Par conséquent, les taux prévus pourraient ne pas tenir compte des changements récents dans les tendances à long terme.

Examen et analyse

- La Division de la surveillance des maladies chroniques du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) s'est chargée de l'analyse des données dans la plupart des sections. Les analystes ont été appuyés par Maggie Stewart, qui a mis à jour les figures et les tableaux.
- Des analyses ont également été fournies par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada.
- Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont examiné les estimations relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer dans leur province et territoire respectif. Les résultats finals de cet examen sont présentés dans les tableaux A8.1 et A8.2.
- Michel Beaupré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Jean-Marc Daigle, de l'Institut national de santé publique du Québec ont revu la version française de cette publication.

Sujet particulier

- ◆ Le sujet particulier traité cette année est le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans). Des observations sur les versions définitives du texte ont été faites par les réviseurs externes suivants :
 - Des membres du C17 Council, notamment les D^{rs} Ronald D. Barr et Paul Rogers.
- ◆ L'Annexe III présente une liste complète des sujets particuliers déjà traités.
- ◆ On peut consulter en ligne les sujets particuliers traités au cours des années antérieures (de 1997 à 2008) ou obtenir sur demande des exemplaires de la version imprimée des textes (en écrivant à stats@cancer.ca).

Production et distribution

La Société canadienne du cancer appuie la production, l'impression et la distribution du présent rapport à l'aide de dons de charité. La coordination a été assurée par Monika Dixon qui a apporté un soutien administratif tout au long du processus, de la planification à la distribution.

Comment accéder au contenu de la présente publication

Des copies électroniques de la publication, en français et en anglais, et certaines autres données statistiques ne figurant pas dans le rapport peuvent être obtenues sur le site Web de la Société canadienne du cancer à www.cancer.ca/statistiques. Le contenu de la présente publication peut être utilisé sans permission. Les renseignements exacts concernant la source à indiquer dans ce cas figurent au début du document.

Les lecteurs qui souhaitent obtenir des renseignements complémentaires peuvent consulter la section intitulée *Pour en savoir plus sur le cancer*.

	Page
1. Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer	12
2. Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer selon la province	17
3. Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer selon l'âge et le sexe	25
4. Tendances de l'incidence et de la mortalité	32
5. Incidence, mortalité et survie chez les enfants (de 0 à 14 ans)	53
6. Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	57
7. Survie relative à cinq ans	60
8. Prévalence	66
9. Sujet particulier : Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans)	71
Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès	94
Annexe II : Sources de données et méthodologie	101
Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années	117
Glossaire	118
Références	122
Pour en savoir plus sur le cancer	127
Bon de commande et formulaire d'évaluation	131

SITE WEB SEULEMENT – www.cancer.ca/statistiques

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer (Tableau W1 et Figure W1 compris)

Cancer chez les enfants et les jeunes (0 à 19 ans) (Tableau W2 et Figure W2 compris)

Annexe W1 – Classification des cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans) selon l'International Classification of Childhood Cancer, troisième édition et les SEER Site Recodes

Annexe W2 – Classification des décès par cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans) selon la Classification internationale des maladies, dixième révision

Annexe W3 – Classification des cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans) par tumeur épithéliale ou non épithéliale, selon la CIM-O, Histologie et topographie

Tableaux

1.1	Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe, Canada, 2009	14
2.1	Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe et la région, Canada, 2009	20
2.2	Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009	21
2.3	Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009	22
2.4	Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009	23
2.5	Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009	24
3.1	Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009	27
3.2	Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour les cancers les plus courants selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009	28
4.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1980-2009	48
4.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1980-2009	49
4.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1980-2009	50
4.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1980-2009	51
4.5	Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada	52
5.1	Nouveaux cas et décès, taux annuels moyens d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, estimations (%) de la proportion de survie observée (PSO) et intervalle de confiance (IC) à 95 %, par groupe de diagnostics, chez les enfants (de 0 à 14 ans), Canada	55
6.1	Probabilité à vie d'être atteint du cancer ou d'en mourir et probabilité d'être atteint du cancer selon l'âge, Canada	58
7.1	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 % pour certains cancers selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 2002-2004	63
7.2	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 % pour les deux sexes combinés et selon la province pour les cancers les plus courants, 2002-2004	64
7.3	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 % selon le groupe d'âge pour les cancers les plus courants, Canada (à l'exclusion du Québec), 2002-2004	64
8.1	Nombre de cas prévalents, selon la prévalence-durée, le type de cancer et le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2005	69

8.2	Prévalence sur dix ans pour les cancers les plus courants selon le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2005	70
9.1	Années potentielles de vie perdues attribuables au cancer, Canada, 2004	80
9.2	Nouveaux cas et taux d'incidence annuels moyens normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), Canada, 1992-2005	81
9.3	Décès et taux de mortalité annuels moyens normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), Canada, 1991-2004	83
9.4	Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1996-2005	85
9.5	Estimations de la proportion de la survie observée (intervalle de confiance à 95 %) pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon la durée de survie, Canada (à l'exclusion du Québec), 1997-2004	86
9.6	Estimations de la proportion de la survie à cinq ans observée (intervalle de confiance à 95 %) pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe et le groupe d'âge, Canada (à l'exclusion du Québec), 1997-2004	87
9.7	Estimations de la proportion de la survie à cinq ans observée (intervalle de confiance à 95 %) pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon la période, Canada (à l'exclusion du Québec)	88
A1	Données réelles sur l'incidence du cancer, Canada, 2005	95
A2	Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2004	96
A3	Données réelles sur l'incidence de certains cancers selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada	97
A4	Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada	98
A5	Données réelles sur la mortalité pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2004	99
A6	Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2004	100
A7	Changements de définitions de cancers observés depuis 2004	112
A8.1	Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux d'incidence selon le siège ou le type de cancer et la province, 2009	113
A8.2	Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux de mortalité selon le siège ou le type de cancer et la province, 2009	114
A9	Définitions de cancer	115

Figures

1.1	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, hommes, Canada, 2009	15
1.2	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, femmes, Canada, 2009	16
3.1	Taux d'incidence (2005) et de mortalité (2004) selon le groupe d'âge et le sexe pour tous les cancers, Canada	29
3.2	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1980-2009	30
4.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, 1980-2009	39
4.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1980-2009	40
4.3	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1980-2009	41
4.4	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1980-2009	42
4.5	Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1980-2009	43
4.6	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1980-2009	44
4.7	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1980-2009	45
4.8	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1980-2009	46
4.9	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1980-2009	47
5.1	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge associés à certains cancers chez les enfants et les jeunes (de 0 à 14 ans), Canada, 1985-2009	56
7.1	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) pour les deux sexes combinés et pour certains cancers, Canada (à l'exclusion du Québec), 2002-2004 vs 1992-1994	65
8.1	Taux de prévalence sur cinq ans fondés sur l'âge pour tous types de cancer confondus, selon le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2005	70
9.1a	Principaux sièges ou types de cancer chez les jeunes hommes (de 15 à 29 ans) et pourcentage des nouveaux cas, Canada, 1992-2005	89
9.1b	Principaux sièges ou types de cancer chez les jeunes femmes (de 15 à 29 ans) et pourcentage des nouveaux cas, Canada, 1992-2005	89
9.2	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs épithéliales et non épithéliales et taux de mortalité globaux (jusqu'en 2004), chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005	90

9.3a	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs non épithéliales courantes chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005	91
9.3b	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs épithéliales courantes chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005	93

1. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LE SIÈGE OU TYPE DE CANCER

L'importance des différents types de cancer peut se mesurer de deux façons, comme l'indique le tableau 1.1. L'incidence s'entend du nombre de nouveaux cas d'un cancer donné diagnostiqués durant une année. La mortalité correspond au nombre de décès associés à un cancer particulier durant l'année.

On estime à 171 000 le nombre de nouveaux cas de cancer et à 75 300 le nombre de décès dus à cette maladie qui surviendront au Canada en 2009, ce qui représente une augmentation de 4 600 cas diagnostiqués et de 1 500 décès par rapport à 2008. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse celle observée chez les femmes (52,2 % vs 47,8 % et 52,6 % vs 47,4 %), respectivement (tableau 1.1). De plus, 75 100 nouveaux cas et 270 décès attribuables à des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) devraient être diagnostiqués en 2009. Ces cancers font l'objet de rapports distincts parce qu'ils représentent la forme de cancer la plus couramment diagnostiquée chez les Canadiens, bien qu'ils soient associés à très peu de décès. La plupart des registres du cancer ne recueillent pas systématiquement l'information sur ces cancers.

Si l'on fait abstraction des cancers de la peau autres que le mélanome, plus de la moitié des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois sièges ou types de cancer chez les deux sexes, à savoir le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer du côlon et du rectum chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer du côlon et du rectum chez la femme. Le cancer du poumon demeure la principale cause de décès par cancer tant chez les hommes (28,3 %) que chez les femmes (26,3 %) (figures 1.1 et 1.2). Le nombre total de cas de cancer du poumon chez les deux sexes (n = 23 400) est inférieur au nombre de cas de cancer de la prostate (n = 25 500) mais il est légèrement supérieur au nombre de cas de cancer du sein (n = 22 700) chez les femmes.

Chez les Canadiennes, le cancer du sein demeure le plus fréquent, soit 22 700 nouveaux cas prévus en 2009. L'incidence du cancer du poumon pourrait demeurer stable chez les femmes, le nombre estimatif prévu de nouveaux cas diagnostiqués s'élevant à 10 700 en 2009 (environ 600 cas de moins qu'en 2008)¹. Cependant, le cancer du poumon continue d'être la principale cause de mortalité due au cancer chez les femmes, un nombre estimatif de 9 400 décès étant prévu en 2009 (environ 200 cas de plus qu'en 2008)¹. Le cancer du sein est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes.

Chez les hommes, le cancer de la prostate continue d'être le cancer le plus couramment diagnostiqué, avec un nombre estimatif de 25 500 nouveaux cas, comparativement aux 12 800 cas de cancer du poumon. Le cancer du poumon demeurera la principale cause de mortalité due au cancer chez les hommes au Canada en 2009; le nombre estimatif de 11 200 décès dus à cancer du poumon dépasse de loin le chiffre de 4 900 décès dus au cancer du côlon et du rectum, deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes. Le cancer de la prostate se classe au troisième rang des causes de mortalité avec 4 400 décès.

1. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LE SIÈGE OU TYPE DE CANCER

Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité due au cancer chez les Canadiens (hommes et femmes combinés), suivi du cancer du côlon et du rectum.

Le nombre de nouveaux cas de cancer devrait s'élever à 171 000 en 2009, ce qui représente un nombre d'environ 470 Canadiens qui recevront un diagnostic de cancer, de quelque type que ce soit, chaque jour.

1. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LE SIÈGE OU TYPE DE CANCER

Tableau 1.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe, Canada, 2009

	Nouveaux cas Estimations pour 2009			Décès Estimations pour 2009		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	171 000	89 300	81 700	75 300	39 600	35 700
Prostate	25 500	25 500	–	4 400	4 400	–
Poumon†	23 400	12 800	10 700	20 500	11 200	9 400
Sein	22 900	180	22 700	5 400	50	5 400
Côlon et rectum	22 000	12 100	9 900	9 100	4 900	4 200
Lymphomes non hodgkiniens	7 200	3 900	3 300	3 200	1 750	1 450
Vessie†	6 900	5 100	1 750	1 850	1 300	550
Mélanome	5 000	2 700	2 300	940	580	360
Thyroïde	4 700	990	3 700	190	70	120
Leucémie†	4 700	2 700	1 950	2 500	1 450	1 050
Rein†	4 600	2 800	1 800	1 600	1 000	610
Corps de l'utérus	4 400	–	4 400	800	–	800
Pancréas	3 900	1 900	2 000	3 900	1 850	2 000
Cavité buccale	3 400	2 200	1 150	1 150	770	390
Estomac	2 900	1 850	1 050	1 850	1 150	720
Encéphale	2 600	1 450	1 150	1 750	1 000	750
Ovaire	2 500	–	2 500	1 750	–	1 750
Myélome multiple†	2 200	1 250	980	1 400	750	640
Foie†	1 700	1 300	410	700	540	160
Oesophage	1 600	1 200	420	1 800	1 350	440
Col de l'utérus	1 300	–	1 300	380	–	380
Larynx	1 150	940	220	510	410	95
Maladie de Hodgkin	910	500	410	110	65	45
Testicule	900	900	–	30	30	–
Tous les autres cancers	14 500	7 000	7 600	9 400	5 000	4 500
Cancers de la peau autres que le mélanome	75 100	41 100	34 000	270	160	100

– Sans objet.

* Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : La catégorie « tous les cancers » exclut les nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux), mais elle englobe le nombre estimatif de décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau (CIM-10, code C44).

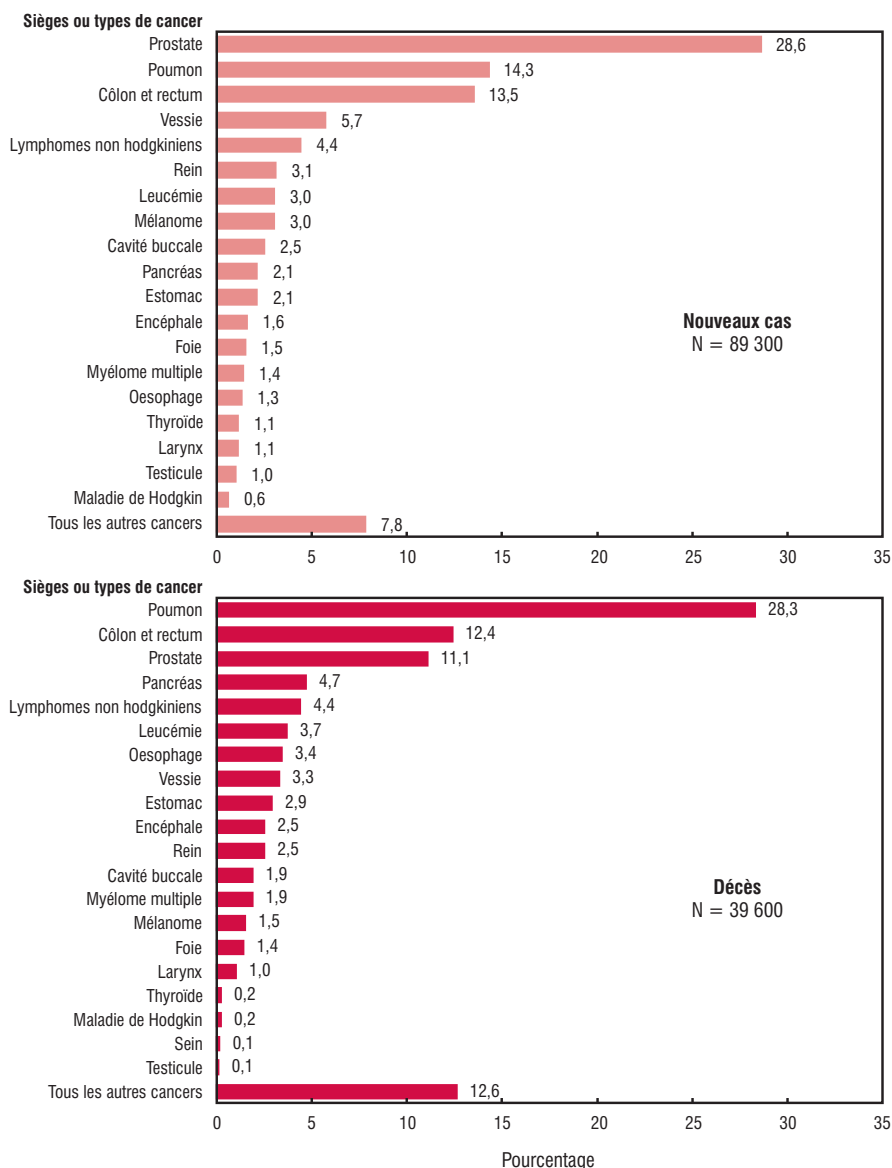
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

1. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LE SIÈGE OU TYPE DE CANCER

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, hommes, Canada, 2009



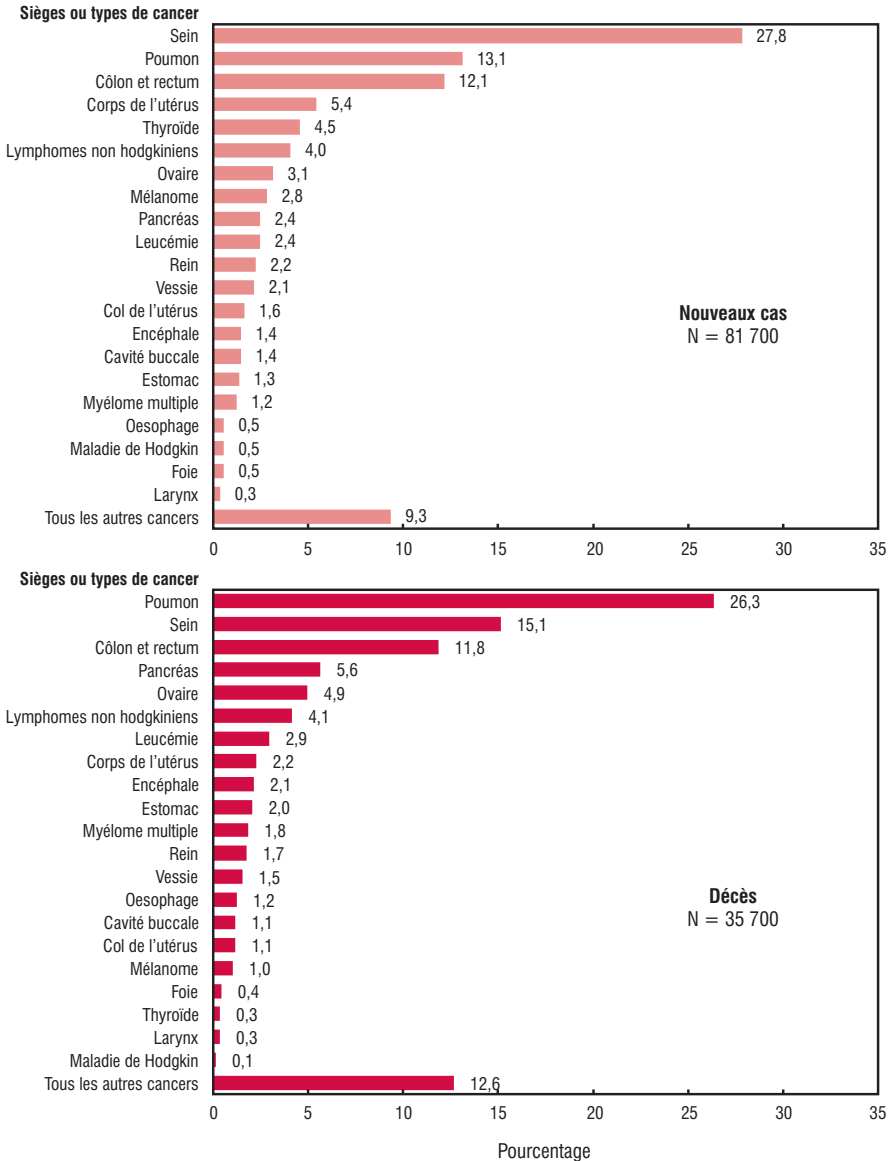
Nota : Les nouveaux cas excluent les 41 100 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 160 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada
Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

1. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LE SIÈGE OU TYPE DE CANCER

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, femmes, Canada, 2009



Nota : Les nouveaux cas excluent les 34 000 cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 100 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Le tableau 2.1 contient des projections de la population ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous cancers confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2009. Les tableaux 2.2 et 2.3 présentent des estimations du nombre de nouveaux cas et des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour chacun des cancers les plus courants, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2009. De même, les tableaux 2.4 et 2.5 renferment des estimations correspondantes du nombre de décès et des taux de mortalité normalisés selon l'âge. Les tableaux A3 à A6 de l'*Annexe I* fournissent les nombres et les taux réels les plus récents.

Les taux normalisés selon l'âge tiennent compte des différences dans la répartition par âge de la population selon les provinces et les territoires, ce qui facilite les comparaisons interprovinciales. Le calcul de ces taux à l'aide du dénombrement de la population canadienne de 1991 comme référence est décrit dans le Glossaire et, de manière plus détaillée, à l'Annexe II.

Incidence

- ◆ Les taux d'incidence de tous les cancers combinés demeureront plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique (tableau 2.3). Les taux à Terre-Neuve-et-Labrador sont sous-estimés en raison des données manquantes.
- ◆ On observe des écarts considérables entre les provinces dans les taux d'incidence du cancer de la prostate, peut-être en raison des différences dans le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS).
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon sont les plus élevés au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique chez les hommes. Chez les femmes, c'est la Nouvelle-Écosse qui enregistrera vraisemblablement le taux d'incidence du cancer du poumon le plus élevé.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du côlon et du rectum sont les plus élevés chez les hommes de Terre-Neuve-et-Labrador et les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve; ils sont les plus faibles en Colombie-Britannique pour les deux sexes.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du sein semblent passablement constants d'une région à l'autre du pays.

Mortalité

- ◆ Les taux de mortalité attribuable à tous les cancers combinés sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles dans l'Ouest canadien (tableau 2.5). Les tendances sont semblables chez les femmes, bien que les taux soient également élevés au Manitoba.
- ◆ Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon est le plus élevé au Québec et le plus faible en Colombie-Britannique. Chez les femmes, il est le plus élevé au Québec et le plus faible en Saskatchewan et en Alberta. L'écart dans les taux de mortalité due au cancer du poumon d'un bout à l'autre du pays est beaucoup plus grand chez les hommes que chez les femmes.
- ◆ Les taux de mortalité attribuable au cancer du côlon et du rectum à Terre-Neuve-et-Labrador sont environ le double de ceux enregistrés en Colombie-Britannique.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Interprétation

Le Canada est l'un des rares pays à s'être doté de registres du cancer fondés sur la population, permettant de surveiller les tendances relatives au cancer dans toute la population. Les registres tenus à l'échelle nationale et provinciale ou territoriale sont des outils importants grâce auxquels les taux d'incidence et de mortalité peuvent être comparés d'une région à l'autre. Ces comparaisons fournissent des éléments d'information précieux qui peuvent servir à la recherche, à la synthèse des connaissances, à la planification et à la prise de décisions à l'échelle provinciale et territoriale. Par conséquent, ces données intéresseront les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs.

Il faut toutefois interpréter avec prudence les variations géographiques, car elles pourraient s'expliquer par divers facteurs. Les différences réelles de taux d'incidence ou de mortalité, observées entre les provinces ou les territoires, pourraient tenir entre autres aux phénomènes suivants :

- ◆ des variations de la prévalence des facteurs de risque du cancer (p. ex., les taux de tabagisme historiquement plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique sont sans doute à l'origine des taux plus élevés de cancer du poumon) ;
- ◆ des variations des pratiques de détection précoce du cancer attribuables à des différences liées aux taux de participation aux programmes organisés de dépistage (p. ex., le dépistage par mammographie du cancer du sein), aux habitudes en matière de dépistage non prévu dans le cadre d'un programme (p. ex., le dosage de l'APS pour la détection du cancer de la prostate), ou à l'accès à des services diagnostiques ;
- ◆ des variations de la disponibilité et de la qualité des traitements.

Toutefois, lorsqu'il y a une concordance entre les variations de taux de cancer et de l'un ou l'autre de ces facteurs, on ne peut présumer d'un lien de causalité. Si l'on veut prouver l'existence d'une telle association, il faut étudier les cas particuliers de façon plus approfondie. Il est également important de noter que dans le cas de nombreux cancers, l'intervalle entre l'exposition à un facteur de risque et la manifestation de la maladie est long. Par ailleurs, l'information sur la prévalence des facteurs de risque durant les décennies antérieures est souvent insuffisante. Les résultats des études épidémiologiques ultérieures qui démontreront des associations causales ou des différences réelles dans le risque de cancer pourront être utilisés pour la planification de programmes de lutte contre le cancer ayant pour objet de réduire le fardeau de cette maladie.

Certains facteurs doivent être pris en considération lorsqu'on interprète les variations interprovinciales :

- ◆ Si le cancer est rare, et/ou que la population est peu nombreuse, le nombre de cas qui se manifestent et les taux enregistrés dans une province ou un territoire durant une année sont parfois si peu élevés que les estimations peuvent ne pas être fiables et varier considérablement d'une année à l'autre.
- ◆ Bien que le degré d'exhaustivité de l'enregistrement des nouveaux cas de cancer soit généralement très satisfaisant d'un bout à l'autre du pays, il existe des exceptions. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, les renseignements contenus dans les certificats de décès n'ont pas été accessibles à des fins d'enregistrement, ce

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

qui diminue faussement le nombre de cas nouvellement diagnostiqués, surtout dans le cas des cancers associés à un pronostic peu favorable, comme le cancer du poumon et le cancer du pancréas (voir l'Annexe II). Donc, la mesure dans laquelle on corrobore les renseignements contenus dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui influe sur l'exactitude des données relatives à l'incidence (p. ex., l'année du diagnostic). De plus, au Québec, comme le registre dépend des données d'hôpitaux, on estime que le nombre de cas de cancer de la prostate, de mélanome et de la vessie, confirmés par un examen microscopique, est largement sous-déclaré².

Les fortes variations interprovinciales observées en ce qui concerne les taux d'incidence du cancer de la vessie sont probablement attribuables à des différences dans la déclaration des cas de cancer in situ, en particulier en Ontario, où les données ne sont pas recueillies.

On observe encore des différences importantes dans les taux d'incidence et de mortalité déclarés d'un bout à l'autre du Canada.

Le Canada est l'un des rares pays à s'être doté de registres du cancer permettant de surveiller et de comparer les tendances relatives au cancer dans toute la population. Ces comparaisons fournissent des éléments d'information précieux qui peuvent servir à la recherche, à la synthèse des connaissances, à la planification et à la prise de décisions.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.1

Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe et la région, Canada, 2009

	Population (en milliers) Estimations pour 2009			Nouveaux cas Estimations pour 2009			Décès Estimations pour 2009		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
CANADA	33 368	16 520	16 848	171 000	89 300	81 700	75 300	39 600	35 700
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)†	513	251	262	2 700	1 500	1 150	1 400	790	600
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	140	68	72	880	490	390	360	190	170
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	945	463	482	6 000	3 300	2 700	2 700	1 450	1 250
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	756	373	383	4 500	2 400	2 100	2 000	1 100	900
Québec (Qc)†	7 765	3 837	3 928	44 200	22 500	21 700	20 100	10 600	9 400
Ontario (Ont.)	13 099	6 465	6 634	65 100	33 900	31 200	27 900	14 500	13 400
Manitoba (Man.)	1 201	597	604	6 000	3 000	3 000	2 800	1 450	1 350
Saskatchewan (Sask.)	985	489	496	5 000	2 700	2 300	2 400	1 350	1 100
Alberta (Alb.)	3 408	1 719	1 689	15 700	8 500	7 300	6 100	3 200	2 900
Colombie-Britannique (C.-B.)	4 447	2 202	2 245	20 600	10 900	9 800	9 400	4 900	4 500
Yukon (Yn)	31	16	16	110	55	55	65	40	25
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	45	23	22	110	55	55	60	30	30
Nunavut (Nt)	31	16	15	70	35	35	40	20	20

* Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2009.

Nota : Les totaux pour le Canada et les provinces ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès, Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada⁹.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.2

Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009

	Nouveaux cas										
	Canada*	T.-N.-L.†	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc†	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	89 300	1 500	490	3 300	2 400	22 500	33 900	3 000	2 700	8 500	10 900
Prostate	25 500	480	170	990	670	4 600	11 200	650	870	2 900	3 000
Poumon†	12 800	190	70	510	410	4 400	4 100	430	350	940	1 350
Côlon et rectum	12 100	290	55	450	300	3 200	4 400	440	380	1 000	1 450
Vessie‡	5 100	85	30	220	160	1 700	1 300	200	160	490	760
Lymphomes non hodgkiniens	3 900	45	20	120	100	910	1 500	150	120	350	560
Rein†	2 800	50	20	120	85	800	980	120	85	260	270
Mélanome	2 700	50	20	120	70	400	1 250	70	70	240	430
Leucémie	2 700	20	15	75	55	650	1 100	110	100	300	340
Cavité buccale	2 200	40	5	80	60	560	860	100	55	180	270
Pancréas	1 900	20	10	65	65	560	620	75	55	170	250
Estomac	1 850	50	5	60	50	490	700	70	50	160	230
Encéphale	1 450	30	5	45	35	400	550	40	40	130	180
Foie	1 300	10	5	20	10	370	500	40	20	130	200
Myérome multiple	1 250	15	10	40	30	320	490	40	35	100	140
Oesophage	1 200	20	5	55	35	290	440	40	35	110	180
Femmes											
Tous les cancers	81 700	1 150	390	2 700	2 100	21 700	31 200	3 000	2 300	7 300	9 800
Sein	22 700	360	100	730	550	6 000	8 700	790	630	2 000	2 700
Poumon†	10 700	150	50	440	290	3 000	3 700	410	300	850	1 400
Côlon et rectum	9 900	200	55	390	240	2 600	3 700	360	300	780	1 200
Corps de l'utérus	4 400	65	20	140	95	1 000	1 800	180	120	420	570
Thyroïde	3 700	40	5	70	110	770	2 100	70	55	330	210
Lymphomes non hodgkiniens	3 300	50	10	110	80	790	1 350	120	100	290	430
Ovaire‡	2 500	25	10	65	65	670	1 050	95	70	180	290
Mélanome	2 300	45	20	110	60	330	1 050	60	60	220	320
Pancréas	2 000	10	10	70	65	630	670	75	55	190	270
Leucémie	1 950	10	5	55	40	500	740	85	70	200	220
Rein†	1 800	30	5	80	60	500	660	75	55	150	170
Vessie‡	1 750	30	10	65	50	590	480	70	55	170	250
Col de l'utérus	1 300	20	10	50	35	280	500	45	40	160	150
Cavité buccale	1 150	15	5	35	20	280	440	50	35	95	150
Encéphale	1 150	15	5	35	25	310	440	40	35	95	130
Estomac	1 050	25	5	30	25	300	390	35	30	90	110

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

† Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2009.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.3

Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009

	Cas pour 100 000										
	Canada*	T.-N.-L.†	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc†	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	462	446	581	560	525	491	460	464	458	491	409
Prostate	129	140	184	159	141	98	149	95	148	161	108
Poumon‡	66	56	80	85	88	95	56	64	57	56	49
Côlon et rectum	62	87	65	75	64	69	60	65	63	59	53
Vessie‡	27	27	35	37	33	37	18	30	27	29	27
Lymphomes non hodgkiniens	20	15	21	20	21	20	21	22	20	20	21
Leucémie	15	6	21	13	13	15	15	16	17	17	13
Rein‡	14	15	21	21	18	17	13	18	15	15	10
Mélanome	14	15	23	21	15	9	17	11	12	13	16
Cavité buccale	11	13	8	14	12	11	11	14	9	10	10
Pancréas	10	7	13	10	13	12	8	11	9	10	9
Estomac	10	15	7	10	11	11	9	10	8	9	8
Encéphale	8	9	7	8	8	9	8	6	7	8	7
Foie	7	4	7	3	2	8	7	5	3	7	7
Myélome multiple	6	4	13	6	6	7	7	6	5	6	5
Oesophage	6	5	8	9	7	6	6	6	5	6	6
Femmes											
Tous les cancers	364	317	390	393	371	383	365	373	346	369	318
Sein	102	95	98	105	100	109	102	102	95	103	90
Poumon‡	47	41	51	63	52	53	42	51	45	44	45
Côlon et rectum	41	52	53	52	40	43	41	42	40	38	36
Thyroïde	20	13	6	13	25	18	29	11	11	18	9
Corps de l'utérus	19	17	18	20	17	17	21	23	19	21	18
Lymphomes non hodgkiniens	15	13	12	16	14	14	16	15	15	15	14
Ovaire	11	7	9	10	12	12	12	12	10	9	10
Mélanome	11	12	21	18	12	7	13	9	10	12	11
Leucémie	9	4	7	8	8	9	9	11	11	10	8
Pancréas	8	3	8	9	11	10	7	8	7	9	8
Rein‡	8	8	7	11	11	9	8	10	8	8	6
Vessie‡	7	8	7	9	9	10	5	8	7	8	8
Col de l'utérus	7	7	10	10	7	6	7	7	7	9	6
Encéphale	6	5	6	6	6	6	6	5	6	5	5
Cavité buccale	5	4	5	5	4	5	5	6	5	5	5
Estomac	4	6	5	4	4	5	4	4	4	5	3

* Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

† Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2009.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.4

Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2009

	Décès										
	Canada*	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	39 600	790	190	1 450	1 100	10 600	14 500	1 450	1 350	3 200	4 900
Poumon†	11 200	230	70	440	370	3 700	3 600	360	320	800	1 250
Côlon et rectum	4 900	130	25	190	120	1 350	1 800	200	160	370	580
Prostate	4 400	85	25	140	130	880	1 650	180	230	440	560
Pancréas	1 850	30	5	70	55	530	650	65	60	150	260
Lymphomes non hodgkiniens	1 750	20	5	55	45	390	720	70	50	130	260
Leucémie†	1 450	20	5	50	25	350	590	60	55	120	200
Oesophage	1 350	20	5	50	30	260	560	55	40	120	220
Vessie†	1 300	25	5	45	35	300	510	50	45	100	190
Estomac	1 150	35	5	35	25	320	420	35	30	75	130
Encéphale	1 000	20	–	35	25	300	350	30	25	95	130
Rein†	1 000	20	5	40	30	260	350	45	30	95	120
Cavité buccale	770	15	5	35	20	220	280	30	15	55	100
Myélome multiple†	750	10	5	25	20	190	300	30	25	45	100
Mélanome	580	10	–	20	10	90	290	20	15	45	75
Foie†	540	5	–	10	5	170	220	20	5	45	65
Femmes											
Tous les cancers	35 700	600	170	1 250	900	9 400	13 400	1 350	1 100	2 900	4 500
Poumon†	9 400	160	40	290	200	2 800	3 400	300	230	650	1 200
Sein	5 400	110	30	200	130	1 400	2 100	220	150	430	650
Côlon et rectum	4 200	100	25	170	100	1 250	1 500	160	120	290	480
Pancréas	2 000	30	10	70	60	520	730	70	55	180	270
Ovaire	1 750	35	5	60	45	380	690	75	55	150	250
Lymphomes non hodgkiniens	1 450	15	10	50	35	350	590	60	45	100	180
Leucémie†	1 050	10	5	35	20	270	410	40	35	100	130
Corps de l'utérus	800	10	5	25	20	220	320	30	20	70	85
Encéphale	750	15	5	25	20	220	260	25	20	70	95
Estomac	720	25	–	25	15	210	250	20	20	65	85
Rein†	610	15	5	20	20	170	200	25	25	55	75
Vessie†	550	10	–	15	15	140	220	15	10	45	75
Cavité buccale	390	–	–	10	10	95	150	15	10	35	60
Col de l'utérus	380	15	5	20	15	70	140	15	15	40	50
Mélanome	360	5	–	15	10	60	170	10	10	30	50

– Moins de 3 décès

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.5

Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2008

	Décès pour 100 000										
	Canada*	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	207	252	227	244	233	233	198	212	216	190	176
Poumon†	58	75	79	75	79	80	50	52	53	48	45
Côlon et rectum	26	41	31	33	25	29	24	30	26	22	21
Prostate	23	29	33	25	29	20	23	25	35	28	20
Pancréas	10	10	8	12	11	11	9	9	10	9	9
Lymphomes non hodgkiniens	9	5	8	9	10	8	10	10	8	8	9
Leucémie†	8	6	8	8	6	8	8	9	9	7	7
Oesophage	7	6	8	8	6	5	8	8	6	7	8
Vessie†	7	9	6	8	7	7	7	7	7	6	7
Estomac	6	11	8	6	6	7	6	5	5	5	5
Encéphale	5	6	2	6	5	7	5	5	5	5	5
Rein†	5	7	8	7	6	6	5	6	5	6	4
Myélome multiple†	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4
Cavité buccale	4	4	5	5	4	5	4	4	3	3	4
Mélanome	3	3	3	4	2	2	4	3	2	3	3
Foie†	3	2	1	1	1	4	3	3	1	2	2
Femmes											
Tous les cancers	147	152	154	169	151	155	145	155	146	143	133
Poumon†	40	42	41	41	35	49	38	37	33	33	38
Sein	22	27	27	25	21	23	22	25	21	21	19
Côlon et rectum	16	26	23	21	15	19	15	17	15	14	13
Pancréas	8	7	8	9	10	8	8	8	7	8	8
Ovaire	7	9	6	8	7	6	8	9	8	8	8
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	8	7	6	6	6	7	6	5	6
Leucémie†	4	3	4	5	3	4	4	5	5	5	4
Encéphale	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3
Corps de l'utérus	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3
Estomac	3	7	1	3	2	3	3	2	3	3	2
Rein†	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2
Vessie†	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
Col de l'utérus	2	4	3	3	3	1	2	2	2	2	2
Cavité buccale	2	0	2	2	1	2	2	2	1	2	2
Mélanome	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2

* Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Bien que le cancer soit une maladie qui frappe surtout les Canadiens âgés de 50 ans ou plus (qui représentent 89 % de tous les nouveaux cas), il touche néanmoins tous les groupes d'âge. Selon les estimations pour 2009 présentées au tableau 3.1 :

- ◆ Environ 73 000 nouveaux cas (43 %) et 46 000 décès dus au cancer (60 %) surviendront dans la population canadienne de 70 ans et plus.
- ◆ En outre, 46 000 nouveaux cas (27 %) et 16 700 décès (22 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans.

L'âge médian auquel le diagnostic de cancer est posé se situe entre 65 et 69 ans, et l'âge médian au décès, entre 70 et 74 ans pour les deux sexes. Il importe toutefois de signaler que 51 000 nouveaux cas (30 %) et 13 000 décès (17 %) surviendront entre l'âge de 20 et de 59 ans. Il s'agit là des années les plus productives sur les plans professionnel et familial. De plus, un nombre croissant de personnes de plus de 65 ans continuent de travailler⁴. C'est dire que le cancer peut avoir des répercussions énormes sur le tissu social et l'économie du Canada.

La figure 3.1 illustre les taux d'incidence (en 2005) et de mortalité (en 2004) par groupe d'âge de cinq ans. Les taux d'incidence et de mortalité augmentent avec l'âge chez les hommes et les femmes. La répartition selon l'âge et le sexe des cancers les plus courants chez les Canadiens est présentée dans le tableau 3.2, qui indique que :

- ◆ Plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du poumon et de cancer du côlon et du rectum seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus.
- ◆ Le cancer du sein frappe surtout les femmes de 50 à 69 ans. Seulement 29 % des cancers du sein seront diagnostiqués chez des femmes de plus de 69 ans, et 20 % chez des femmes de moins de 50 ans. Fait à signaler, bien que l'on estime que la plus forte proportion de nouveaux cas de cancer du sein surviennent entre 50 et 69 ans, les décès par cancer du sein seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus, ce qui montre les bienfaits associés au dépistage et au traitement chez les femmes d'âge moyen.
- ◆ De même, la majorité des cas de cancer de la prostate surviendront chez les hommes de 60 à 69 ans; par contre, les décès dus au cancer de la prostate sont plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus. Ce phénomène rend vraisemblablement compte de l'effet du dépistage effectué auprès des hommes plus jeunes et de la lente évolution de la maladie dans un grand nombre de cas.

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers sont représentées à la figure 3.2. Le cancer est plus répandu chez l'homme que chez la femme, tant chez les jeunes de moins de 20 ans que chez les adultes de plus de 60 ans. Les cas de cancer et de décès par cancer seront toutefois plus nombreux chez les femmes de 20 à 59 ans, et ce, de façon marquée, surtout à cause des cancers liés au sexe (plus particulièrement les cancers du sein et du col de l'utérus), mais aussi à cause du cancer du poumon, des mélanomes et du cancer de la thyroïde. Mentionnons notamment que :

- ◆ Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et la cause de décès la plus répandue dans le groupe d'âge des 20 à 59 ans; il explique 37 % des cas de cancer et 22 % des décès.

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

- ◆ La nette augmentation du taux d'incidence du cancer chez les jeunes femmes de 20 à 39 ans est attribuée à la tendance à la hausse de l'incidence des lymphomes non hodgkiniens et des cancers de la thyroïde et du rein⁵.
- ◆ Le taux d'incidence chez les hommes de plus de 69 ans est en baisse, essentiellement en raison de la diminution de l'incidence du cancer du poumon liée à un recul du tabagisme, mais le taux d'incidence chez les femmes commence à peine à se stabiliser.

Les taux de mortalité attribuables à tous les cancers combinés diminuent chez les hommes jusqu'à l'âge de 79 ans et chez les femmes jusqu'à l'âge de 69 ans, après quoi ils sont en hausse chez la femme (figure 3.2). De 1995 à 2004, des baisses significatives des taux de mortalité annuels ont été enregistrées dans tous les groupes d'âge de dix ans (données non présentées) :

- ◆ chez les hommes de 30 à 69 ans, d'environ 2 % par an, de 70 à 79 ans, de 1 %, et de 80 et plus, de 0,4 %.
- ◆ chez les femmes du groupe d'âge de 0 à 19 ans (> 3 % par an), dans le groupe d'âge de 30 à 39 ans, de 2,2 %, dans le groupe d'âge de 40 à 49 ans, de 2,5 %, dans le groupe d'âge de 50 à 59 ans, de 1,4 %, et dans le groupe d'âge de 60 à 69 ans, de 0,5 %.

Le risque d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge. On s'attend à une hausse des taux de cancer chez les jeunes femmes de 20 à 39 ans en raison d'une fréquence accrue de plusieurs types particuliers de cancer. Des baisses notables de la mortalité ont été observées pour tous les cancers combinés chez les deux sexes et dans la plupart des groupes d'âge.

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Tableau 3.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009

Groupe d'âge	Population (en milliers) Estimations pour 2009			Nouveaux cas Estimations pour 2009			Décès Estimations pour 2009		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les âges	33 368	16 520	16 848	171 000	89 300	81 700	75 300	39 600	35 700
0-19	7 692	3 940	3 752	1 300	700	600	170	95	80
20-29	4 564	2 318	2 246	1 950	880	1 050	220	120	100
30-39	4 624	2 329	2 295	4 500	1 550	3 000	680	290	400
40-49	5 236	2 627	2 608	13 200	4 700	8 400	3 000	1 300	1 700
50-59	4 750	2 349	2 401	31 300	15 300	16 000	9 000	4 400	4 600
60-69	3 263	1 589	1 674	46 000	26 900	19 100	16 700	9 300	7 500
70-79	1 978	910	1 068	42 100	24 500	17 600	21 800	12 400	9 300
80+	1 260	458	802	30 600	14 800	15 900	23 700	11 700	12 000

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

Nota : Les nouveaux cas ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux)

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur l'état civil-Décès, et Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada³.

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Tableau 3.2

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour les cancers les plus courants selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2009

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
Nouveaux cas								
Tous les âges	23 400	12 800	10 700	22 000	12 100	9 900	25 500	22 700
0-19	10	5	5	10	5	5	5	5
20-29	25	10	10	55	30	25	–	85
30-39	100	40	55	220	120	110	10	850
40-49	990	380	610	1 050	560	510	640	3 600
50-59	3 400	1 600	1 800	3 400	2 000	1 400	5 000	6 100
60-69	7 000	3 800	3 200	5 700	3 500	2 100	9 900	5 600
70-79	7 500	4 400	3 100	6 300	3 600	2 700	6 700	3 700
80+	4 500	2 500	1 950	5 300	2 300	3 000	3 100	2 800
Décès								
Tous les âges	20 500	11 200	9 400	9 100	4 900	4 200	4 400	5 400
0-19	–	–	–	10	5	5	–	–
20-29	5	5	5	15	10	5	–	5
30-39	60	25	35	55	25	25	–	100
40-49	700	280	420	290	150	140	10	420
50-59	2 500	1 200	1 300	960	550	410	120	940
60-69	5 500	3 000	2 500	1 850	1 200	680	520	1 050
70-79	6 900	4 000	2 900	2 500	1 500	1 050	1 300	1 100
80+	4 900	2 600	2 200	3 400	1 500	1 950	2 400	1 700

– Moins de 3 cas ou décès.

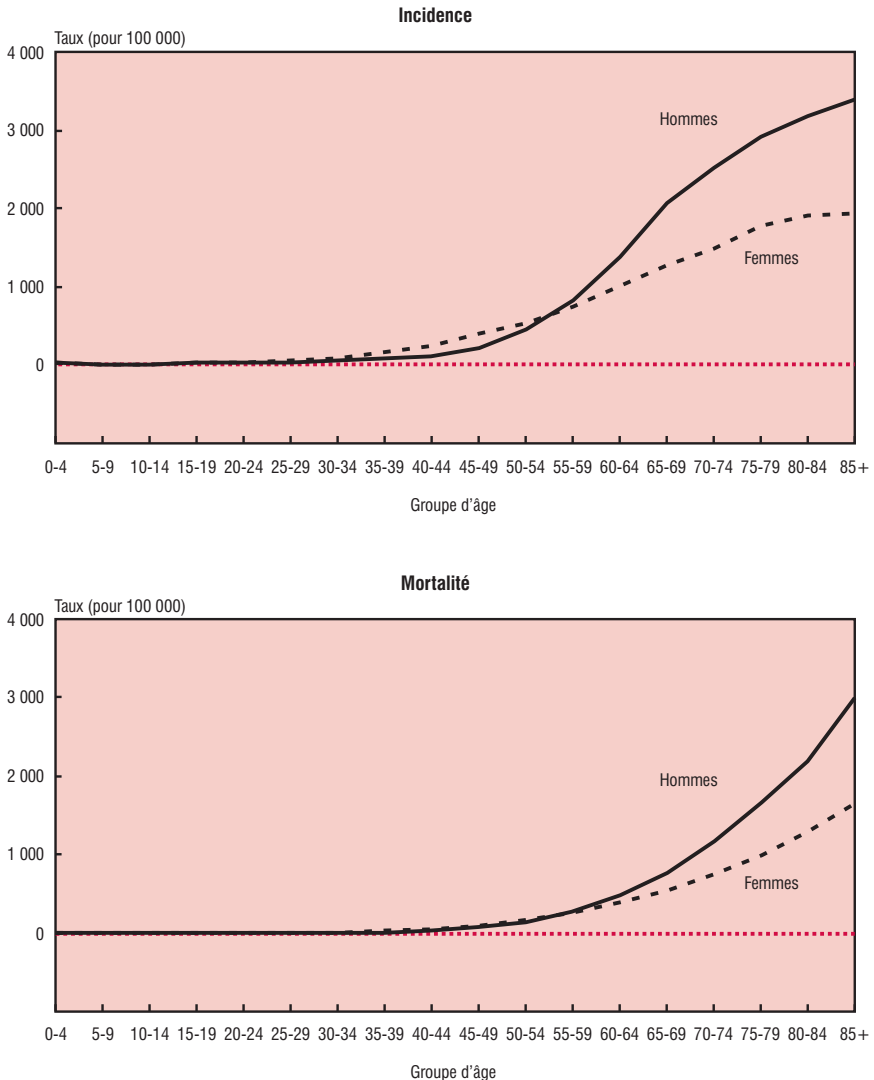
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Figure 3.1

Taux d'incidence (2005) et de mortalité (2004) selon le groupe d'âge et le sexe pour tous les cancers, Canada



Nota : Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

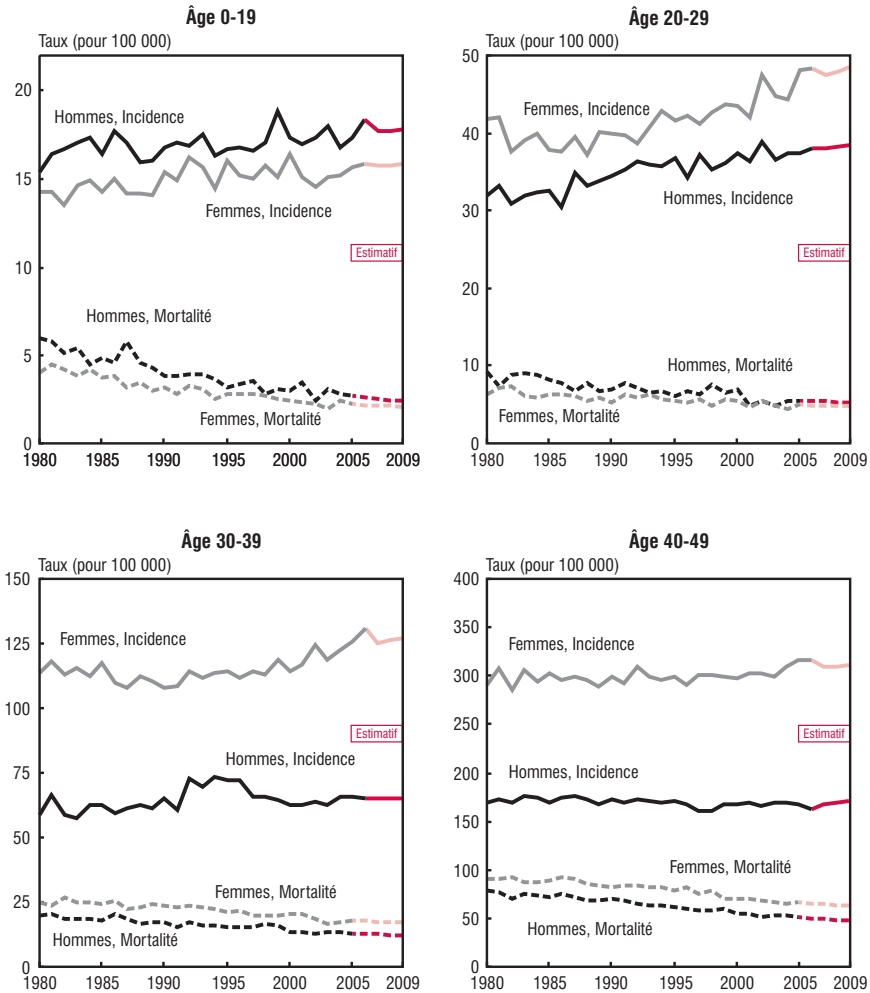
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Figure 3.2

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1980-2009



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006, sauf au Québec.

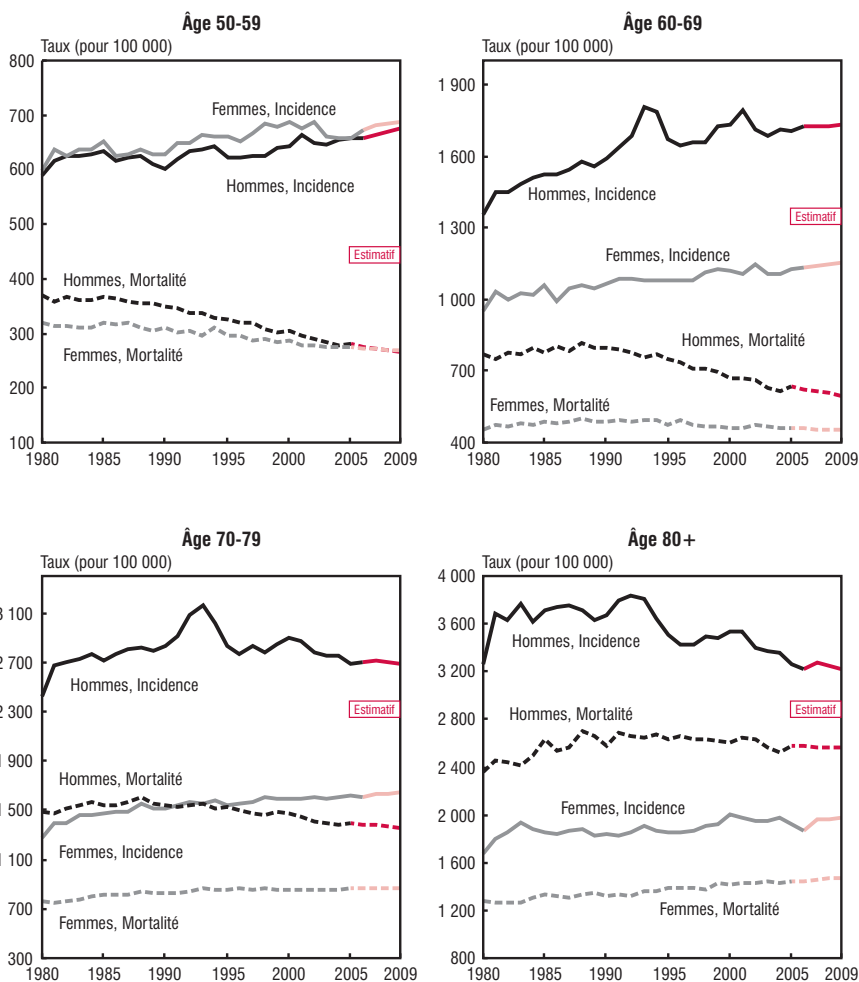
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

3. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Figure 3.2 (suite)

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1980-2009



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006, sauf au Québec.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès constituent d'importantes mesures du fardeau que fait peser le cancer sur la population et le système de soins de santé au Canada. Les données sur l'incidence permettent notamment de prévoir directement le nombre de nouveaux patients qui demanderont un diagnostic, un traitement primaire et éventuellement des traitements additionnels. Les données sur la mortalité permettent de déterminer le nombre de personnes qui succombent à leur maladie, de même qu'elles reflètent les changements dans les taux d'incidence et de survie.

La détermination des tendances de l'incidence et de la mortalité repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. La normalisation selon l'âge permet des comparaisons géographiques et temporelles plus utiles puisqu'elle tient compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans et d'une région à l'autre.

Tendances pour l'ensemble des cancers

Les figures 4.1 et 4.2 indiquent le nombre de nouveaux cas et de décès, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants pour les hommes et pour les femmes et pour tous les cancers combinés au Canada, de 1980 à 2006, de même que des prévisions jusqu'en 2009. Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge, le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès causés par cette maladie continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne croît et vieillit. Selon les estimations, en 2009, on enregistrera 171 000 nouveaux cas et 75 300 décès, soit 4 600 nouveaux cas et 1 500 décès de plus qu'en 2008. Parmi ces cas additionnels, 800 sont des cancers de la prostate, et 500, des cancers du côlon et du rectum; 500 cas de cancer du poumon de moins qu'en 2008 sont prévus.

Chez l'homme, le taux de mortalité par cancer, après avoir culminé en 1988, diminue lentement en raison de la baisse des taux de mortalité due au cancer du poumon, du côlon et du rectum et à d'autres cancers (figure 4.2). En revanche, le taux d'incidence a augmenté au début des années 90, puis a chuté radicalement avant de culminer à nouveau en 2001 et de diminuer par la suite, suivant ainsi la tendance relative à l'incidence du cancer de la prostate observée pendant cette période. Chez la femme, le taux de mortalité est resté relativement inchangé depuis 1980.

Les figures 4.3 et 4.4 décrivent l'effet relatif des changements dans les taux de cancer et la taille de la population ainsi que l'effet relatif du vieillissement de la population sur le nombre total de nouveaux cas et de décès. Comme le montrent les figures, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les principaux facteurs qui expliquent la tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer.

- ◆ La ligne continue la plus basse représente le nombre total de nouveaux cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si la taille et la structure par âge de la population étaient restées les mêmes qu'en 1980.
- ◆ La ligne du milieu représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) qui seraient survenus si la structure par âge était demeurée identique à celle de 1980.
- ◆ La ligne du haut représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'effet conjugué du changement dans le taux, de la croissance démographique et du vieillissement de la population.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Ces chiffres montrent que l'augmentation du nombre de cas de cancer et de décès observée au cours des 30 dernières années découle principalement du vieillissement de la population, et dans une moindre mesure, de la croissance démographique. Aussi longtemps que se poursuivra cette tendance, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année.

La figure 4.5 montre les répercussions de l'évolution des taux de mortalité due au cancer du poumon sur les tendances globales de la mortalité par cancer. Elle illustre la variation relative des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la période de 1980 à 2009 pour l'ensemble des cancers, et pour tous les cancers sauf le cancer du poumon. La différence entre les tendances observées chez l'homme et chez la femme tient en partie au stade d'évolution du problème du cancer du poumon qui diffère entre les sexes et en partie à l'écart entre les tendances relatives aux taux de mortalité associée aux autres cancers :

- ◆ Chez l'homme, la tendance relative à la mortalité due à tous les cancers traduit essentiellement la tendance relative à la mortalité associée au cancer du poumon (les deux lignes sont très proches au cours de la même période). Le mouvement à la baisse du taux de mortalité par cancer, observé depuis 1988, s'explique surtout par une diminution des taux de mortalité liée au cancer du poumon.
- ◆ Chez la femme, toutefois, le taux de mortalité par cancer du poumon suit encore une courbe ascendante. Ainsi, le taux de mortalité associée à tous les cancers, qui est demeuré essentiellement stable depuis 1980, dissimule la régression importante (presque 20 %) observée à l'égard des autres types de cancer au cours de la période de 30 ans.

Tendances pour certains cancers

Les figures 4.6 à 4.9 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains cancers, et les tableaux 4.1 à 4.4 fournissent les données simples. Les tendances sont examinées plus loin.

Les données sur la variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence (1996-2005) et de mortalité (1995-2004) selon le siège ou le type de cancer figurent au tableau 4.5. Les hausses et les baisses annuelles statistiquement significatives de 2 % ou plus, observées dans les 23 cancers énumérés au tableau 4.5, concernaient les cancers suivants :

- ◆ Incidence :
 - Hausses : cancer de la thyroïde chez l'homme (+6,4 %) et chez la femme (+10,1 %), et cancer du foie chez l'homme (+3,2 %).
 - Baisse : cancer de l'estomac chez l'homme (-2,3 %), cancer du larynx chez l'homme (-3,4 %) et chez la femme (-3,5 %), et cancer du col de l'utérus (-2,3 %) chez la femme.
- ◆ Mortalité :
 - Hausses : cancer du foie chez l'homme (+ 2,2 %).

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- Baisse : chez l'homme, maladie de Hodgkin (-4,2 %), cancer de l'estomac (-3,6 %), cancer du larynx (-3,2 %), cancer de la prostate (-2,9 %), cancer de la cavité buccale (-2,5 %), et cancer du poumon (-2,1 %); et chez la femme, maladie de Hodgkin (-3,7 %), cancer du col de l'utérus (-3,3 %) et cancer de l'estomac (-3,1 %).

Il est important de souligner que les tendances à court terme ne reflètent pas nécessairement les tendances à long terme. Il faut donc se rappeler cette mise en garde lorsqu'on interprète les tendances décrites dans cette section.

Voici des données sur les tendances concernant des cancers particuliers :

Cancer de la prostate

- ◆ Deux pics ont été atteints pour l'incidence, un en 1993 et l'autre en 2001, suivis dans chaque cas d'un fléchissement. Cette tendance coïncide avec deux vagues d'intensification du dépistage au moyen du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) qui permet de déceler le cancer de la prostate à un stade précoce. La première vague a suivi l'introduction du dosage de l'APS comme méthode de dépistage; la seconde, peut s'expliquer par la publicité entourant le diagnostic de cancer de la prostate reçu en 2001 par le ministre de la Santé du Canada de l'époque au terme d'un dosage sérique de l'APS. Le premier recul a été suivi de la reprise de la tendance à la hausse plus graduelle observée antérieurement; le second recul est trop récent pour que l'on puisse déterminer si la tendance ascendante reviendra.
- ◆ Si l'augmentation durable et apparemment continue des taux d'incidence est peut-être attribuable à une évolution plus graduelle de la détection précoce, elle peut aussi être en partie imputable à l'évolution des facteurs de risque ou de protection. Il reste que l'étiologie du cancer de la prostate demeure mal connue, et partant, il existe peu de renseignements sur les changements pertinents dans les facteurs de risque ou les comportements à risque.
- ◆ Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité ont augmenté beaucoup plus lentement depuis 1980, et ont amorcé un mouvement à la baisse au milieu des années 90. Les taux de mortalité ont affiché une diminution significative de 2,9 % par an entre 1995 et 2004 (tableau 4.5), sans doute grâce à l'amélioration des traitements. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure l'utilisation généralisée du test APS a contribué à la réduction des taux de mortalité.

Cancer du poumon

- ◆ Chez l'homme, les taux croissants d'incidence et de mortalité ont commencé à se stabiliser au milieu des années 80 et n'ont cessé de chuter depuis (tableaux 4.1 et 4.2). Les taux ont fléchi de manière significative, soit de 1,8 % par an dans le cas de l'incidence, et de 2,1 % par an dans le cas de la mortalité (tableau 4.5).
- ◆ Chez la femme, les taux d'incidence et de mortalité sont en hausse depuis au moins 1980; cependant, le taux d'incidence semble se stabiliser, comme on l'a observé dans d'autres pays⁶.
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité demeureront vraisemblablement plus élevés chez l'homme que chez la femme en 2009 (66,5 pour 100 000 contre 46,7 pour 100 000 et 58,4 pour 100 000 contre 40,3 pour 100 000, respectivement, tableaux 4.1 à 4.4).

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ Ces tendances reflètent le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60 chez l'homme, mais beaucoup plus tardivement, vers le milieu des années 80, chez la femme.

Cancer du sein

- ◆ L'incidence du cancer du sein a augmenté constamment entre 1980 et le début des années 90, tendance qui s'explique en partie par le recours au dépistage par mammographie. Les raisons qui sous-tendent les tendances à la hausse et à la baisse modestes observées depuis lors ne sont pas claires, mais elles pourraient être liées en partie à des facteurs comme le dépistage par mammographie, la tendance croissante à différer la procréation à un âge plus avancé et l'abandon massif de l'hormonothérapie depuis 2002.
- ◆ Les taux de mortalité due au cancer du sein chez la femme diminuent depuis le milieu des années 80. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a chuté de plus de 30 % depuis 1986, passant de 32 à 22 pour 100 000 (tableau 4.4). La tendance à la baisse s'est accélérée, la diminution atteignant 1,6 % par an depuis 1999, ce qui est sans doute attribuable à la fois au dépistage par mammographie et à l'efficacité accrue des traitements adjuvants reçus à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein. Le taux de mortalité par cancer du sein a atteint le niveau le plus bas jamais enregistré depuis 1950. Une tendance à la baisse similaire est observée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie.

Cancer du côlon et du rectum

- ◆ Les tendances relatives aux taux d'incidence du cancer du côlon et du rectum, observées au cours de la période de 1980 à 2005 (dernière année pour laquelle il existe des données complètes), sont complexes. Entre 1980 et 1985, les taux ont augmenté (ou ont été relativement stables chez la femme), après quoi ils ont fléchi jusqu'au milieu des années 90 (de manière plus marquée chez la femme que chez l'homme). Ils ont grimpé de nouveau jusqu'en 2000 et ont affiché par la suite une baisse significative. Comme on ne connaît pas les causes des récentes fluctuations de courte durée, les projections relatives au cancer du côlon et du rectum jusqu'en 2009 reposent sur des données recueillies à long terme (soit de 1986 à 2006), ce qui correspond à la méthode généralement utilisée dans la présente publication. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on utilise ces données.
- ◆ Les taux de mortalité continuent de chuter chez la femme et chez l'homme, soit de 1,7 % et de 1,3 % respectivement par an (tableau 4.5), baisse qui tient vraisemblablement à l'amélioration des traitements, comme la chimiothérapie.
- ◆ Le dépistage du cancer du côlon et du rectum peut entraîner une diminution de l'incidence et de la mortalité. Le dépistage opportuniste existe déjà dans de nombreuses provinces, ce qui peut expliquer en partie la chute des taux de mortalité. Plusieurs provinces ont annoncé la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du côlon et du rectum dans la population; les autres examinent cette idée.
- ◆ Le Groupe d'action sur le dépistage de Partenariat canadien contre le cancer a récemment créé un réseau de dépistage du cancer du côlon et du rectum en vue d'offrir un forum national qui, par ses études, ses discussions et ses interventions, vise à renforcer et à améliorer ce dépistage au Canada.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Lymphomes non hodgkiniens

- ◆ Chez l'homme comme chez la femme, les taux d'incidence se sont accrues d'environ 50 % entre 1978 et la fin des années 90. Depuis, ils se sont stabilisés.
- ◆ La tendance à la hausse de l'incidence s'explique sans doute par un ensemble de facteurs : amélioration de la détection et de la classification de ce groupe complexe de maladies et évolution des facteurs de risque. Le facteur de risque le plus manifestement associé aux lymphomes non hodgkiniens est l'immunosuppression (que peuvent engendrer les troubles immunologiques, les traitements immunosuppresseurs ou le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]). Au nombre des autres facteurs qui augmentent le risque et qui sont mal compris peut figurer l'exposition professionnelle aux pesticides et aux organochlorés, comme les herbicides phénoxy et les dioxines.
- ◆ On a enregistré une légère baisse des taux de mortalité : soit une baisse non statistiquement significative de 2,4 % par an depuis 2000 chez l'homme et de 0,5 % par an depuis 1996 chez la femme. Ce recul peut s'expliquer par les améliorations récentes des traitements, comme l'immunothérapie (p. ex. Rituximab). De plus, grâce à l'introduction de l'antirétrovirothérapie pour le traitement de l'infection à VIH durant la deuxième moitié des années 90, on a observé une diminution du nombre de cas atteints des formes particulièrement agressives des lymphomes non hodgkiniens attribuables à l'infection à VIH.

Autres types de cancer

- ◆ La tendance à la hausse de l'incidence du *mélanome*, chez l'homme comme chez la femme (de 1,6 % et 1,0 % par an, respectivement), entre 1996 et 2005. Cette augmentation tient sans doute au plus grand nombre d'heures passées au soleil sans protection adéquate et à l'amélioration de la détection de la maladie. Les taux de mortalité étaient relativement stables chez l'homme, mais ils ont diminué (de 0,8 % par an) entre 1995 et 2004 chez la femme.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du *rein* ont augmenté (de 0,8 % et de 1,3 % par an chez l'homme et chez la femme respectivement) entre 1996 et 2005, même si les taux de mortalité sont demeurés relativement stables. La tendance à la hausse de l'incidence est partiellement attribuable à l'amélioration de la détection, mais pourrait aussi être liée à la hausse de la prévalence de l'obésité, un important facteur de risque du carcinome rénal, principal type de cancer du rein.
- ◆ De tous les cancers, c'est le cancer de la *thyroïde* dont l'incidence croît le plus rapidement (de 6,4 % chez l'homme et de 10,1 % par an chez la femme depuis 1997). Des hausses analogues ont été observées en Europe et dans certaines régions des États-Unis. On avance l'hypothèse que le recours plus fréquent à l'imagerie médicale (échographie, biopsie par aspiration, et sans doute tomographie assistée par ordinateur et imagerie par résonance magnétique) permet de repérer plus fréquemment qu'auparavant les cancers asymptomatiques à un stade plus précoce⁷. Les taux de mortalité sont demeurés inchangés, probablement parce que les traitements modernes s'avèrent très efficaces contre les cancers de la thyroïde à un stade précoce.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ Les taux d'incidence du cancer du *foie* et de mortalité due à cette maladie ont augmenté chez l'homme, soit de 3,2 % et 2,2 % par an, respectivement, la hausse étant dans les deux cas statistiquement significative. Ils sont aussi en hausse chez la femme, mais pas de manière significative, soit de 1,7 % par an. Ces hausses pourraient s'expliquer par l'immigration d'un nombre croissant de personnes provenant de régions du monde où les facteurs de risque du cancer du foie, comme le virus de l'hépatite B et l'aflatoxine, sont courants. Elles peuvent en outre s'expliquer par l'augmentation des taux d'infection par le virus de l'hépatite C et des taux d'abus d'alcool, facteurs qui peuvent causer une cirrhose du foie, laquelle peut évoluer en cancer du foie.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du *col de l'utérus* et de mortalité liée à cette maladie sont en baisse (2,3 % et 3,3 % par an, respectivement), surtout grâce au recours généralisé et régulier au test Pap à des fins de dépistage, ce qui permet de détecter tôt et de traiter les lésions malignes et pré-malignes. L'annonce faite récemment par certaines provinces de mettre en place des programmes de vaccination des filles d'âge scolaire contre le VPH aura pour effet de réduire davantage les taux d'incidence et de mortalité à plus long terme, mais elle n'éliminera pas le cancer du col de l'utérus. La poursuite du dépistage à l'aide du test Pap demeure une mesure de prévention nécessaire et importante.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du *larynx* sont en régression tant chez l'homme que chez la femme (de 3,4 % et 3,5 % par an, respectivement), et ce de manière significative, et les taux de mortalité chez l'homme affichent une baisse significative de 3,2 %. Le cancer du larynx est associé à la consommation d'alcool et de tabac.
- ◆ Les taux de mortalité due à la *maladie de Hodgkin* sont très faibles; ils ont chuté de manière radicale entre 1995 et 2004 (soit de 4,2 % chez l'homme et 3,7 % chez la femme par an).
- ◆ En ce qui concerne l'incidence du cancer du *testicule*, la tendance à la hausse se poursuit et atteint maintenant un niveau statistiquement significatif (elle était de 1,5 % par an entre 1996 et 2005). Cette progression s'observe depuis plusieurs décennies pour des raisons que l'on ne comprend pas très bien. La mortalité due au cancer du testicule continue de reculer (2,4 % par an entre 1995 et 2004), mais la baisse n'est plus statistiquement significative. Étant donné le faible nombre de décès par cancer du testicule enregistré chaque année, les taux de mortalité sont généralement peu stables, ce qui peut entraîner des variations considérables d'une année à l'autre.

Répercussions

Les figures 4.1 and 4.2 mettent en relief le fardeau de plus en plus lourd que représentera l'accroissement continu du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer pour la société canadienne, et ce, dans une large mesure, indépendamment des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité. Elles montrent pourquoi les programmes de prévention du cancer et de promotion de la santé sont si cruciaux. Les tendances relatives au cancer font également ressortir la nécessité d'élaborer des plans pour faire face à cette augmentation du nombre de cas de cancer dans le contexte d'une population canadienne croissante et vieillissante. Nous devons accroître notre

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

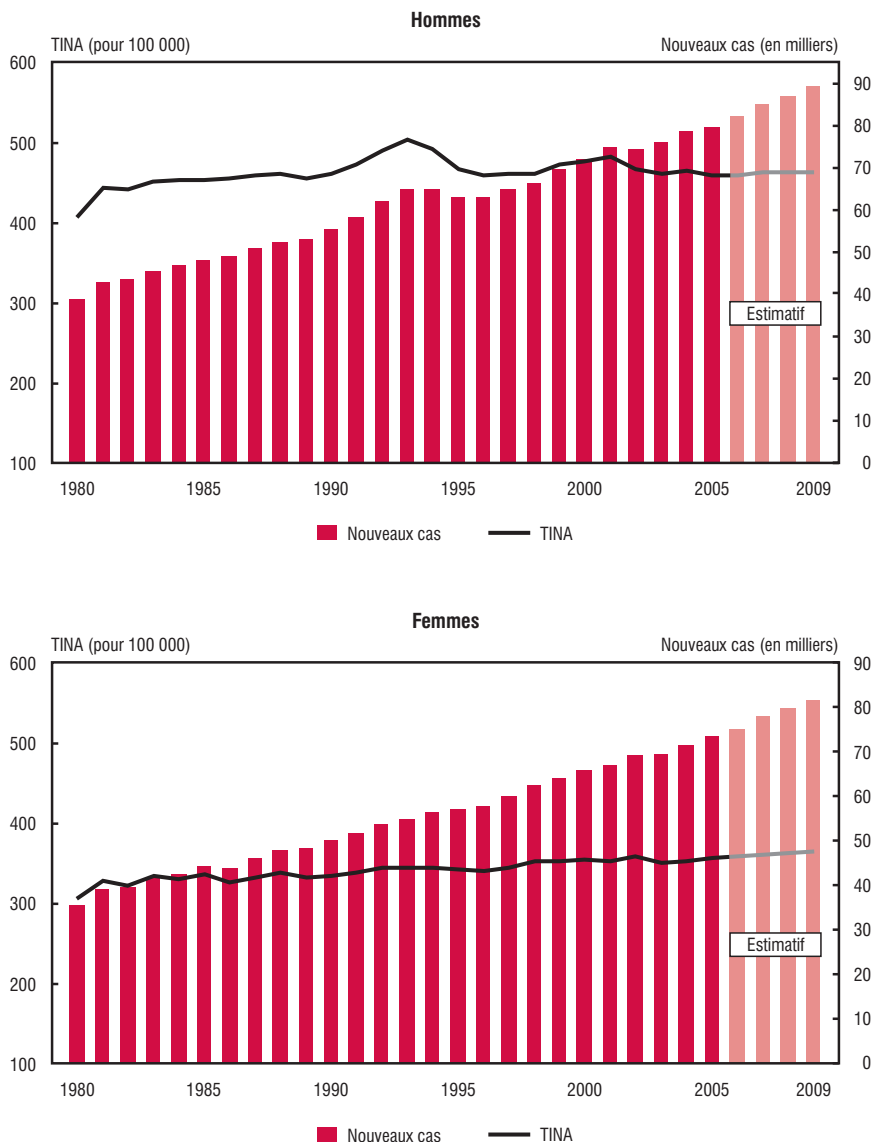
capacité d'offrir des programmes efficaces de prévention primaire, de dépistage précoce, de traitement, de promotion de la santé, ainsi que des soins palliatifs adéquats. Nous devons en outre déployer des efforts encore plus considérables sur le plan de la prévention primaire, afin de réduire le nombre de cas évitables de cancer.

Le nombre de nouveaux cas et de décès constituent des mesures du fardeau de la maladie, et les données sur les tendances peuvent renseigner sur les besoins futurs en services cliniques. Dans l'ensemble, les taux d'incidence sont stables (hommes) ou augmentent légèrement (femmes), mais les taux de mortalité diminuent, ce qui indique que les taux de survie pour certains cancers augmentent. Compte tenu des tendances, nous devons accroître notre capacité d'offrir des programmes efficaces de prévention primaire, de dépistage précoce, de traitement, de promotion de la santé, ainsi que des soins palliatifs adéquats.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, 1980-2009



Nota : La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers de la peau autres que le mélanome. Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 sauf au Québec. Pour plus de détails, consulter l'*Annexe II : Méthodologie*.

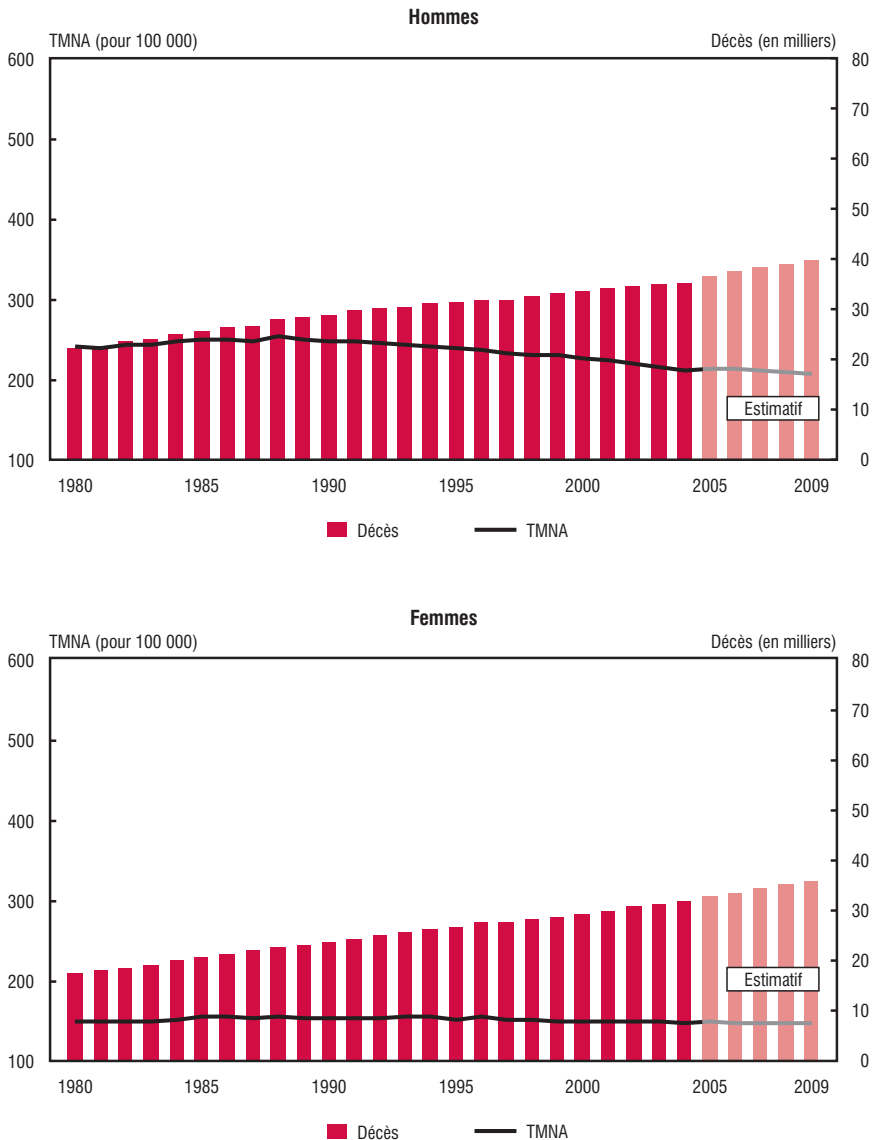
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.2

Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1980-2009



Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

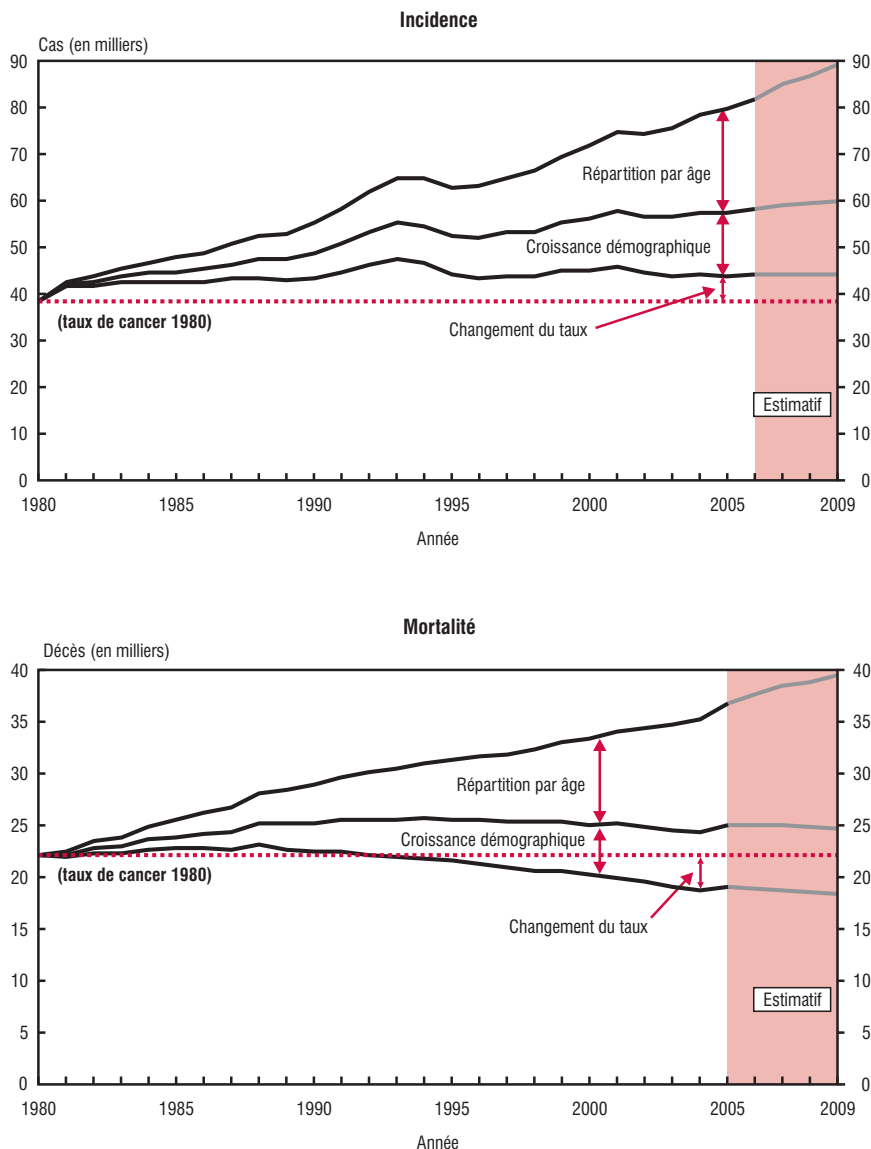
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.3

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1980-2009



Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006, sauf au Québec. Les fourchettes des taux varient.

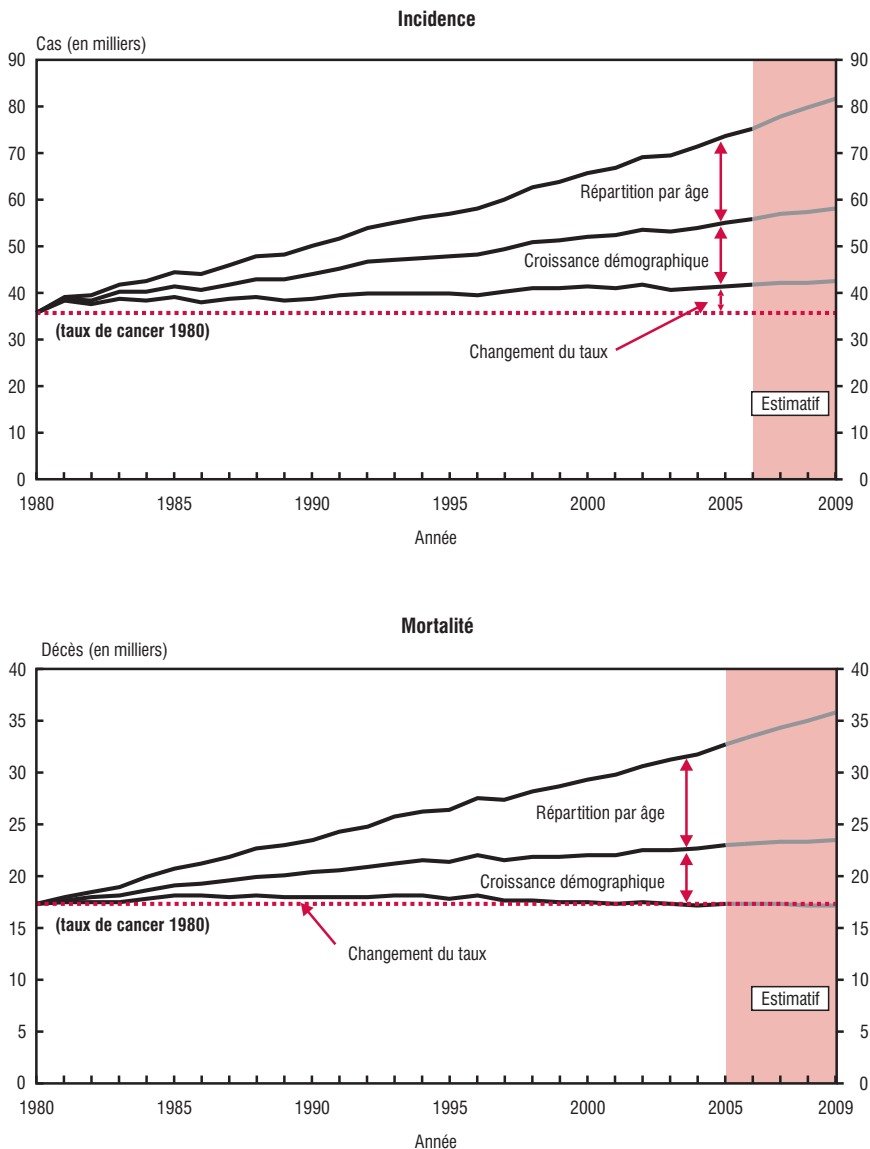
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.4

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1980-2009



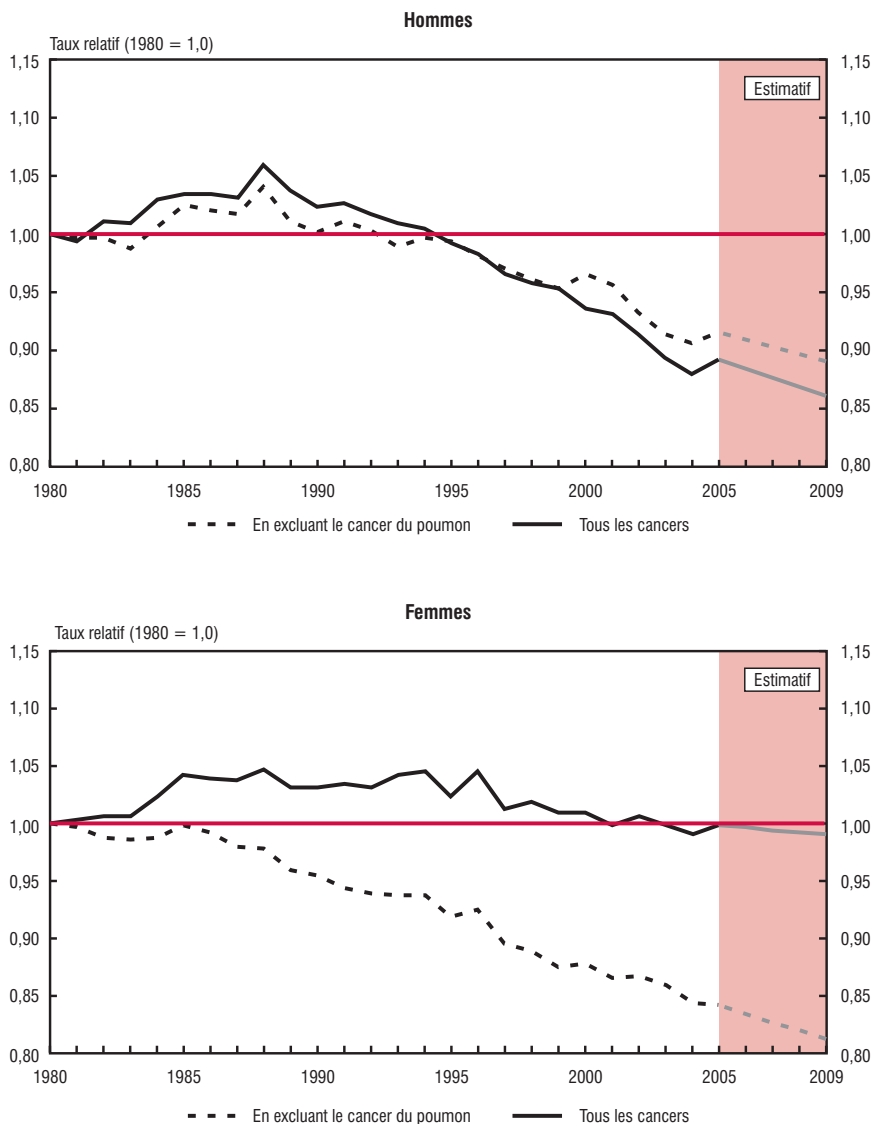
Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006, sauf au Québec. Les fourchettes des taux varient entre les figures.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada
Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.5

Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1980-2009*



* Année en cours divisée par le taux de 1980.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

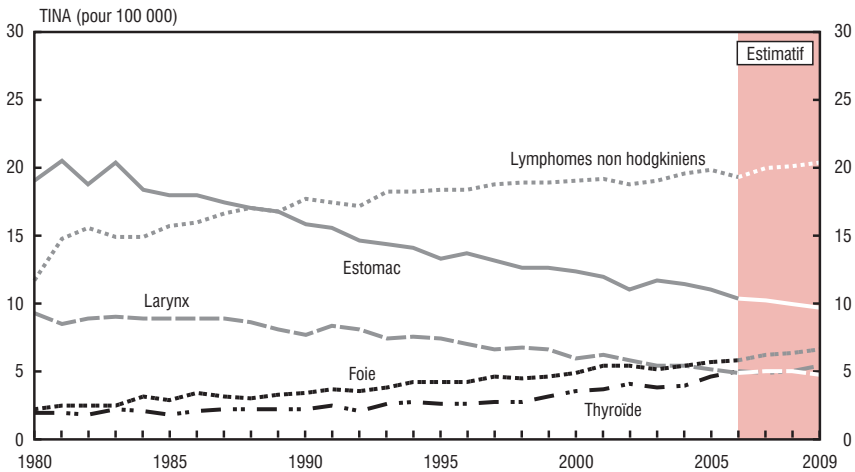
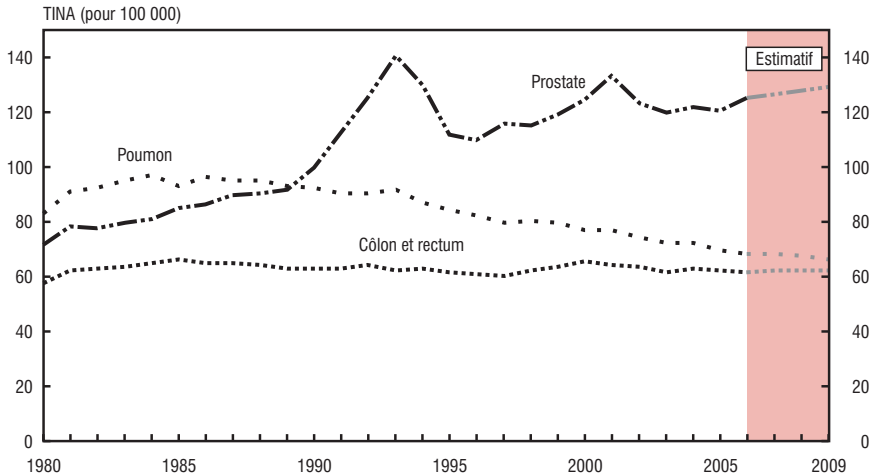
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.6

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1980-2009



* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 4.1. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 sauf au Québec. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

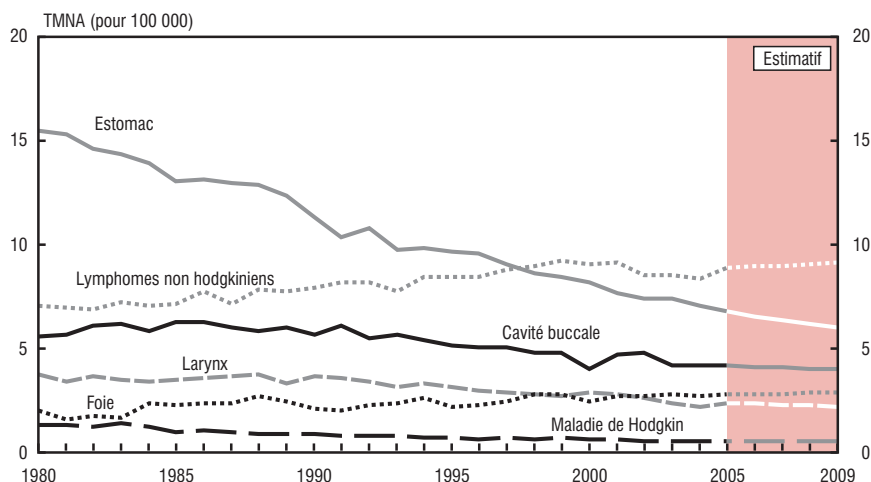
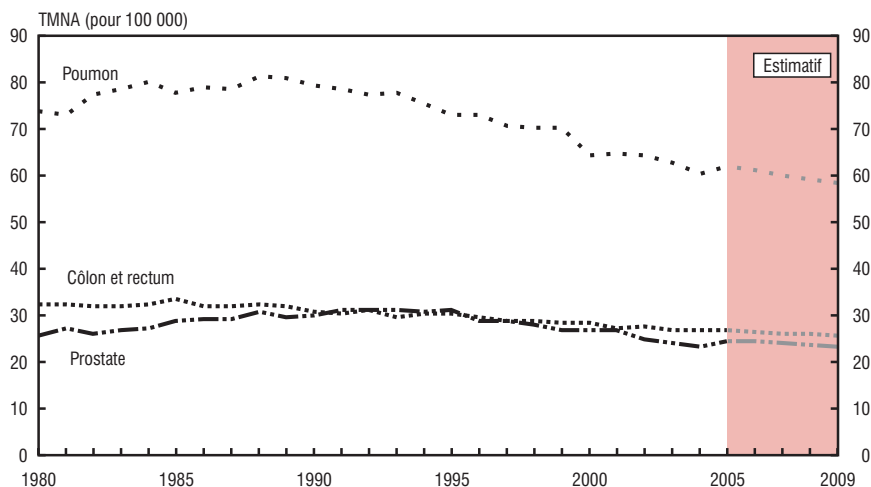
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.7

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1980-2009



* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux de mortalité a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 4.2. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

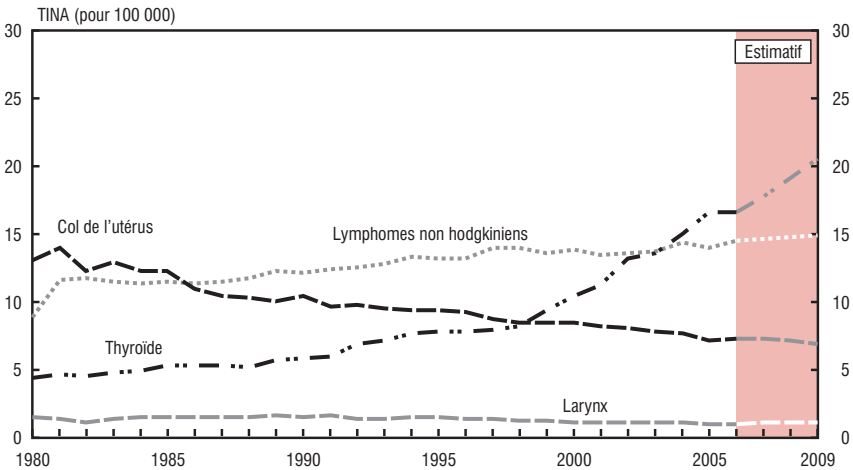
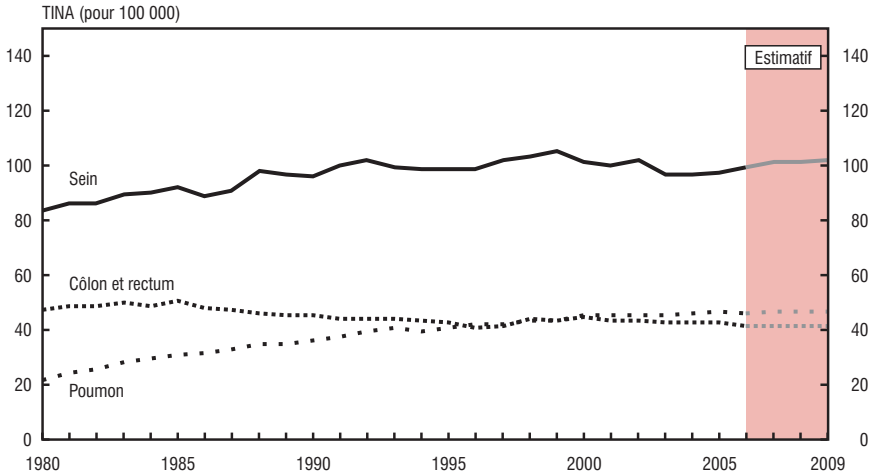
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.8

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1980-2009



* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 4.3. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 sauf au Québec. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

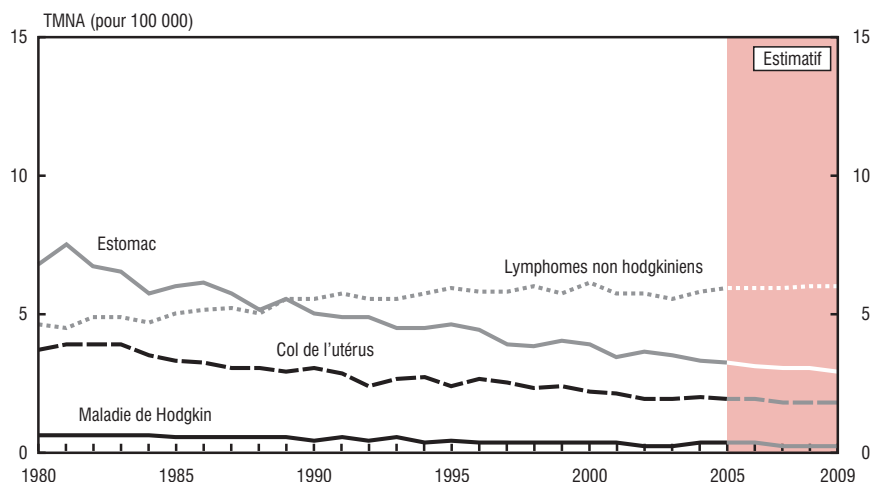
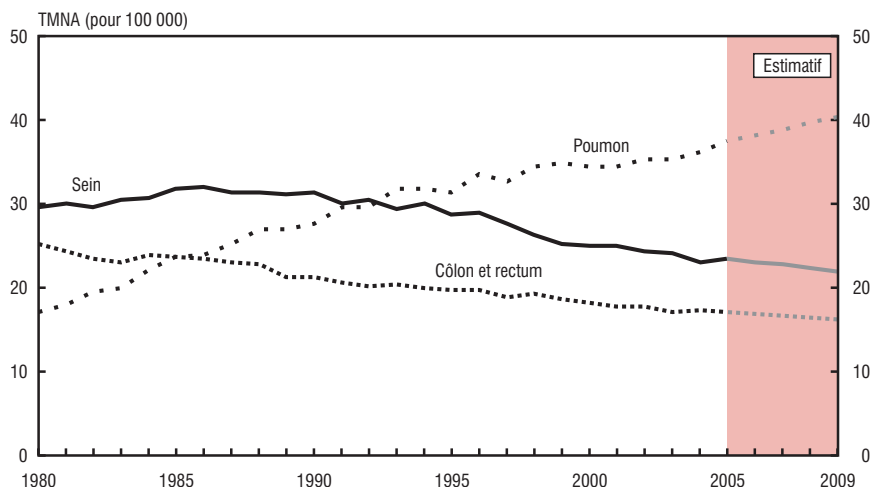
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.9

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1980-2009



* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux de mortalité a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 4.4. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1980-2009

Année	Cas pour 100 000								
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Estomac	Foie	Larynx
1980	407,1	71,4	82,9	57,9	11,6	1,9	19,0	2,2	9,3
1981	442,9	78,5	90,8	62,6	14,7	1,9	20,5	2,4	8,4
1982	442,0	77,8	92,3	62,7	15,6	1,7	18,7	2,4	8,8
1983	450,3	79,6	95,0	63,9	14,9	2,1	20,4	2,4	9,0
1984	451,9	80,9	96,8	64,7	14,9	2,0	18,4	3,1	8,9
1985	451,9	85,1	93,0	66,2	15,7	1,8	18,0	2,8	8,8
1986	453,9	86,1	96,1	64,7	16,0	2,0	18,0	3,3	8,8
1987	458,7	89,6	94,9	64,7	16,6	2,2	17,4	3,1	8,8
1988	461,2	90,4	95,2	64,6	17,0	2,1	17,0	3,0	8,6
1989	454,0	91,9	93,4	63,1	16,7	2,1	16,8	3,2	8,1
1990	460,4	99,9	92,5	63,0	17,7	2,2	15,8	3,4	7,7
1991	472,0	112,3	90,5	62,9	17,4	2,4	15,6	3,6	8,3
1992	490,1	125,5	90,5	64,2	17,2	2,0	14,6	3,5	8,1
1993	502,8	140,6	91,5	62,0	18,2	2,6	14,3	3,8	7,4
1994	490,9	129,7	86,8	63,1	18,2	2,7	14,1	4,2	7,5
1995	466,8	111,7	84,7	61,6	18,3	2,6	13,3	4,2	7,4
1996	458,3	110,1	82,3	60,7	18,3	2,6	13,6	4,2	6,9
1997	461,3	115,7	79,5	60,3	18,8	2,7	13,1	4,5	6,6
1998	460,5	114,9	80,5	62,5	18,9	2,7	12,6	4,4	6,7
1999	471,3	119,4	79,5	63,4	18,9	3,1	12,6	4,6	6,6
2000	475,9	124,7	77,1	65,6	19,0	3,5	12,3	4,8	5,9
2001	481,9	133,1	77,1	64,4	19,1	3,6	11,9	5,3	6,1
2002	465,9	123,5	74,4	63,7	18,8	4,0	11,0	5,3	5,8
2003	461,0	120,1	72,2	61,4	19,0	3,7	11,6	5,1	5,4
2004	464,1	122,1	72,0	62,8	19,6	3,9	11,4	5,4	5,3
2005	458,8	120,8	69,7	62,0	19,8	4,6	11,0	5,6	5,1
2006 [†]	458,9	125,3	68,4	61,4	19,3	4,9	10,3	5,7	4,8
2007 [‡]	462,2	126,5	68,6	62,2	20,0	4,8	10,2	6,1	5,0
2008 [‡]	462,1	127,9	67,5	62,2	20,1	5,0	9,9	6,3	4,9
2009 [‡]	462,2	129,5	66,5	62,2	20,3	5,3	9,7	6,6	4,7

* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

† Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006, sauf au Québec.

‡ Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des territoires.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1980-2009

Année	Décès pour 100 000									
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Cavité buccale	Estomac	Foie	Larynx	Maladie de Hodgkin
1980	240,7	25,8	73,9	32,3	7,0	5,5	15,5	1,9	3,7	1,2
1981	239,2	27,1	73,1	32,2	6,9	5,6	15,3	1,5	3,3	1,2
1982	243,5	26,0	77,3	31,9	6,8	6,0	14,6	1,7	3,6	1,1
1983	242,9	26,7	78,4	31,8	7,2	6,1	14,3	1,6	3,4	1,3
1984	247,9	27,4	80,1	32,4	7,0	5,8	13,9	2,3	3,3	1,1
1985	249,0	28,9	77,9	33,4	7,1	6,2	13,0	2,2	3,4	0,9
1986	249,0	29,4	78,8	32,0	7,7	6,2	13,1	2,3	3,5	1,0
1987	248,2	29,4	78,5	32,0	7,1	5,9	12,9	2,3	3,6	0,9
1988	254,8	30,7	81,2	32,4	7,8	5,8	12,8	2,6	3,7	0,8
1989	249,6	29,7	81,0	31,9	7,7	5,9	12,3	2,4	3,2	0,8
1990	246,5	30,1	79,4	30,9	7,9	5,6	11,3	2,0	3,6	0,8
1991	247,2	31,2	78,7	30,4	8,1	6,0	10,3	1,9	3,5	0,7
1992	244,7	31,0	77,5	31,1	8,1	5,4	10,7	2,2	3,3	0,7
1993	242,8	31,1	77,8	29,7	7,7	5,6	9,7	2,3	3,1	0,7
1994	241,8	30,7	75,5	30,3	8,4	5,3	9,8	2,5	3,2	0,6
1995	239,0	31,0	73,2	30,2	8,4	5,1	9,6	2,1	3,1	0,6
1996	236,5	29,0	72,9	29,5	8,4	5,0	9,5	2,2	2,9	0,5
1997	232,3	28,7	70,5	29,0	8,7	5,0	9,0	2,4	2,8	0,6
1998	230,5	28,0	70,2	28,9	8,9	4,7	8,6	2,7	2,7	0,5
1999	229,4	26,9	70,4	28,5	9,2	4,7	8,4	2,7	2,6	0,6
2000	225,4	26,8	64,3	28,5	9,0	3,9	8,1	2,4	2,8	0,5
2001	224,0	26,7	64,6	27,1	9,1	4,6	7,6	2,6	2,7	0,5
2002	219,9	25,0	64,4	27,7	8,5	4,7	7,3	2,6	2,5	0,4
2003	215,0	23,9	62,6	26,8	8,5	4,1	7,3	2,7	2,3	0,4
2004	211,6	23,3	60,5	26,8	8,3	4,1	7,0	2,6	2,1	0,4
2005†	214,7	24,6	61,8	26,7	8,8	4,1	6,7	2,7	2,3	0,4
2006†	212,7	24,3	61,0	26,4	8,9	4,0	6,5	2,7	2,3	0,4
2007†	210,8	23,9	60,1	26,2	8,9	4,0	6,3	2,7	2,2	0,4
2008†	208,9	23,6	59,2	25,9	9,0	3,9	6,1	2,8	2,2	0,4
2009†	207,1	23,3	58,4	25,7	9,1	3,9	5,9	2,8	2,1	0,4

* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

† Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des territoires.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1980-2009

Année	Cas pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Col de l'utérus	Larynx
1980	305,8	21,6	83,3	47,4	8,8	4,4	13,0	1,4
1981	328,3	24,2	86,5	48,6	11,6	4,6	13,9	1,3
1982	321,3	25,8	86,0	48,9	11,7	4,5	12,3	1,1
1983	333,2	28,2	89,3	50,2	11,5	4,8	12,9	1,3
1984	329,9	29,5	90,4	48,9	11,3	4,9	12,2	1,4
1985	336,1	30,8	92,2	50,6	11,4	5,3	12,3	1,5
1986	325,5	31,5	88,6	48,2	11,3	5,2	10,9	1,4
1987	331,4	33,2	91,1	47,6	11,5	5,2	10,4	1,5
1988	336,8	34,6	97,8	46,1	11,7	5,1	10,2	1,5
1989	330,7	34,9	96,4	45,3	12,2	5,6	10,0	1,6
1990	333,9	36,3	96,0	45,7	12,1	5,8	10,4	1,4
1991	337,7	37,5	100,1	44,1	12,4	5,9	9,6	1,6
1992	343,8	39,7	101,9	44,3	12,5	6,9	9,7	1,3
1993	343,2	40,6	99,1	44,3	12,7	7,1	9,5	1,3
1994	343,8	39,8	99,0	43,7	13,3	7,6	9,4	1,4
1995	342,0	40,8	98,9	42,5	13,1	7,7	9,3	1,4
1996	340,0	42,0	98,7	41,1	13,1	7,8	9,2	1,3
1997	344,2	41,9	102,2	41,7	13,9	7,9	8,7	1,3
1998	351,8	43,7	103,2	43,9	14,0	8,2	8,4	1,2
1999	352,5	43,5	105,1	43,3	13,5	9,4	8,4	1,2
2000	354,6	45,1	101,6	44,5	13,8	10,4	8,4	1,1
2001	352,3	45,1	100,3	43,6	13,4	11,2	8,2	1,1
2002	358,1	45,7	102,2	43,5	13,6	13,2	8,0	1,1
2003	350,2	45,6	96,5	42,6	13,7	13,6	7,8	1,1
2004	353,0	46,3	96,9	42,9	14,3	15,0	7,6	1,0
2005	356,5	47,0	97,3	42,7	13,9	16,6	7,1	0,9
2006 [†]	357,6	46,2	99,5	41,5	14,5	16,6	7,2	0,9
2007 [‡]	360,6	46,5	101,3	41,6	14,6	17,7	7,2	1,0
2008 [‡]	362,1	46,6	101,6	41,4	14,7	19,1	7,1	1,0
2009 [‡]	363,6	46,7	101,9	41,2	14,9	20,5	6,9	1,0

* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

† Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006, sauf au Québec.

‡ Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des territoires.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.4

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1980-2009

Année	Décès pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Col de l'utérus	Maladie de Hodgkin
1980	148,5	17,0	29,7	25,3	4,6	6,8	3,7	0,6
1981	149,0	17,9	30,1	24,4	4,5	7,5	3,9	0,6
1982	149,3	19,5	29,7	23,5	4,9	6,7	3,9	0,6
1983	149,4	19,9	30,4	23,1	4,9	6,5	3,9	0,6
1984	151,9	22,2	30,7	23,8	4,7	5,7	3,5	0,6
1985	154,8	23,7	31,8	23,7	5,0	6,0	3,3	0,5
1986	154,4	23,9	32,0	23,5	5,1	6,1	3,2	0,5
1987	154,0	25,3	31,3	23,0	5,2	5,7	3,0	0,5
1988	155,4	26,9	31,4	22,7	5,0	5,1	3,0	0,5
1989	153,1	27,0	31,2	21,3	5,5	5,5	2,9	0,5
1990	153,1	27,6	31,3	21,3	5,5	5,0	3,0	0,4
1991	153,5	29,5	30,1	20,7	5,7	4,9	2,8	0,5
1992	153,1	29,6	30,4	20,2	5,5	4,9	2,4	0,4
1993	154,8	31,7	29,4	20,3	5,5	4,5	2,6	0,5
1994	155,1	31,9	30,0	19,9	5,7	4,5	2,7	0,3
1995	152,0	31,3	28,7	19,8	5,9	4,6	2,4	0,4
1996	155,2	33,6	28,9	19,7	5,8	4,4	2,6	0,3
1997	150,3	32,6	27,7	18,8	5,8	3,9	2,5	0,3
1998	151,3	34,5	26,4	19,3	6,0	3,8	2,3	0,3
1999	149,8	34,9	25,2	18,6	5,7	4,0	2,4	0,3
2000	149,8	34,4	25,1	18,2	6,1	3,9	2,2	0,3
2001	148,2	34,4	25,0	17,8	5,7	3,4	2,1	0,3
2002	149,3	35,3	24,4	17,7	5,7	3,6	1,9	0,2
2003	148,2	35,4	24,1	17,1	5,5	3,5	1,9	0,2
2004	147,1	36,1	23,1	17,3	5,8	3,3	2,0	0,3
2005 [†]	148,2	37,5	23,5	17,0	5,9	3,2	1,9	0,3
2006 [†]	147,9	38,2	23,1	16,8	5,9	3,1	1,9	0,3
2007 [†]	147,6	38,9	22,7	16,6	5,9	3,0	1,8	0,2
2008 [†]	147,3	39,6	22,3	16,5	6,0	3,0	1,8	0,2
2009 [†]	147,0	40,3	22,0	16,3	6,0	2,9	1,8	0,2

* Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

[†] Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des territoires.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.5

Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada

	Incidence 1996-2005				Mortalité 1996-2005			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	VAP	Point de retournement [†]	VAP	Point de retournement [†]	VAP	Point de retournement [†]	VAP	Point de retournement [†]
Tous les cancers	0,0		0,4*		-1,3**		-0,4**	
Prostate	1,0		–		-2,9**		–	
Poumon	-1,8**		1,3**		-2,1**		1,2**	
Sein	–		-1,1*	1999	–		-1,6**	1999
Côlon et rectum	-1,1*	2000	-0,8	2000	-1,3**		-1,7**	
Lymphomes non hodgkiniens	0,6**		0,2	1997	-2,4	2000	-0,5	1996
Vessie	-0,5		0,0		-0,4		0,4	
Mélanome	1,6*		1,0**		0,5		-0,8*	
Leucémie	0,5		0,5*		-0,8*		-1,0	
Rein	0,8**		1,3**		-0,5		-0,8	
Thyroïde	6,4**	1997	10,1**	1997	0,7		-1,5	
Corps de l'utérus	–		0,4*		–		-0,4	
Pancréas	-0,2		0,3		-0,5		0,0	
Cavité buccale	-1,4**	1997	0,0		-2,5**		-0,6	
Estomac	-2,3**		-1,9**		-3,6**		-3,1**	
Encéphale	-0,8**		-0,9		-1,0**		-0,7	
Ovaire	–		0,0		–		-0,3	
Myélome multiple	0,6		0,4		-1,5*		-0,3	
Oesophage	0,5		-1,6**		0,3		-0,6	
Foie	3,2**		1,7		2,2*		1,7	
Col de l'utérus	–		-2,3**		–		-3,3**	
Larynx	-3,4**		-3,5**		-3,2**		-1,8	
Maladie de Hodgkin	0,1		0,2		-4,2*		-3,7*	
Testicule	1,5**		–		-2,4		–	

– Sans objet

* Significatif à $p < 0,05$

** Significatif à $p < 0,01$

[†] Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la tendance a changé après 1996 pour l'incidence ou 1995 pour la mortalité. Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1986 à 2005 pour l'incidence et aux taux de 1986 à 2004 pour la mortalité.

Nota : On calcule la variation annuelle en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique; les taux d'incidence pour tous les cancers tiennent compte des cancers non mentionnés dans le tableau, mais ils ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS (DE 0 À 14 ANS)

Le cancer est rare chez les enfants canadiens. Entre 2001 et 2005, 4 181 enfants âgés de 0 à 14 ans ont reçu un diagnostic de cancer au Canada, et entre 2000 et 2004, 676 sont morts de cette maladie (tableau 5.1). Bien que les cancers pédiatriques représentent à peine un peu plus de la moitié de un pour cent de tous les cancers diagnostiqués au Canada, il s'agit d'un problème de santé publique de taille. Le cancer pédiatrique a des répercussions disproportionnées sur les systèmes de santé et de services sociaux ainsi que sur l'économie, en plus d'imposer un fardeau très lourd à la famille de l'enfant atteint du cancer. Selon les estimations, les traitements anticancéreux entraînent chez les deux tiers des survivants au moins un effet chronique ou une séquelle, et une complication importante, grave ou potentiellement mortelle chez le tiers d'entre eux⁸. Avec l'amélioration du taux de survie au cancer chez les enfants, il devient de plus en plus nécessaire d'assurer une surveillance et un suivi à long terme.

Incidence

- ◆ Les taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge, pour tous les cancers combinés, sont demeurés relativement constants depuis 1985 (figure 5.1).
- ◆ Entre 2001 et 2005, le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les enfants était la leucémie, qui était à l'origine de 32 % des nouveaux cas de cancer. Les cancers du système nerveux central (SNC) et les lymphomes, associés à 20 % et à 12 % des nouveaux cas, respectivement, occupaient la deuxième place.
 - Les leucémies lymphoïdes représentaient environ 80 % des 1 345 cas de leucémie, et un peu plus de 12 % étaient des leucémies myéloïdes aiguës.
 - Les astrocytomes représentaient 43 % des 838 cancers du SNC, les tumeurs intracrâniennes et intramédullaires embryonnaires, 24 %, et les épendymomes, un peu moins de 10 %.
 - Parmi les 504 cas de lymphome diagnostiqués, 38 % étaient des cas de maladie de Hodgkin, 16 % des lymphomes de Burkitt, et 29 %, des lymphomes non hodgkiniens.

Mortalité

- ◆ Pour tous les cancers pédiatriques combinés, le taux de mortalité normalisé selon l'âge a diminué substantiellement, passant de 41,2 pour 1 000 000 en 1985 à un taux estimatif de 20,6 pour 1 000 000 en 2009 (figure 5.1).
- ◆ Près de 70 % des décès dus au cancer chez les enfants entre 2000 et 2004 étaient associés au cancer du SNC (30 %), à la leucémie (27 %) ou à des neuroblastomes (12 %).

Survie

Les estimations de la proportion de survie observée (PSO) ont été établies pour la période de 2000 à 2004 à partir d'une analyse par période (voir l'*Annexe II*).

- ◆ Pour tous les cancers pédiatriques combinés, la PSO à cinq ans a été estimée à 82 %.

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS (DE 0 À 14 ANS)

- ◆ À l'intérieur de groupes de diagnostics précis, les PSO les plus élevées à cinq ans concernaient le rétinoblastome (99 %), les tumeurs rénales, les lymphomes, les tumeurs germinales, et autres tumeurs épithéliales malignes (88 % chacun), les plus faibles étant liées aux tumeurs osseuses malignes (66 %) et aux neuroblastomes (72 %).
 - Le taux de survie était nettement plus faible chez les personnes ayant reçu un diagnostic de leucémie myéloïde aiguë (PSO à cinq ans de 67 %) que chez celles ayant reçu un diagnostic de leucémie lymphoïde (PSO à cinq ans de 91 %).
 - Le pronostic était plus favorable à l'égard des cas diagnostiqués de maladie de Hodgkin (PSO à cinq ans de 94 %) qu'à l'égard des cas diagnostiqués de lymphome non hodgkinien (PSO à cinq ans de 84 %).
 - Le pronostic à cinq ans associé à certains types de cancer du système nerveux central comme l'astrocytome (86 %) était plus favorable que celui associé aux tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intramédullaires (64 %).

Des renseignements additionnels sur le cancer chez les enfants âgés de 0 à 14 ans sont fournis sous la rubrique Sujet particulier de la publication Statistiques canadiennes sur le cancer 2008, disponible à l'adresse www.cancer.ca/statistiques. Une section sur le cancer chez les enfants (de 0 à 19 ans) est également disponible à l'adresse www.cancer.ca/statistiques (disponible sur le Web seulement).

Bien qu'il soit rare, le cancer chez les enfants demeure un problème de santé publique important.

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS (DE 0 À 14 ANS)

Tableau 5.1

Nouveaux cas et décès, taux annuels moyens d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, estimations (%) de la proportion de survie observée (PSO) et intervalle de confiance (IC) à 95 %, par groupe de diagnostics, chez les enfants (de 0 à 14 ans), Canada*

Groupe de diagnostics (sous-groupe)	Nouveau cas (2001-2005) 1 000 000	TINA (pour 1 000 000) par an	Décès (2000-2004) 1 000 000	TMNA (pour 1 000 000) par an	Survie à 5 ans (2000-2004) PSO (IC à 95 %)
Total† (5 ans)	4 181	148,7	676	23,3	82 (81-83)
Nombre annuel moyen	836	–	135	–	–
I. Leucémie	1 345	48,6	184	6,4	86 (84-88)
a. Lymphoïde	1 065	38,5	71	2,4	91 (88-92)
b. Aiguë myéloïde	167	6,0	51	1,8	67 (59-73)
III. Système nerveux central	838	29,4	201	6,9	75 (72-78)
a. Épendymome	82	3,0	19	0,7	72 (60-80)
b. Astrocytome	361	12,5	41	1,4	86 (81-89)
c. Tumeur embryonnaire intracrânienne et intramédullaire	204	7,3	57	2,0	64 (56-70)
II. Lymphome	504	16,8	32	1,1	88 (85-91)
a. Maladie de Hodgkin	191	6,1	4	0,1	94 (88-96)
b. Lymphomes non hodgkiniens	147	5,0	10	0,3	84 (76-89)
c. Lymphome de Burkitt	80	2,7	8	0,3	88 (78-94)
IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du SNP	311	12,2	82	2,9	72 (66-78)
a. Neuroblastome	307	12,0	82	2,9	72 (66-77)
IX. Tissus mous	250	8,7	45	1,5	77 (70-82)
a. Rhabdomyosarcome	119	4,2	28	1,0	80 (71-87)
VI. Tumeurs rénales	215	8,1	34	1,2	88 (82-92)
a. Néphroblastome	199	7,5	27	0,9	89 (83-92)
VIII. Tumeurs osseuses malignes	181	5,9	47	1,5	66 (59-73)
a. Ostéosarcome	84	2,7	16	0,5	63 (52-73)
c. Sarcome d'Ewing	80	2,6	28	0,9	66 (53-75)
XI. Autres tumeurs épithéliales malignes	178	5,9	9	0,3	88 (80-92)
b. Thyroïde	66	2,1	0	0,0	98 (86-100)
d. Mélanome malin	41	1,4	1	0,0	96 (78-99)
X. Tumeurs germinales et autres tumeurs gonadiques	135	4,7	10	0,3	88 (81-93)
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	52	1,8	2	0,1	93 (81-97)
V. Rétinoblastome	87	3,4	2	0,1	99 (93-100)
VII. Tumeurs hépatiques	66	2,5	12	0,4	80 (67-88)
XII. Autres cancers et cancers non précisés	65	2,3	9	0,3	89 (77-95)

* Les chiffres concernant la survie ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée par les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

† Le total comprend 6 nouveaux cas de tumeurs malignes et 9 décès qui n'ont pu être classés.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année. Les cas ont été classés et répartis d'après la troisième édition de la Classification Internationale des Cancers de l'enfant⁹. Les groupes de diagnostics sont énumérés selon la fréquence des cas. La liste n'englobe que certains sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe de diagnostics. L'abréviation SNP renvoie aux tumeurs du système nerveux périphérique.

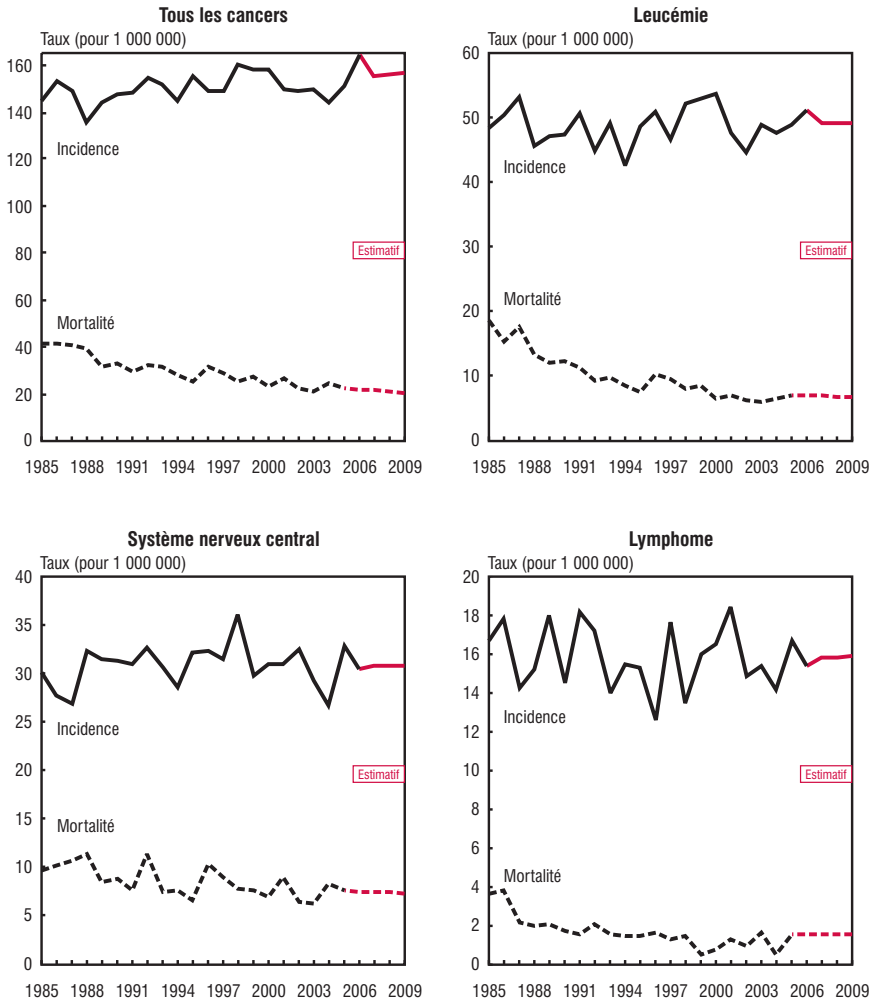
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS (DE 0 À 14 ANS)

Figure 5.1

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge associés à certains cancers chez les enfants et les jeunes (de 0 à 14 ans), Canada, 1985-2009



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les cancers. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 sauf au Québec.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

6. PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT DU CANCER OU D'EN MOURIR

Le tableau 6.1 présente la probabilité que les Canadiens soient atteints des cancers les plus courants pour certains groupes d'âge de dix ans, ainsi que la probabilité qu'ils soient atteints du cancer au cours de leur vie ou qu'ils en meurent.

Les données relatives à la probabilité à vie d'être atteint du cancer et d'en mourir sont présentées à la fois sous forme de pourcentage et de rapport. Ainsi, chez l'homme, la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de la vie s'établit à environ 45 %, soit un homme sur 2,2. Autrement dit, on prévoit que près d'un homme sur deux sera atteint d'un cancer à un moment de sa vie. De même, chez la femme, le risque de souffrir d'un cancer au cours de la vie atteint presque 40 %, soit un peu plus d'une femme sur 2,5. Par ailleurs, 1 homme sur 3,5 et 1 femme sur 4,2, soit environ 1 Canadien sur 4, seront emportés par le cancer.

Au cours de sa vie, 1 homme sur 7,4 sera atteint du cancer de la prostate, et 1 sur 27 en mourra. Par ailleurs, 1 homme sur 13 risque de mourir d'un cancer du poumon, principale cause de décès par cancer chez les hommes.

Au cours de sa vie, 1 femme sur 9 sera atteinte du cancer du sein, et 1 femme sur 28 sera emportée par cette maladie. Enfin, 1 femme sur 18 risque de succomber au cancer du poumon, la cause la plus probable de décès par cancer chez les femmes.

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 années suivantes est un indicateur utile du risque de cancer à court terme. Bien que le risque qu'une femme soit atteinte d'un cancer du sein durant sa vie soit de 11 % (1 femme sur 9) et que ce risque augmente avec l'âge, le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 70 ans n'est que de 2,9 % (1 femme sur 34). Signalons qu'une femme de 60 ans qui soupèse le risque d'avoir un cancer du sein attache davantage d'importance à cette dernière probabilité statistique qu'à la première. Le tableau 6.1 montre à quel point le risque d'être atteint du cancer de la prostate augmente avec l'âge. Avant l'âge de 50 ans, il est très peu probable qu'un homme souffre de ce cancer. Cependant, le risque pour un homme de 70 ans d'être atteint d'un cancer de la prostate avant l'âge de 80 ans s'établit à 6,1 % (1 homme sur 16). Il s'agit du risque le plus élevé, tant pour l'homme que pour la femme, de souffrir d'un cancer pendant l'une ou l'autre des décennies de sa vie.

Le risque de recevoir pour la première fois un diagnostic de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinome basocellulaire et squameux) au cours de la vie a été estimé dans une étude auprès de résidents du Manitoba¹⁰. La probabilité à vie de développer le cancer est passée d'environ 5 % à presque 16 % entre les années 60 et les années 90.

*Environ un Canadien sur quatre mourra du cancer,
le risque étant un peu plus élevé chez les hommes
que chez les femmes.*

6. PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT DU CANCER OU D'EN MOURIR

Tableau 6.1

Probabilité à vie d'être atteint du cancer ou d'en mourir et probabilité d'être atteint du cancer selon l'âge, Canada

	Probabilité à vie :				Probabilité (%) d'être atteint du cancer au cours des 10 années suivantes, par groupe d'âge											
	d'être atteint		de mourir		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80-89	
	%	Un sur :	%	Un sur :												
Hommes																
Tous les cancers	44,9	2,2	28,5	3,5	0,7	1,7	6,1	15,2	21,8	21,0						
Prostate	13,6	7,4	3,7	26,9	–	0,2	1,7	5,3	6,1	5,0						
Poumon	8,8	11,4	8,0	12,6	–	0,2	0,8	2,5	4,4	3,8						
Côlon et rectum	7,4	13,5	3,7	27,1	0,1	0,2	0,8	2,1	3,4	3,3						
Vessie	3,6	28,0	1,1	95,0	–	0,1	0,3	0,9	1,6	1,9						
Lymphomes non hodgkiniens	2,2	45,9	1,1	93,4	0,1	0,1	0,3	0,6	0,9	0,8						
Leucémie	1,7	58,0	1,1	92,7	–	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8						
Rein*	1,6	64,1	0,7	137,5	–	0,1	0,3	0,5	0,6	0,5						
Estomac	1,4	71,7	0,9	106,1	–	–	0,1	0,4	0,6	0,7						
Cavité buccale	1,4	72,1	0,5	197,9	–	0,1	0,3	0,4	0,4	0,4						
Mélanome	1,4	73,7	0,4	284,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5						
Pancréas	1,3	78,0	1,3	74,4	–	–	0,2	0,4	0,5	0,6						
Myélome multiple	0,8	131,1	0,5	194,4	–	–	0,1	0,2	0,3	0,4						
Encéphale	0,8	131,8	0,6	171,2	–	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2						
Oesophage	0,7	136,4	0,8	121,5	–	–	0,1	0,2	0,3	0,3						
Foie	0,6	162,8	0,3	307,3	–	–	0,1	0,2	0,2	0,2						
Larynx	0,6	162,8	0,3	357,6	–	–	0,1	0,2	0,3	0,2						

– Valeur inférieure à 0,05

* La diminution de la probabilité à vie d'être atteint d'un cancer du rein, par rapport aux années antérieures, s'explique par la décision d'exclure les cancers de l'uretère et d'autres organes urinaires (sans précision) à compter de la parution de l'édition de 2008 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*.

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence du cancer et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 2004 et sur les tables de mortalité fondées sur les taux pour l'ensemble des causes de 2002 à 2004. La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de personnes qui meurent du cancer à l'intérieur d'une cohorte soumise aux conditions de mortalité s'appliquant dans l'ensemble de la population de 2004. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II*.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

6. PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT DU CANCER OU D'EN MOURIR

Tableau 6.1 (suite)

Probabilité à vie d'être atteint du cancer ou d'en mourir et probabilité d'être atteint du cancer selon l'âge, Canada

	Probabilité à vie :				Probabilité (%) d'être atteint du cancer au cours des 10 années suivantes, par groupe d'âge												
	d'être atteint		de mourir		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80-89		
	%	Un sur :	%	Un sur :													
Femmes																	
Tous les cancers	39,8	2,5	24,1	4,2	1,2	3,1	6,2	10,3	14,0	14,3							
Sein	11,1	9,0	3,6	28,0	0,4	1,3	2,3	2,9	3,1	2,6							
Côlon et rectum	6,5	15,4	3,3	30,7	–	0,2	0,6	1,3	2,4	2,8							
Poumon	6,4	15,7	5,4	18,4	–	0,2	0,7	1,9	2,5	1,9							
Corps de l'utérus	2,4	41,8	0,6	174,5	–	0,1	0,5	0,8	0,7	0,5							
Lymphomes non hodgkiniens	1,9	51,9	1,0	103,6	0,1	0,1	0,2	0,4	0,6	0,7							
Ovaire	1,4	70,9	1,1	87,0	–	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4							
Pancréas	1,4	72,2	1,5	68,2	–	–	0,1	0,3	0,5	0,7							
Thyroïde	1,2	80,9	0,1	1 160,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1							
Leucémie	1,2	81,2	0,7	134,5	–	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5							
Vessie	1,2	82,6	0,4	229,6	–	–	0,1	0,2	0,4	0,5							
Mélanome	1,1	89,8	0,2	485,7	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3							
Rein*	1,0	97,3	0,4	233,6	–	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3							
Estomac	0,8	123,4	0,6	165,6	–	–	0,1	0,1	0,3	0,4							
Col de l'utérus	0,7	148,1	0,2	422,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1							
Cavité buccale	0,7	148,6	0,3	358,3	–	–	0,1	0,1	0,2	0,2							
Myélome multiple	0,6	159,4	0,4	229,4	–	–	0,1	0,1	0,2	0,3							
Encéphale	0,6	172,3	0,5	220,2	–	–	0,1	0,1	0,2	0,1							

– Valeur inférieure à 0,05

* La diminution de la probabilité à vie d'être atteint d'un cancer du rein, par rapport aux années antérieures, s'explique par la décision d'exclure les cancers de l'uretère et d'autres organes urinaires (sans précision) à compter de la parution de l'édition de 2008 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*.

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence du cancer et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 2004 et sur les tables de mortalité fondées sur les taux pour l'ensemble des causes de 2002 à 2004. La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de personnes qui meurent du cancer à l'intérieur d'une cohorte soumise aux conditions de mortalité s'appliquant dans l'ensemble de la population de 2004. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II*.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

Utilité d'examiner les données sur la survie au cancer

À l'instar des taux d'incidence et de mortalité, les données sur la survie au cancer dans une population donnent un aperçu du fardeau que représente cette maladie. Elles ont ceci de particulier qu'elles rendent compte de la gravité de la maladie : un faible rapport de survie relative (RSR) à cinq ans, comme c'est le cas pour le cancer du poumon, indique que le patient a peu de chances de vivre cinq ans ou plus après avoir reçu son diagnostic. Ainsi, lorsqu'on les examine selon le siège ou le type de cancer et la région, les estimations de la survie peuvent servir à définir les priorités en vue d'améliorer le pronostic¹¹. Lorsqu'on les étudie dans une perspective temporelle, conjointement avec les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité, ces estimations représentent un important indicateur des progrès accomplis dans la lutte contre le cancer¹². Bien qu'une estimation de la survie dans une population soit un indicateur « moyen » utile¹³, elle ne rend pas nécessairement compte des chances de survie d'une personne au cours d'une période donnée (p. ex., cinq ans) après le diagnostic, et ce, parce qu'elle est basée sur les expériences d'un groupe de personnes présentant un mélange hétérogène de caractéristiques pathologiques. De même, les intervalles de confiance des estimations de survie rendent compte non pas de l'éventail des pronostics possibles chez chaque patient, mais plutôt de la variation statistique.

Déterminants de la survie

Le pronostic d'un cas de cancer peut dépendre de facteurs liés à la personne atteinte (p. ex., âge, sexe, risque de décès dû à d'autres maladies, situation socio-économique et habitudes de vie), de facteurs liés à la tumeur (p. ex., stade de la maladie, sous-type histologique) et de facteurs d'ordre systémique liés à la lutte contre le cancer (p. ex., accessibilité et qualité des services de détection précoce, de diagnostic et de traitement). Le stade de la maladie au moment du diagnostic représente un indicateur pronostique très important, mais c'est une donnée qui n'est pas encore fournie systématiquement à des fins d'analyse dans tous les ensembles de données des registres du cancer. La plupart des registres du cancer provinciaux et territoriaux font actuellement des efforts considérables pour élargir la collecte de données sur le stade de la maladie.

Interprétation du rapport de survie relative (pour plus de détails, voir le Glossaire)

Le rapport de survie relative (RSR) est le paramètre privilégié lorsqu'il s'agit d'évaluer les chances de survie des patients atteints du cancer dans une population. Le RSR désigne le rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes atteintes du cancer et la survie attendue chez les membres de la même population générale¹⁴. Ainsi, un rapport de survie relative à cinq ans de 80 % indique que les personnes atteintes de ce cancer avaient 80 % de chances d'être en vie au cours d'une période de cinq ans après le diagnostic, par rapport aux membres de la population générale de profil analogue.

Estimations des rapports de survie relative, 2002-2004

Le tableau 7.1 indique les rapports de survie relative à cinq ans au Canada pour la période de 2002 à 2004. Les données englobent tous les cancers infiltrants combinés et certains cancers, classés par ordre décroissant de survie pour les deux sexes combinés.

Les RSR à cinq ans, tous cancers confondus, étaient de 62 %. Autrement dit, les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2002 et 2004 avaient 62 % de chances de vivre encore cinq ans par rapport aux membres comparables de la population générale. L'estimation correspondante de la survie à cinq ans observée (c.-à-d., la proportion de cas vivant cinq ans après le diagnostic) s'élevait à 54 % (données non présentées). La survie relative était meilleure chez les femmes (63 %) que chez les hommes (61 %).

Les RSR à cinq ans étaient les plus élevés pour les cancers de la thyroïde (98 %) et du testicule (96 %). Le pronostic était très favorable dans le cas du cancer de la prostate chez les hommes (RSR de 95 %) et du mélanome chez les femmes (93 %) (tableau 7.1). Les RSR les plus faibles ont été relevés à l'égard du cancer du pancréas (6 %); venaient ensuite les cancers de l'œsophage (14 %), du poumon (hommes : 13 %; femmes : 17 %). Pour la plupart des cancers examinés, la survie était similaire ou supérieure chez les femmes.

Variation selon la province

Les RSR provinciaux normalisés selon l'âge pour les cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum et du poumon (les cancers les plus souvent diagnostiqués) sont indiqués au tableau 7.2. Les rapports de survie pour Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas indiqués parce qu'ils sont artificiellement élevés. Les estimations pour les territoires ne sont pas présentées, le nombre de cas étant trop faible pour permettre la production d'estimations fiables normalisées selon l'âge. On a noté peu de variation d'une province à l'autre en ce qui concerne le RSR normalisé selon l'âge associé au cancer du sein, mais dans le cas du cancer de la prostate, il oscillait entre 87 % en Saskatchewan et 97 % en Nouvelle-Écosse. Le RSR provincial normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer du côlon et du rectum a été enregistré en Ontario (63 %) et en Colombie-Britannique (62 %), et le plus faible, à l'Île-du-Prince-Édouard (53 %) et en Nouvelle-Écosse (56 %). Le RSR provincial normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon a atteint un sommet au Manitoba (19 %), et il était le plus bas à l'Île-du-Prince-Édouard (11 %). Lorsqu'on interprète les RSR associés à l'Île-du-Prince-Édouard, il ne faut pas perdre de vue que les estimations qui s'appliquent à cette province sont moins précises que celles qui concernent les autres provinces et ce, en raison du nombre de cas relativement faible disponibles aux fins de l'analyse.

Plusieurs raisons peuvent expliquer la variation observée dans les rapports de survie provinciaux, notamment la diversité des profils d'utilisation et de diffusion des tests de dépistage et de détection précoce, la variabilité des méthodes de diagnostic et les différences sur les plans de l'existence et de l'accessibilité des traitements spécialisés contre le cancer et les différences relatives aux profils démographiques. Faute de données sur le stade de la maladie au moment du diagnostic et de détails sur le traitement, il est difficile de déterminer lequel des deux pourrait jouer un rôle important.

Variation selon l'âge lors du diagnostic

Les RSR à cinq ans étaient assez favorables pour le cancer du sein et de la prostate dans tous les groupes d'âge examinés, quoiqu'un peu plus faibles chez les personnes dont le cancer avait été diagnostiqué à un âge relativement jeune ou très avancé (tableau 7.3). C'est chez les personnes de 40 à 79 ans que le pronostic après un diagnostic de cancer du sein était le plus favorable (89 %); dans le cas du cancer de la prostate, ce sont les hommes âgés de 50 à 79 ans qui étaient le plus favorisés (97 %).

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

On ne sait pas au juste si les taux de survie plus faibles observés chez les sujets ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate avant l'âge de 50 ans sont attribuables à des facteurs biologiques, sociaux ou comportementaux¹⁵. La survie relative au cancer du poumon était la meilleure dans le groupe le plus jeune, puis diminuait généralement avec l'âge, passant de 37 % chez les sujets âgés de 20 à 39 ans au moment du diagnostic à 8 % chez ceux de 80 à 99 ans. Dans le cas du cancer du côlon et du rectum, les taux de survie étaient relativement constants dans les différents groupes d'âge (64 %), sauf le groupe d'âge le plus avancé. La survie relative des cas diagnostiqués à un âge plus avancé est en général moins bonne. En effet, il arrive que les traitements administrés à ces patients soient moins fréquents en raison de la présence d'autres affections ou problèmes de santé (phénomène appelé « comorbidité ») qui nuisent à la capacité de l'organisme de tolérer les traitements anticancéreux et d'y réagir. Autre possibilité, les traitements reçus sont moins agressifs (indépendamment de la comorbidité^{16,17}).

Estimations des rapports de survie relative, 2002-2004 vs 1992-1994

La figure 7.1 permet de comparer les estimations des RSR à cinq ans normalisés selon l'âge concernant les cancers courants pour la période de 2002 à 2004 à celles visant les personnes ayant reçu le diagnostic entre 1992 et 1994. Au cours de cette période, on a enregistré une augmentation des RSR de 4,5 % (exprimée en différence absolue) pour tous les cancers combinés et pour la plupart des principaux cancers. 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 relative dans le cas des cancers du pancréas, de la vessie, du corps de l'utérus et du poumon est demeurée relativement inchangée (soit < 1,0 %).

La comparaison des estimations relatives à la survie peut aider à cerner les lacunes et à déterminer les changements systémiques prioritaires qui peuvent contribuer à améliorer la survie. Il est essentiel d'élargir la collecte de données sur le stade de la maladie chez tous les cas de cancer nouvellement diagnostiqués afin d'améliorer l'interprétation des différences sur le plan de la survie.

Tableau 7.1

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 % pour certains cancers selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec*), 2002-2004

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	62 (62-62)	61 (61-61)	63 (62-63)
Thyroïde	98 (97-98)	94 (92-96)	99 (98-99)
Testicule	–	96 (94-97)	–
Prostate	–	95 (95-96)	–
Mélanome	89 (88-90)	86 (85-87)	93 (91-94)
Sein	87 (87-88)	84 (78-90)	87 (87-88)
Maladie de Hodgkin	86 (84-88)	85 (83-87)	87 (85-90)
Corps de l'utérus	–	–	85 (84-86)
Vessie [†]	77 (76-78)	78 (76-79)	75 (72-77)
Col de l'utérus	–	–	75 (73-76)
Rein	66 (64-67)	65 (63-67)	67 (65-69)
Larynx	65 (63-68)	66 (63-69)	61 (56-67)
Cavité buccale	63 (62-65)	62 (60-64)	66 (63-68)
Côlon et rectum	62 (61-62)	61 (61-62)	62 (62-63)
Lymphomes non hodgkiniens	61 (60-62)	60 (58-61)	63 (62-65)
Leucémie	51 (50-52)	51 (50-53)	51 (49-53)
Ovaire	–	–	40 (39-42)
Myélome multiple	34 (32-36)	34 (32-36)	34 (31-36)
Estomac	23 (21-24)	22 (20-23)	24 (22-26)
Encéphale	22 (21-24)	22 (20-23)	24 (22-26)
Foie	18 (16-19)	18 (16-20)	16 (13-19)
Poumon	15 (15-15)	13 (12-13)	17 (17-18)
Oesophage	14 (12-15)	14 (12-15)	13 (11-16)
Pancréas	6 (5-6)	6 (5-7)	6 (5-7)

– Sans objet

* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

† Les chiffres ne comprennent pas les données de l'Ontario qui ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie.

Nota : « Corps de l'utérus » ne comprend pas « utérus sans précision »; « côlon et rectum » ne comprend pas « anus »; et « encéphale » ne comprend pas « autres tumeurs du système nerveux ».

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

Tableau 7.2

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 % pour les deux sexes combinés et selon la province pour les cancers les plus courants, 2002-2004

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)			
	Prostate	Sein	Côlon et rectum	Poumon
Canada*	94 (94-95)	87 (87-88)	62 (61-63)	15 (15-15)
Î.-P.-É.	88 (81-93)	84 (79-89)	53 (46-60)	11 (8-15)
N.-É.	97 (95-99)	84 (82-86)	56 (54-59)	14 (12-15)
N.-B.	96 (93-98)	86 (84-88)	60 (57-64)	15 (13-17)
Ont.	96 (95-97)	88 (87-88)	63 (63-64)	16 (16-17)
Man.	93 (91-95)	86 (84-88)	58 (56-61)	19 (17-21)
Sask.	87 (85-89)	87 (85-89)	61 (58-63)	14 (13-16)
Alb.	91 (90-93)	88 (86-89)	60 (58-61)	12 (11-13)
C.-B.	95 (94-96)	87 (86-88)	62 (61-64)	13 (12-14)

* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

Nota : Le cancer du côlon et du rectum ne comprend pas le cancer de l'anus.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

Tableau 7.3

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 % selon le groupe d'âge pour les cancers le plus courants, Canada (à l'exclusion du Québec*), 2002-2004

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)					
	Groupe d'âge					
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-99
Prostate	–	94 (92-96)	97 (96-97)	98 (98-99)	96 (95-97)	82 (79-84)
Sein	82 (80-83)	89 (88-89)	89 (88-90)	90 (89-90)	87 (86-89)	80 (77-82)
Côlon et rectum	63 (59-66)	64 (62-66)	65 (64-67)	64 (63-65)	63 (62-64)	56 (54-58)
Poumon	37 (31-42)	22 (20-24)	19 (18-20)	17 (16-17)	13 (12-14)	8 (7-9)

– Estimations non disponibles en raison du très petit nombre de cas.

* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

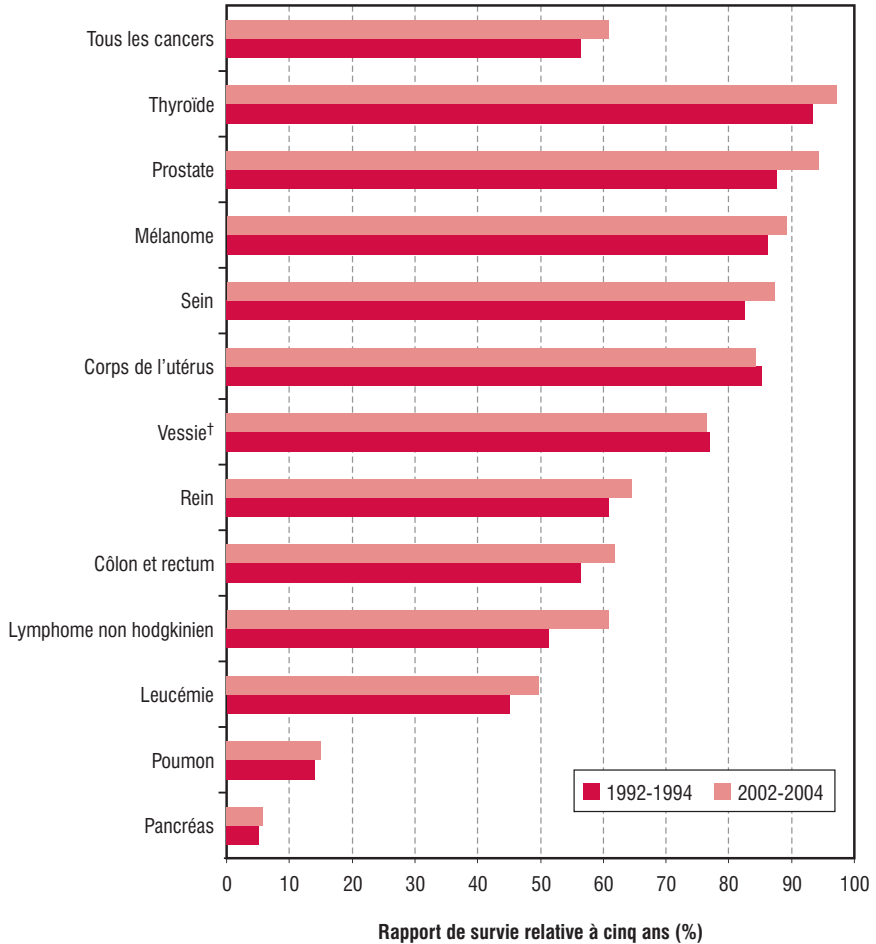
Nota : Le cancer du côlon et du rectum ne comprend pas le cancer de l'anus.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

Figure 7.1

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) pour les deux sexes combinés et pour certains cancers, Canada (à l'exclusion du Québec*), 2002-2004 vs 1992-1994



* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée par les autres provinces/territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

† Les chiffres ne comprennent pas les données de l'Ontario qui ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie.

Nota : Le corps de l'utérus ne comprend pas « partie non précisée », et « côlon et rectum » ne comprend pas « anus ».

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

8. PRÉVALENCE

La prévalence peut être définie comme le nombre de cas de cancer diagnostiqués dans une population donnée à un moment précis (date de référence). L'unité d'intérêt peut également être le nombre total de personnes ayant déjà reçu un diagnostic de cancer. La prévalence est influencée par les taux d'incidence et la période de survie. La prévalence complète désigne la proportion d'une population atteinte d'une maladie à un moment déterminé, tandis que la prévalence durant une période d'une durée limitée désigne la prévalence des cas diagnostiqués au cours d'un nombre d'années précis. Seuls les cas/cancers prévalents diagnostiqués au cours d'une période récente de 10 ans sont pris en compte ici.

La *prévalence basée sur le nombre de personnes* estime le **nombre de personnes** vivant avec le cancer à un moment précis.

La *prévalence basée sur le nombre de tumeurs* estime le **nombre de cancers primaires** diagnostiqués chez les personnes vivant avec le cancer à un moment précis.

Étant donné que la première approche tient compte du nombre de personnes atteintes du cancer plutôt que du nombre de tumeurs diagnostiquées, elle peut entraîner une sous-estimation du fardeau réel du cancer pour le système de santé canadien, les personnes et leur famille. C'est pour cette raison que les estimations de la prévalence présentées dans ce document concernent la prévalence basée sur le nombre de tumeurs.

Pertinence de la prévalence

La prévalence est un indicateur utile du fardeau que représente le cancer tant pour la personne touchée que pour le système de santé. Baser les estimations de la prévalence du cancer sur la période écoulée depuis le diagnostic permet de fournir des données plus précises concernant les besoins en matière de soins de santé¹⁸. Les cas diagnostiqués au cours d'une période de 10 ans représentent la principale demande de soins liés au cancer; plus particulièrement, différents soins de santé sont requis selon que le cas a été diagnostiqué deux ans auparavant ou moins, entre 2 et 5 ans auparavant et entre 5 et 10 ans auparavant^{18,19}.

Bien qu'un grand nombre de personnes qui survivent au cancer continuent de mener une vie productive et gratifiante, l'expérience du cancer est douloureuse et présente nombre de difficultés d'ordre physique, psychologique et spirituel. Ces difficultés pourraient persister au-delà de la guérison même de la personne, nécessitant souvent une utilisation importante des services de réadaptation et de soutien. Cette augmentation de la demande et la complexité des besoins en santé des survivants doivent être prises en considération lors de la planification et de la mise en œuvre des services de santé interdisciplinaires.

Calcul de la prévalence

Pour la première fois, cette publication utilise des données personnelles sur le statut vital pour fournir des estimations directes de la prévalence au Canada (voir l'*Annexe II*). Les numéros antérieurs présentaient des estimations indirectes de la prévalence sur une période de 15 ans, basées sur les taux de survie tirés du Registre du cancer de la Saskatchewan, qui ont été appliqués aux données canadiennes sur l'incidence. Cette publication comprend un autre élément nouveau, à savoir que les estimations sont fournies selon la période écoulée depuis le diagnostic et le groupe d'âge pour un nombre de cancers beaucoup plus grand.

Les données présentées sont un résumé d'analyses plus détaillées de la prévalence publiées récemment par Ellison et Wilkins²⁰.

Prévalence basée sur le nombre de tumeurs

Parmi les personnes vivantes le 1^{er} janvier 2005 au Canada, presque 723 000 cas de cancer primaire avaient été diagnostiqués au cours des 10 années précédentes (tableau 8.1).

◆ Selon le type ou le siège de cancer

- Près de 40 % étaient des cas de cancer du sein (20,5 %, soit 148 542 cas) ou de la prostate (18,7 %, soit 135 065 cas), de cancer du côlon et du rectum (13 %, soit 93 489 cas), de cancer du poumon (5 %, soit 37 168 cas), de cancer de la vessie (5 %, soit 35 807 cas), de lymphome non hodgkinien (4 %, soit 29 619 cas), et de mélanome (4 %, soit 29 602 cas).
- Malgré l'incidence plus élevée du cancer du poumon durant la période à l'étude²¹, le nombre de cas prévalents de cancer du côlon et du rectum (sur 10 ans) était 2,5 fois plus élevé, ce qui témoigne du sombre pronostic pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon.

◆ Selon le sexe

- Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes (40 %, soit 147 595 cas), suivi du cancer du côlon et du rectum (12 %, soit 43 886 cas), du cancer du corps de l'utérus (7 %, soit 26 467 cas), et du cancer du poumon (4,9 %, soit 18 116 cas). Ensemble, ces cancers représentaient 64 % des cas prévalents chez les femmes.
- Chez les hommes, le cancer le plus répandu est le cancer de la prostate (38 %), suivi du cancer du côlon et du rectum (14 %, soit 49 603 cas), du cancer de la vessie (8 %, soit 26 625 cas), et du cancer du poumon (5 %, soit 19 052 cas). Ensemble, ces cancers représentaient près de deux cas prévalents sur trois chez les hommes.

◆ Selon l'âge

- La prévalence sur cinq ans (pour 100 000) est la plus élevée dans le groupe d'âge de 80 à 84 ans, tant chez les hommes (9 170) que chez les femmes (5 179), et dans les groupes plus âgés, elle est plus faible, se situant près du niveau observé dans le groupe d'âge de 70 à 74 ans (figure 8.1).
- Chez les femmes, la prévalence sur cinq ans dépassait celle observée chez les hommes presque jusqu'à l'âge de 60 ans, où la prévalence augmentait beaucoup plus rapidement chez les hommes que chez les femmes.

Prévalence basée sur le nombre de personnes

- ◆ 695 049 personnes (environ 1 sur 46 ou 2,2 % de la population canadienne) avaient reçu un diagnostic d'un ou de plusieurs cancers infiltrants primaires au cours des 10 années précédentes et étaient vivantes au 1^{er} janvier 2005 (tableau 8.2). Parmi les femmes qui étaient vivantes au 1^{er} janvier 2005, une sur 111 avait reçu un diagnostic de cancer du sein au cours des 10 années précédentes; chez les hommes, le chiffre correspondant pour le cancer de la prostate était d'un homme sur 118.

8. PRÉVALENCE

Le fardeau relatif

Le fardeau que représentaient les cancers du sein et de la prostate diminuait lorsqu'on tenait compte de périodes de prévalence plus courtes — chacun comprenait environ 17 % des cas de cancer prévalents pour la période de deux ans (tableau 8.1). La tendance contraire a été observée pour le cancer du poumon; le fardeau relatif augmentait au fur et à mesure de la diminution de la prévalence-durée (6 % sur 5 ans; 8 % sur 2 ans).

- ◆ Parmi les 722 833 cas prévalents estimatifs de cancer au 1^{er} janvier 2005 pour la période de 10 ans, 217 089 avaient été diagnostiqués au cours des deux années précédentes (2003-2004), et les personnes touchées en étaient probablement à un stade de la maladie où elles nécessitaient un traitement principal ou se rétablissaient des effets de ce dernier.
- ◆ 237 060 autres cas prévalents avaient été diagnostiqués entre trois et cinq ans auparavant (entre 2000 et 2002)—période qui nécessite généralement un suivi clinique rigoureux en raison du risque de récurrence et aux fins de la prestation de soins de soutien.

Le nombre de cas de cancer récemment diagnostiqués au Canada continue d'augmenter²¹, et la survie augmente elle aussi^{17,22}. Il s'ensuit donc une augmentation du nombre de personnes vivant actuellement avec le cancer ou ayant des antécédents de cancer. Ce fardeau de plus en plus lourd aura des répercussions sur les ressources dans le domaine de la santé, compte tenu du nombre croissant de Canadiens qui auront besoin de traitements médicaux, d'un suivi et de soins de soutien à long terme.

Un grand nombre de canadiens doivent composer avec les effets du cancer, nécessitent des traitements actifs répétés et ont besoin de ressources et de services de soutien pour lutter contre le cancer.

Tableau 8.1

Nombre de cas prévalents, selon la prévalence-durée, le type de cancer et le sexe, Canada, 1^{er} janvier 2005

	2 ans			5 ans			10 ans		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	217 089	110 595	106 494	454 149	228 318	225 831	722 833	353 508	369 325
Prostate	37 583	37 583	–	85 956	85 956	–	135 065	135 065	–
Poumon	17 620	9 189	8 431	27 642	14 122	13 520	37 168	19 052	18 116
Sein	37 391	306	37 085	86 552	598	85 954	148 542	947	147 595
Côlon et rectum	29 554	16 048	13 506	60 700	32 736	27 964	93 489	49 603	43 886
Lymphomes non hodgkiniens	9 253	4 930	4 323	18 991	10 015	8 976	29 619	15 316	14 303
Vessie	10 532	7 946	2 586	21 887	16 448	5 439	35 807	26 625	9 182
Mélanome	7 722	4 078	3 644	17 459	8 961	8 498	29 602	14 697	14 905
Thyroïde	6 001	1 220	4 781	13 091	2 804	10 287	20 529	4 430	16 099
Leucémie	5 794	3 426	2 368	11 511	6 720	4 791	17 684	10 170	7 514
Rein	6 045	3 624	2 421	12 838	7 670	5 168	20 553	12 205	8 348
Corps de l'utérus	6 894	–	6 894	15 373	–	15 373	26 467	–	26 467
Pancréas	1 825	883	942	2 444	1 197	1 247	3 037	1 464	1 573
Cavité buccale	5 198	3 524	1 674	10 819	7 235	3 584	17 383	11 648	5 735
Estomac	2 890	1 911	979	4 791	3 056	1 735	6 875	4 229	2 646
Encéphale	2 121	1 229	892	3 841	2 175	1 666	6 015	3 355	2 660
Ovaire	3 282	–	3 282	6 265	–	6 265	9 355	–	9 355
Myélome multiple	2 537	1 362	1 175	4 564	2 428	2 136	5 902	3 126	2 776
Foie	942	712	230	1 553	1 178	375	1 967	1 473	494
Oesophage	1 215	900	315	1 767	1 319	448	2 266	1 644	622
Col de l'utérus	2 346	–	2 346	5 433	–	5 433	9 995	–	9 995
Larynx	1 861	1 521	340	3 908	3 215	693	6 701	5 479	1 222
Maladie de Hodgkin	1 618	883	735	3 751	2 079	1 672	6 906	3 806	3 100
Testicule	1 557	1 557	–	3 817	3 817	–	7 091	7 091	–

– Sans objet

Source : Ellison, L.F., Wilkins, K., La prévalence du cancer dans la population canadienne. Rapports sur la santé 2009; 20(1)²⁰.

8. PRÉVALENCE

Tableau 8.2

Prévalence sur dix ans pour les cancers les plus courants selon le sexe, Canada, 1^{er} janvier 2005

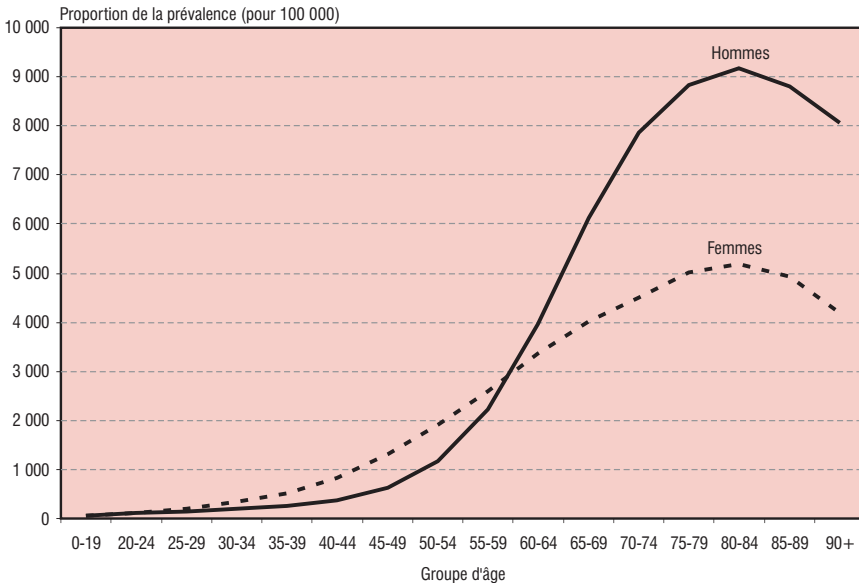
	Nombre de personnes			Pourcentage de la population canadienne			Un sur		
	Les deux sexes		Femmes	Les deux sexes		Femmes	Les deux sexes		Femmes
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
Tous les cancers	695 049	338 912	356 137	2,2	2,1	2,2	46	47	46
Sein chez les femmes	—	—	145 692	—	—	0,9	—	—	111
Prostate	—	135 061	—	—	0,8	—	—	118	—
Côlon et rectum	91 934	48 725	43 209	0,3	0,3	0,3	350	327	376
Poumon	36 875	18 915	17 960	0,1	0,1	0,1	872	842	904

— Sans objet

Source : Ellison, L.F., Wilkins, K., La prévalence du cancer dans la population canadienne. Rapports sur la santé 2009; 20(1)²⁰.

Figure 8.1

Taux de prévalence sur cinq ans fondés sur l'âge pour tous types de cancer confondus, selon le sexe, Canada, 1^{er} janvier 2005



Source : Ellison, L.F., Wilkins, K., La prévalence du cancer dans la population canadienne. Rapports sur la santé 2009; 20(1)²⁰.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans représentent une population qui a été peu étudiée jusqu'ici sous l'angle du cancer. En moyenne, on a enregistré par an 2 075 nouveaux cas de cancer entre 1992 et 2005 et 326 décès de 1991 à 2004, dans ce groupe d'âge. Comme les cas de cancer sont relativement rares chez les adolescents et les jeunes adultes, ce groupe d'âge est moins sensibilisé à cette maladie que les adultes plus âgés. De plus, dans bien des cas, les adolescents et les jeunes adultes ne bénéficient pas des soins spécialisés mis à la disposition des enfants de moins de 15 ans.

Depuis peu, et de plus en plus, les adolescents et les jeunes adultes sont reconnus comme un groupe ayant des besoins distincts. Souvent, la spécificité de leurs besoins en soutien psychosocial n'est pas prise en considération dans les centres d'oncologie pour enfants ou pour adultes. De plus, il est possible que leurs cancers aient des comportements biologiques distincts, qu'ils réagissent différemment à la chimiothérapie et à d'autres traitements par rapport aux mêmes cancers observés dans des groupes d'âges différents²³. Il est possible aussi que les cancers qui surviennent chez les adolescents et les jeunes adultes soient détectés plus tard parce que les jeunes tardent à consulter un professionnel de la santé lorsqu'ils éprouvent des symptômes, ou encore, parce qu'ils n'ont pas accès aux soins médicaux courants.

Le faible nombre de cancers signalés dans ce groupe d'âge ne rend pas bien compte des coûts personnels et sociétaux associés au cancer dans cette population, comme en témoigne le nombre d'années potentielles de vie perdues (tableau 9.1). Le début de l'âge adulte est un stade de la vie marqué par de nombreux changements, notamment des décisions concernant l'emploi, les études, les relations personnelles et la famille, sur lesquelles un diagnostic de cancer peut avoir des répercussions considérables.

Epidémiologie et surveillance

De 1992 à 2005, les jeunes femmes ont été légèrement plus nombreuses que les jeunes hommes à recevoir un diagnostic de cancer, soit 15 043 femmes et 14 005 hommes (tableau 9.2), alors que les décès attribuables au cancer ont été plus nombreux chez les jeunes hommes au cours d'une période analogue (tableau 9.3). Il ressort d'une comparaison entre les tableaux 9.2 et 9.3 que la plupart des causes de décès par cancer les plus répandues diffèrent quelque peu des cancers le plus couramment diagnostiqués chez les adolescents et les jeunes adultes.

Les cancers dans la population des adolescents et des jeunes adultes se situent entre les tumeurs non épithéliales (surtout les leucémies aiguës et les tumeurs embryonnaires) qui sont répandues chez les enfants et les tumeurs épithéliales (carcinomes) qui constituent la majorité des cancers qui frappent les adultes plus âgés (Figure 9.1). C'est pourquoi les systèmes de classification des types de cancer diagnostiqués chez les adolescents et les jeunes adultes sont un mélange de ceux qui sont utilisés à l'égard des cancers observés chez l'enfant et chez l'adulte^{24,25}. Les tumeurs épithéliales sont celles qui touchent les cellules de tissus recouvrant les faces interne et externe des organes. Comme le montre la figure 9.1, environ les deux tiers des cancers diagnostiqués chez les adolescents et les jeunes adultes entre 1992 et 2005 étaient des tumeurs non épithéliales (85 % chez les hommes et 53 % chez les femmes).

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Cancers courants

- ◆ Les lymphomes (maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens combinés) représentent le type de tumeur non épithéliale le plus couramment diagnostiqué chez les deux sexes (figure 9.1). Le taux de lymphome est presque 20 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes, en raison de la plus forte incidence des lymphomes non hodgkiniens dans la population masculine.
- ◆ Le cancer de la thyroïde, de type épithélial, est dans l'ensemble le cancer le plus répandu chez les adolescentes et les jeunes femmes; il compte pour environ 19 % de tous les cancers diagnostiqués chaque année dans ce groupe entre 1992 et 2005, suivi des lymphomes hodgkiniens et des mélanomes (figure 9.1). Le cancer de la thyroïde et les mélanomes sont nettement plus répandus dans la population féminine que dans la population masculine chez les adolescents et les jeunes adultes.
- ◆ Les tumeurs des cellules germinales - testicule, de type non épithélial, sont les plus fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes; elles représentent environ 24 % des cancers diagnostiqués chaque année dans ce groupe entre 1992 et 2005 (figure 9.1). Elles sont suivies de la maladie de Hodgkin (14 %) et des lymphomes non hodgkiniens (10 %).
- ◆ Les leucémies sont responsables de la plupart des décès par cancer chez les deux sexes (21 % chez les hommes et 17 % chez les femmes), suivies du cancer de l'encéphale et d'autres parties du système nerveux central, ci-après désignées par le terme d'encéphale. Les lymphomes non hodgkiniens représentent la troisième cause de mortalité la plus répandue chez les adolescents et les jeunes adultes et les cancers des organes génitaux (surtout du col de l'utérus et de l'ovaire) chez les adolescentes et les jeunes adultes (tableau 9.3).

Tendances au fil du temps

Au cours de la période de 1992 à 2005, on a observé une tendance à la hausse des taux d'incidence de tous les cancers combinés. Ce phénomène est presque entièrement attribuable à l'augmentation de l'incidence des tumeurs épithéliales, surtout dans la population féminine (figure 9.2). Dans l'ensemble, les taux de mortalité due au cancer ont reculé entre 1992 et 2004 (figure 9.2). Les baisses annuelles moyennes au cours des dix années d'observation suivantes sont estimées à 2,9 % dans la population masculine (recul statistiquement significatif) et à 1,4 % dans la population féminine (recul non significatif).

La figure 9.3 montre les tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité associés aux dix principaux cancers au cours de la période de 1992 à 2005. La variation annuelle en pourcentage (VAP) est calculée à partir de la plus récente décennie (1996 à 2005) pour laquelle on dispose de données d'incidence (tableau 9.4). Voici ce qui se dégage des tendances relatives aux cancers qui ont progressé ou reculé de manière statistiquement significative :

- ◆ Le taux d'incidence du *cancer des cellules germinales – testicule* a significativement augmenté, soit de 2,7 % par an. Comme on ne comprend pas très bien les facteurs de risque du cancer du testicule, mis à part le cryptorchidisme, il n'existe aucune explication admise à cette tendance à la hausse. Des hausses analogues ont été observées dans la plupart des pays dont la population est essentiellement d'origine européenne²⁶. Le taux de mortalité est très faible.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

- ◆ Les taux d'incidence des *lymphomes non hodgkiniens* sont considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Ils ont chuté de 2,4 % par an chez les jeunes femmes et de 1,2 % par an (baisse non significative) chez les jeunes hommes. Cette évaluation sommaire dissimule toutefois des tendances plus complexes : le taux d'incidence a diminué rapidement dans la population masculine jusqu'en 2002, après quoi, la tendance s'est stabilisée, alors que dans la population féminine, il a suivi une courbe ascendante jusqu'à environ 1998, après quoi, il n'a cessé de fléchir. Les tendances relatives aux taux de mortalité suivent d'assez près celles qui concernent les taux d'incidence. L'immunosuppression est le facteur de risque le plus nettement associé aux lymphomes non hodgkiniens, comme le révèle la hausse de l'incidence de ce type de cancer chez les jeunes hommes au cours des années 80 et 90, consécutive à l'épidémie de sida (syndrome d'immunodéficience acquise)⁵.
- ◆ Le taux d'incidence des *sarcomes des tissus mous* semble avoir été en hausse chez les jeunes hommes depuis 2001, après un long déclin marqué. La tendance a été stable chez les jeunes femmes.
- ◆ Le taux d'incidence du *cancer de la thyroïde* est plus que quatre fois plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. Bien que les taux aient grimpé chez les deux sexes, la tendance à la hausse est beaucoup plus prononcée chez les femmes (hausse statistiquement significative de 6,5 % par an). Cette progression est à l'origine de l'augmentation de l'incidence des tumeurs épithéliales, surtout chez les jeunes femmes, puisque le cancer de la thyroïde représente près de 20 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans cette population. La hausse de l'incidence du cancer de la thyroïde est sans doute liée à l'évolution des méthodes de diagnostic et des techniques d'imagerie, d'où une amélioration de la détection des cancers asymptomatiques à un stade plus précoce⁷. Le cancer de la thyroïde demeure une cause de mortalité rare dans ce groupe d'âge.
- ◆ Le taux d'incidence du *cancer du col de l'utérus* a régressé d'environ 2 % par an entre 1996 et 2005. Cette hausse s'inscrit dans le prolongement d'un recul durable baisse, très vraisemblablement attribuable au recours au test Pap chez les jeunes femmes et à l'amélioration de cette forme de dépistage. On s'attend à ce que cette tendance à la baisse se poursuive grâce au vaccin contre le virus du papillome humain récemment offert aux jeunes filles au Canada.

Prévention et dépistage

On en sait peu sur les facteurs de risques d'un grand nombre des cancers les plus répandus chez les adolescents et les jeunes adultes. Certaines anomalies congénitales (p. ex. le cryptorchidisme) ou des antécédents familiaux de cancer semblent accroître le risque associé à certains cancers (p. ex. cancer du testicule, cancer du sein et cancer colorectal), alors que l'exposition à des agents infectieux, comme le VPH, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus Epstein-Barr, peut augmenter le risque d'autres cancers, comme le cancer du col de l'utérus, le sarcome de Kaposi, la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens²⁷. En outre, de plus en plus de données indiquent que l'exposition aux rayons ultraviolets, par l'utilisation de lits de bronzage et de lampes solaires, peut augmenter les risques de cancer de la peau, notamment de mélanomes malins, surtout si l'exposition débute à l'adolescence ou au début de l'âge adulte²⁸. La plupart des cancers qui frappent les adolescents et les jeunes adultes ne semblent toutefois pas causés par des substances carcinogènes présentes dans

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

l'environnement puisque les sujets qui font partie de ce groupe d'âge n'ont pas eu le temps d'accumuler les mutations qui entraînent le cancer. En fait, bon nombre des tumeurs malignes qui ont été associées à une cause identifiable chez les adolescents et les jeunes adultes ont été attribuées à une exposition à des substances carcinogènes connues avant la naissance ou pendant l'enfance. Ou encore, il s'agit d'un second cancer chez des patients ayant déjà été atteints d'un cancer et subi une chimiothérapie ou une radiothérapie ou les deux²⁷.

Comme on en sait peu sur les causes identifiables du cancer, les possibilités de prévention primaire auprès de ce groupe d'âge sont limitées. Les activités organisées de dépistage du cancer auprès de cette population sont pour la plupart inefficaces surtout en raison de la rareté des cancers, de la brièveté des périodes de latence et du caractère généralement agressif de ces cancers. Le cancer du col de l'utérus fait figure d'exception puisqu'il peut, dans la plupart des cas, être évité ou facilement traité lorsqu'il est détecté tôt et que le vaccin contre le VPH, récemment mis sur le marché, laisse entrevoir la possibilité de réduire davantage le nombre de nouveaux cas et de décès. Le test Pap est une méthode efficace de détection du cancer du col de l'utérus infiltrant et de lésions précancéreuses. Il a été prouvé que le dépistage en population à l'aide du test Pap permettait de réduire les taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du col de l'utérus. On recommande aux femmes sexuellement actives de tous âges de se soumettre à ce type de dépistage. L'Agence de la santé publique du Canada s'emploie à soutenir les efforts déployés continuellement par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé en vue d'améliorer la qualité des programmes de dépistage de cancer du col de l'utérus aux quatre coins du Canada, l'objectif étant de joindre les femmes à haut risque, d'uniformiser les méthodes de dépistage, d'évaluer les nouvelles technologies, de surveiller les résultats et d'offrir un suivi pertinent. Le Comité canadien d'immunisation recommande aux filles et aux femmes âgées de 9 à 26 ans de se faire vacciner contre le VPH²⁹. Plusieurs provinces ont récemment lancé des campagnes de vaccination contre le VPH parallèlement à une intensification des efforts de dépistage à l'aide du test Pap. Ensemble, ces deux stratégies offrent la possibilité de réduire le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et de décès attribuables à cette maladie. Par ailleurs, des tests génétiques et des techniques d'imagerie médicale peuvent être mis à la disposition de personnes ayant de forts antécédents familiaux de cancer, comme le cancer du sein et le cancer colorectal.

Comme on pense que les comportements et les habitudes de vie adoptés à l'adolescence et au début de l'âge adulte ont des répercussions sur les risques de cancer plus tard dans la vie, il faudrait entreprendre le plus tôt possible des stratégies de prévention et de lutte contre le cancer axées sur les activités sexuelles dangereuses, l'abus de l'alcool et des drogues, la malnutrition et l'inactivité physique.

Diagnostic et traitement

Les signes et les symptômes du cancer ne sont sans doute pas les mêmes chez les adolescents et les jeunes adultes que chez les patients plus jeunes et plus âgés, ce qui explique la spécificité des tendances relatives au cancer observées dans ce groupe d'âge. Au nombre des symptômes courants figurent les masses au cou, aux seins, à l'abdomen et aux testicules, ainsi que les lésions pigmentées anormales de la peau. Les maux de tête, les déficits neurologiques, la léthargie et les masses ou les douleurs isolées au niveau des membres font partie des autres symptômes.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Malheureusement, le diagnostic pourrait être retardé en raison d'un certain nombre de facteurs. En effet, le sentiment d'invincibilité étant plus répandu chez les jeunes, il arrive qu'ils tardent à consulter un professionnel de la santé parce qu'ils hésitent à s'absenter de l'école ou du travail, ou parce qu'ils ne savent pas comment naviguer à l'intérieur du système de santé pour obtenir l'aide dont ils ont besoin. Autre possibilité, ils sont moins nombreux à être suivis régulièrement par un professionnel de la santé et ils sont moins dynamiques dans leur recherche d'une aide médicale. Il est également possible que les adolescents et les jeunes adultes montrent moins de rigueur lorsqu'ils doivent se soumettre à des épreuves diagnostiques et à des traitements, en raison de l'absence de surveillance des parents ou du conjoint du patient, du fardeau financier associé à la perte de temps de travail, aux déplacements et aux médicaments, de l'altération de l'image corporelle (p. ex., perte de cheveux, acné ou prise de poids) et de la réduction de l'activité sexuelle. Il arrive que le traitement soit retardé parce que les médecins connaissent moins les signes et les symptômes du cancer chez les adolescents et les jeunes. Les symptômes peuvent être attribués à la fatigue, au stress ou à d'autres facteurs, et les explorations cliniques avancent sans doute plus lentement. Afin de réduire les retards liés au diagnostic et au traitement, les adolescents et les jeunes adultes devraient consulter régulièrement et rapidement un professionnel de la santé, surtout lorsqu'ils observent des changements inhabituels aux niveaux de la peau, des seins ou du testicule.

Lorsqu'ils sont atteints du cancer, les adolescents et les jeunes adultes sont confrontés à de nombreux problèmes liés aux soins et au traitement. D'abord, le milieu dans lequel les soins sont dispensés, qu'il s'agisse d'un centre d'oncologie pour enfants ou pour adultes plus âgés, ne conviennent pas toujours parfaitement à la population des adolescents et des jeunes adultes. Comme les cancers qui touchent les jeunes adultes sont rares, il n'existe pas toujours de soins spécialisés pour ce groupe d'âge. D'après les données relatives à la période de 1997 à 2001 du Pediatric Oncology Group of Ontario et du Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, 32 % seulement des adolescents âgés de 15 à 19 ans, atteints du cancer, ont été traités dans un centre d'oncologie pédiatrique au Canada. De plus, comme les adolescents et les jeunes adultes atteints du cancer sont relativement peu nombreux, bon nombre de ces patients peuvent se sentir isolés et incapables de trouver du soutien émotionnel auprès de leurs pairs.

Deuxièmement, si les adolescents et les jeunes adultes ont souvent obtenu de bons résultats à l'aide de schémas thérapeutiques adaptés à la population pédiatrique, il arrive qu'ils n'aient pas accès aux traitements les plus indiqués lorsqu'ils sont traités dans des centres d'oncologie pour adultes³⁰. L'oncologue qui s'occupe des adultes connaît mieux les tumeurs épithéliales et il fait appel à des schémas thérapeutiques et à des doses éprouvés et utilisés chez les adultes plus âgés. Contrairement aux adultes plus âgés, les jeunes sont moins nombreux à présenter des affections concomitantes susceptibles de nuire au traitement et sont physiologiquement capables de tolérer des traitements plus intensifs. De plus, par rapport aux autres groupes d'âge, il arrive que les adolescents et les jeunes adultes réagissent différemment aux traitements en raison de la vitesse à laquelle ils métabolisent les médicaments²³.

Enfin, le groupe des adolescents et des jeunes adultes est celui qui est le moins susceptible de prendre part aux essais cliniques qui, chez les enfants, ont contribué à améliorer l'issue des traitements et à accélérer les progrès sur le plan de la survie³¹. Selon le Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

enfants, de 10 à 20 % des adolescents seulement qui sont atteints du cancer participent aux essais cliniques, ce qui peut expliquer pourquoi les progrès sur le plan de la survie sont plus lents chez les adolescents que chez les enfants³⁰. Le taux de participation des jeunes adultes aux É.-U. sont encore plus faibles, soit à moins de 2 %, alors qu'il est de 60 % chez les enfants et de 3 à 5 % chez les adultes plus âgés³¹. Dans les centres de traitement pour adultes, le temps d'attente pour les adolescents orientés vers un traitement est en moyenne deux fois plus long qu'il ne l'est dans un centre pédiatrique³⁰.

Même lorsqu'ils sont traités dans un centre pédiatrique, il est beaucoup plus rare que les adolescents soient recrutés dans le cadre d'un essai clinique par rapport aux enfants de moins de 15 ans. Les progrès ont été minimes non seulement sur le plan de l'issue des traitements, mais aussi en ce qui concerne l'élaboration de lignes directrices relatives au traitement et à la surveillance des adolescents et des jeunes adultes³¹.

Survie

Le tableau 9.5 présente les estimations de la proportion de la survie observée (PSO) chez les adolescents et les jeunes adultes ayant reçu un diagnostic entre 1997 et 2004. Ces chiffres ont été obtenus au moyen d'une méthode d'analyse par période et ne comprennent pas les données du Québec (voir l'*Annexe II*). La PSO à cinq ans pour tous les cancers touchant les adolescents et les jeunes adultes combinés a été estimée à 83 %. Les proportions de survie correspondantes à un an et à trois ans étaient de 93 % et de 86 %, respectivement. Parmi les cancers courants dans ce groupe d'âge, les PSO les plus élevées à cinq ans concernaient la thyroïde (99 %), le testicule (96 %), la maladie de Hodgkin (94 %) et le mélanome (92 %), les plus faibles étant liées aux leucémies (61 %) et aux tumeurs de l'encéphale (66 %).

Le taux de survie à cinq ans chez les femmes était comparable ou supérieur à celui observé chez les hommes à l'égard de chacun des cancers les plus courants chez les adolescents et les jeunes adultes (tableau 9.6). Sur le plan de la survie, les écarts les plus importants entre les sexes concernaient les lymphomes non hodgkiniens, les sarcomes des tissus mous et les autres sarcomes extra-osseux et le mélanome. Dans l'ensemble, la survie était de 6 % plus élevée dans la population féminine (exprimée sous forme d'écart en pourcentage). Bien que l'on n'ait observé aucune tendance générale en ce qui concerne le lien entre l'âge au moment du diagnostic et la survie, le pronostic associé à un certain nombre de cancers (p. ex., les sarcomes des tissus mous et les autres sarcomes extra-osseux, le mélanome et le cancer du sein) semblait moins favorable à un âge plus avancé.

Il ressort d'une comparaison des proportions de la survie observées à cinq ans chez les personnes ayant reçu un diagnostic du début au milieu des années 90 et chez les personnes dont le cancer a été diagnostiqué plus récemment que des progrès ont été enregistrés chez les adolescents et les jeunes adultes (tableau 9.7). La survie associée à tous les cancers combinés pour la période de 2001 à 2004 était de 5 % plus élevée qu'au cours de la période de 1992 à 1995 (85 % contre 80 %). Les hausses les plus importantes pendant cette période concernaient les lymphomes non hodgkiniens (78 % contre 66 %), la leucémie (67 % contre 57 %) et les sarcomes des tissus mous et les autres sarcomes extra-osseux (72 % contre 63 %). Aucun changement n'a été observé chez les patients atteints de cancers courants déjà associés à des taux de survie relativement élevés.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Survie après les traitements

La survie après les traitements désigne la phase qui suit un traitement primaire dans le continuum de la lutte contre le cancer. Au cours de la phase qui suit le traitement, les effets indésirables immédiats du traitement diminuent, et ce sont les questions de surveillance, d'adaptation psychosociale et de soins de santé de longue durée qui prédominent. Les besoins en soins de santé de longue durée des survivants d'un cancer à l'adolescence et au début de l'âge adulte comprennent la prise en charge des effets tardifs du traitement, le risque élevé d'un deuxième cancer primaire associé au premier cancer ou à son traitement et l'accès aux soins de santé généraux et préventifs³². La fréquence des visites de suivi et du dépistage chez les survivants du cancer varie selon le siège ou le type de cancer. Les enjeux liés aux études, à la vie professionnelle, aux habitudes de vie et les besoins psychosociaux propres à cette période de formation dans la vie viennent augmenter la complexité des besoins des adolescents et des jeunes adultes survivants du cancer^{33,34}. À l'heure actuelle, quelques rares centres d'oncologie canadiens (p. ex., à Victoria, à Vancouver, à Winnipeg, à Ottawa et à Montréal) mettent des groupes de soutien à la disposition des adolescents et des jeunes adultes survivants du cancer. La relative rareté de la maladie dans ce groupe d'âge et l'absence de recherches sur les besoins particuliers de cette population viennent s'ajouter aux enjeux, déjà complexes, liés à la survie³⁵.

Une autre difficulté consiste à déterminer le type de cadre qui convient pour la prestation de soins de longue durée aux survivants. Les centres d'oncologie de soins tertiaires pour survivants représentent une possibilité³⁶. Toutefois, il n'est souvent pas possible ou pratique de réserver ce genre de centre à une population donnée. Même si l'idée de dispenser des soins à l'échelle communautaire est plus réalisable et pratique, on peut se demander dans quelle mesure les médecins de première ligne possèdent les connaissances et l'expertise voulues en matière de traitements anticancéreux précis et pour une prise en charge et une surveillance cliniques optimales. Les retards dans le développement et l'infertilité liés aux traitements ne sont que deux exemples de questions d'ordre psychosocial qui se posent aux médecins œuvrant en milieu communautaire³⁶. C'est pourquoi il est recommandé de faire appel à un modèle de soins partagés. Les plans de prise en charge des survivants font partie des outils que l'on propose d'utiliser pour faciliter l'approche axée sur les soins partagés^{37,38}. Ces plans comprennent des renseignements sommaires sur le cancer, son traitement, et une démarche personnalisée en matière de prestation de soins spécifiquement adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes adultes.

Répercussions et recommandations

Un rapport exhaustif produit en 2006 par le Groupe de travail sur le cancer chez les jeunes adultes au Canada a décrit les tendances et les courbes relatives au cancer observées depuis le début des années 80 chez les jeunes adultes de 20 à 44 ans⁵. Selon plusieurs autres études importantes du National Cancer Institute des É.-U. et le programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), peu de progrès a été accompli dans le sens de l'amélioration des résultats sur le plan de la santé chez les adolescents et les jeunes adultes^{39,40}. Pour remédier aux lacunes relatives à la prévention et au traitement des cancers dans ce groupe d'âge, ces rapports présentent plusieurs recommandations :

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

- ◆ suivre de manière continue les taux d'incidence et de mortalité et faire des prévisions relatives au fardeau de la maladie chez les adolescents et les jeunes adultes. À cet égard, il s'agit entre autres de déterminer quels sont les caractéristiques et les facteurs de risque propres aux cas de cancer observés dans cette population;
- ◆ améliorer les outils permettant d'étudier le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes, comme la classification des tumeurs et la sélection des groupes d'âge appropriés;
- ◆ intensifier les initiatives d'éducation, de formation et de communication en oncologie afin de mieux sensibiliser les dispensateurs de soins de santé en la matière;
- ◆ trouver de nouvelles façons d'accroître et d'améliorer la communication, le diagnostic, le traitement et le suivi médical dans cette population. Dans cette optique, il faut améliorer les efforts de prévention, l'accès aux soins et la qualité des soins;
- ◆ viser l'excellence dans la prestation des services d'un bout à l'autre du continuum de la lutte contre le cancer, de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, en passant par la détection précoce, le diagnostic, le traitement et la survie après les traitements. Il y a lieu d'inclure dans la base de données probantes des lignes directrices sur le suivi à long terme des survivants d'un cancer à l'adolescence et au début de l'âge adulte et d'uniformiser ces lignes directrices⁴¹;
- ◆ intensifier la défense des intérêts des adolescents et des jeunes adultes atteints d'un cancer et accroître l'aide apportée à cette catégorie de patients;
- ◆ mener des activités de recherche et de surveillance concernant les effets d'un diagnostic de cancer et de son traitement. La recherche clinique devrait être effectuée parallèlement à la recherche sur la qualité de vie et la prestation de services de santé.

Plusieurs activités en cours dans le domaine de l'oncologie chez les adolescents et les jeunes adultes visent à donner suite aux recommandations formulées ci-dessus. Par exemple, le Children's Oncology Group (le principal regroupement d'instituts d'oncologie pédiatrique en Amérique du Nord) et plusieurs groupes qui s'intéressent au cancer chez les adultes prévoient d'accroître la participation des jeunes adultes atteints du cancer aux essais cliniques.

On s'attend à ce que le Children's Oncology Group recrute des patients dont l'âge peut atteindre 50 ans dans le cadre d'essais relatifs à certains cancers, comme le sarcome d'Ewing et d'autres cancers qui ont jusqu'ici été étudiés presque exclusivement dans des centres pédiatriques⁴². Plusieurs groupes de centres d'oncologie pour adultes ont aussi prévu abaisser l'âge d'admissibilité des participants à certains de leurs essais sur les cancers le plus répandus chez les adultes d'âge plus avancé de manière à permettre le recrutement de patients adolescents et jeunes adultes.

Des organismes nationaux, comme Young Adult Cancer Canada et la Lance Armstrong Young Adult Alliance aux É.-U., et de nombreux sites Web de soutien aux personnes touchées par le cancer, s'emploient à combler le manque de soutien par les pairs ressenti par les adolescents et les jeunes adultes atteints d'un cancer et par leur famille, qui doivent généralement naviguer seuls à l'intérieur du système de santé. Afin d'améliorer la prévention du cancer chez les adolescents et les jeunes adultes, des efforts plus grands doivent être consentis à l'échelle individuelle, communautaire et gouvernemental : adoption d'habitudes de vie plus saines, infrastructure communautaire,

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

réglementation à visée préventive et politiques favorisant un mode de vie sain. Enfin, il faut faire en sorte que la population des adolescents et des jeunes adultes occupe une place plus grande dans le programme de lutte contre le cancer; qu'elle devienne un domaine de recherche dynamique bénéficiant d'un financement accru et d'une plus grande exposition dans les milieux scientifique et médical.

Les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans représentent une population qui a été peu étudiée jusqu'ici sous l'angle du cancer et de son traitement : retards de diagnostic, faible taux de participation aux essais cliniques, manque de soins adaptés à l'âge, difficultés liées au soutien social pendant le traitement et effets tardifs du traitement, deuxièmes cancers et besoins psychosociaux à long terme des survivants du cancer.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.1

Années potentielles de vie perdues attribuables au cancer, Canada, 2004

	Années potentielles de vies perdues (APVP)					
	Total		Hommes		Femmes	
	Années	%	Années	%	Années	%
Tous les cancers	1 026 600	100	495 000	100	531 700	100
Groupe d'âge						
0-14	10 200	1,0	5 200	1,1	5 000	0,9
15-19	4 100	0,4	2 500	0,5	1 600	0,3
20-24	5 400	0,5	3 100	0,6	2 300	0,4
25-29	6 500	0,6	3 400	0,7	3 200	0,6
30-39	33 400	3,3	13 900	2,8	19 500	3,7
40-49	115 700	11,3	48 700	9,8	67 100	12,6
50-59	225 400	22,0	104 000	21,0	121 400	22,8
60-69	260 400	25,4	134 000	27,1	126 400	23,8
70-79	244 400	23,8	126 700	25,6	117 700	22,1
80+	121 100	11,8	53 500	10,8	67 600	12,7

Nota : Les données sont basées sur l'espérance de vie. Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.2

Nouveaux cas et taux d'incidence annuels moyens normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), Canada, 1992-2005*

Groupe de diagnostics [†]	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	TINA pour 1 000 000 par an	Nouveaux cas	TINA pour 1 000 000 par an
Total (14 ans)	14 005	319,5	15 043	359,6
Moyenne par année	1 000		1 075	
Cavité buccale et pharynx	289	6,7	281	6,6
Appareil digestif	511	12,1	500	12,2
Oesophage	13	0,3	8	0,2
Estomac	67	1,6	72	1,8
Côlon et rectum	312	7,4	297	7,3
Anus	ND	ND	ND	ND
Tumeurs hépatiques	60	1,4	55	1,3
Vésicule biliaire	<6	ND	<6	ND
Pancréas	29	0,7	46	1,1
Autres tumeurs des voies biliaires et de l'appareil digestif	19	0,4	12	0,3
Appareil respiratoire	183	4,3	162	3,9
Larynx	15	0,4	9	0,2
Poumon et bronches	144	3,4	138	3,3
Trachée, médiastin et autres tumeurs de l'appareil respiratoire	24	0,6	15	0,4
Tumeurs osseuses malignes	515	11,2	305	6,9
Ostéosarcomes	238	5,1	141	3,2
Chondrosarcomes	69	1,6	48	1,1
Sarcome d'Ewing et ostéosarcomes connexes	160	3,4	82	1,8
Autres tumeurs osseuses malignes précisées	48	1,1	34	0,8
Tissus mous et autres sarcomes extra-osseux	853	19,5	675	15,8
Rhabdomyosarcomes	88	1,8	63	1,4
Fibrosarcomes, tumeurs de la gaine des nerfs périphériques	102	2,3	88	2,1
Sarcome de Kaposi	157	3,9	9	0,2
Autres sarcomes des tissus mous précisés	401	9,1	434	10,3
Sarcomes des tissus mous non précisés	105	2,4	81	1,9
Mélanome	993	23,2	1 655	39,9
Sein	<6	ND	1 041	26,2
Organes génitaux de la femme	–	–	2 207	54,2
Ovaire	–	–	605	14,2
Col de l'utérus	–	–	1 405	35,1
Corps de l'utérus	–	–	108	2,7
Autres organes génitaux de la femme	–	–	89	2,2
Organes génitaux de l'homme	3 396	78,5	–	–
Testicule	3 375	78,0	–	–
Prostate	10	0,2	–	–
Autres organes génitaux de l'homme	11	0,3	–	–

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.2 (suite)

Nouveaux cas et taux d'incidence annuels moyens normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), Canada, 1992-2005*

Groupe de diagnostics [†]	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas	TINA pour 1 000 000 par an	Nouveaux cas	TINA pour 1 000 000 par an
Organes urinaires	279	6,6	229	5,5
Vessie	149	3,5	98	2,4
Rein	121	2,8	129	3,1
Urètre	<6	ND	<6	ND
Autres organes urinaires	ND	ND	<6	ND
Système nerveux central	1 133	25,6	929	21,7
Épendymomes et tumeurs du plexus choroïde	67	1,5	57	1,3
Astrocytomes	520	11,7	456	10,6
Tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intramédullaire	129	2,8	70	1,6
Autres gliomes	301	7,0	225	5,3
Autres néoplasmes embryonnaires intracrâniens et intramédullaires	18	0,4	25	0,6
Néoplasmes embryonnaires intracrâniens et intramédullaires non précisés	98	2,2	96	2,2
Glandes endocrines	686	16,0	2 903	69,7
Thyroïde	658	15,3	2 875	69,1
Autres glandes endocrines, y compris le thymus	28	0,7	28	0,7
Lymphomes	3 386	76,2	2 795	65,1
Maladie de Hodgkin	2 009	44,8	1 973	45,6
Lymphomes non hodgkiniens (sauf le lymphome de Burkitt)	973	22,3	622	14,8
Lymphome de Burkitt	109	2,4	26	0,6
Lymphomes non précisés	295	6,8	174	4,1
Leucémie	1 185	26,2	868	20,1
Leucémies lymphoïdes	504	10,8	256	5,8
Leucémies myéloïdes aiguës	355	7,9	361	8,4
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	219	5,1	154	3,6
Syndromes myélodysplasiques et autres syndromes myéloprolifératifs	32	0,7	31	0,7
Leucémies non précisées et autres leucémies précisées	75	1,7	66	1,5
Autres	595	13,5	493	11,7

– Sans objet

ND (non déclarée) - Donnée supprimée pour satisfaire aux exigences de confidentialité.

* Il s'agit des données disponibles les plus récentes, et elles ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et des carcinomes in situ sauf la vessie. Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année. Le total (14 ans) a été arrondi au multiple de 5 le plus proche pour les hommes dans le but d'éviter de divulguer les cas où le nombre est inférieur à 6.

[†] Adaptation de Weir et coll.²⁵, (voir l'annexe W1 – www.cancer.ca/statistiques)

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.3

Décès et taux de mortalité annuels moyens normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), Canada, 1991-2004*

Groupe de diagnostics [†]	Hommes		Femmes	
	Décès	TMNA pour 1 000 000 par an	Décès	TMNA pour 1 000 000 par an
Total (14 ans)	2 556	57,8	2 007	47,6
Moyenne par année	183		143	
Cavité buccale et pharynx	39	0,9	24	0,6
Lèvre	0	0,0	0	0,0
Langue	10	0,2	8	0,2
Glande salivaire	4	0,1	3	0,1
Bouche	5	0,1	3	0,1
Nasopharynx	19	0,4	7	0,2
Oropharynx	0	0,0	2	0,0
Autres et non précisés	1	0,0	1	0,0
Appareil digestif	214	5,0	198	4,8
Oesophage	11	0,3	5	0,1
Estomac	43	1,0	54	1,3
Côlon et rectum	85	2,0	70	1,7
Anus	0	0,0	2	0,1
Foie	28	0,7	24	0,6
Vésicule biliaire	1	0,0	1	0,0
Pancréas	15	0,3	15	0,4
Autres et non précisés	31	0,7	27	0,7
Appareil respiratoire	85	2,0	54	1,3
Larynx	1	0,0	0	0,0
Poumon	54	1,3	42	1,0
Autres et non précisés	30	0,7	12	0,3
Os	241	5,2	133	3,0
Tissus mous (y compris le cœur)	156	3,5	131	3,0
Peau (mélanome)	113	2,7	66	1,6
Sein	0	0,0	132	3,3
Organes génitaux	133	3,1	224	5,5
Col de l'utérus	-	-	123	3,1
Corps de l'utérus	-	-	1	0,0
Ovaire	-	-	85	2,0
Prostate	4	0	-	-
Testicule	126	2,9	-	-
Autres et non précisés	3	0,1	15	0,4

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.3 (suite)

Décès et taux de mortalité annuels moyens normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), Canada, 1991-2004*

Groupe de diagnostics [†]	Hommes		Femmes	
	Décès	TMNA pour 1 000 000 par an	Décès	TMNA pour 1 000 000 par an
Organes urinaires	44	1,0	22	0,5
Vessie	10	0,2	5	0,1
Rein	32	0,7	17	0,4
Autres organes urinaires	2	0,1	0	0,0
Oeil	4	0,1	0	0,0
Encéphale et autres parties du système nerveux	389	8,8	264	6,2
Glandes endocrines	45	1,0	38	0,9
Thyroïde	9	0,2	5	0,1
Autres glandes endocrines	36	0,8	33	0,8
Maladie de Hodgkin	154	3,6	118	2,8
Lymphomes non hodgkiniens [‡]	288	6,5	157	3,7
Myélome multiple	4	0,1	5	0,1
Leucémie	528	11,6	351	8,1
Tous les autres cancers et cancers non précisés	119	2,7	90	2,2

– Sans objet

* Il s'agit des données disponibles les plus récentes. Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année.

† Pour les codes de la CIM-10, voir l'annexe W2 – www.cancer.ca/statistiques

‡ Les lymphomes non hodgkiniens comprennent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.4

Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1996-2005

	Hommes		Femmes	
	VAP	Point de retournement [†]	VAP	Point de retournement [†]
Tous les cancers	0,8*		1,4**	
Tumeurs non épithéliales	0,5		-0,6	
Maladie de Hodgkin	-0,5		-1,3	
Testicule	2,7**		-	
Mélanome	-1,2		-0,9	
Système nerveux central	-0,9		1,1	
Leucémie	1,8		1,0	
Lymphomes non hodgkiniens [‡]	-1,2		-2,4*	
Tissus mous et autres sarcomes extra-osseux	5,9*	2001	0,3	
Tumeurs épithéliales	2,3*		3,4**	
Thyroïde	3,1		6,5**	
Col de l'utérus	-		-2,1*	
Sein	-		1,9	

- Sans objet

* Significatif à $p < 0,05$

** Significatif à $p < 0,01$

[†] Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la tendance a changé après 1996. Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1992 à 2005. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

[‡] Les lymphomes non hodgkiniens comprennent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

Nota : On calcule la variation annuelle en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique; les taux d'incidence pour tous les cancers tiennent compte des cancers non mentionnés dans le tableau, mais ils ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Pour les codes histologiques utilisés dans le cas des tumeurs épithéliales et non épithéliales, voir l'annexe W3 – www.cancer.ca/statistiques

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.5

Estimations de la proportion de la survie observée (intervalle de confiance à 95 %) pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon la durée de survie, Canada (à l'exclusion du Québec*), 1997-2004

	Proportion de la survie observée (%) (intervalle de confiance à 95 %)		
	1 an	3 ans	5 ans
Tous les cancers	93 (93-94)	86 (85-87)	83 (82-84)
Thyroïde	100 (99-100)	99 (99-100)	99 (99-100)
Testicule	99 (98-99)	96 (95-97)	96 (94-97)
Maladie de Hodgkin	99 (98-99)	96 (94-96)	94 (93-95)
Mélanome	98 (97-99)	95 (94-96)	92 (91-94)
Col de l'utérus	96 (94-97)	88 (85-90)	86 (83-88)
Lymphomes non hodgkiniens [†]	84 (82-86)	76 (73-78)	74 (71-77)
Sein	97 (95-98)	83 (80-86)	73 (69-77)
Tissus mous et autres sarcomes extra-osseux	89 (86-91)	76 (73-79)	72 (69-76)
Système nerveux central	88 (86-90)	75 (72-77)	66 (63-69)
Leucémie	81 (78-83)	66 (63-69)	61 (58-64)

* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

† Les lymphomes non hodgkiniens comprennent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.6

Estimations de la proportion de la survie à cinq ans observée (intervalle de confiance à 95 %) pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe et le groupe d'âge, Canada (à l'exclusion du Québec*), 1997-2004

	Proportion de la survie observée (%) (intervalle de confiance à 95 %)				
	Hommes	Femmes	Groupe d'âge		
			15-19	20-24	25-29
Tous les cancers	80 (79-81)	86 (85-86)	81 (79-82)	84 (83-85)	83 (83-84)
Thyroïde	98 (95-99)	100 (99-100)	100 (97-100)	99 (98-100)	100 (99-100)
Testicule	96 (94-97)	—	91 (86-94)	96 (94-98)	96 (95-97)
Maladie de Hodgkin	93 (92-95)	94 (93-96)	94 (91-96)	94 (91-95)	94 (92-96)
Mélanome	86 (83-89)	96 (95-97)	97 (92-99)	94 (91-96)	91 (89-93)
Col de l'utérus	—	86 (83-88)	87 (57-96)	81 (73-87)	87 (84-90)
Lymphomes non hodgkiniens [†]	69 (65-73)	81 (77-85)	73 (67-79)	76 (71-81)	73 (68-77)
Sein	—	73 (69-77)	79 (36-94)	78 (63-87)	73 (68-77)
Tissus mous et autres sarcomes extra-osseux	67 (62-72)	77 (72-82)	76 (69-82)	73 (66-79)	70 (64-75)
Système nerveux central	62 (58-66)	70 (65-74)	69 (63-75)	65 (59-71)	64 (59-69)
Leucémie	60 (55-64)	63 (58-68)	62 (56-67)	64 (58-69)	58 (52-63)

— Sans objet

— Estimations non disponibles en raison du très petit nombre de cas.

* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

† Les lymphomes non hodgkiniens comprennent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Tableau 9.7

Estimations de la proportion de la survie à cinq ans observée (intervalle de confiance à 95 %) pour certains cancers chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon la période, Canada (à l'exclusion du Québec*)

	Proportion de la survie observée (%) (intervalle de confiance à 95 %)	
	1992-1995	2001-2004
Tous les cancers	80 (79-81)	85 (84-85)
Thyroïde	100 (99-100)	99 (99-100)
Testicule	94 (92-96)	95 (94-97)
Maladie de Hodgkin	95 (93-96)	95 (93-96)
Mélanome	93 (90-94)	93 (91-95)
Col de l'utérus	87 (83-90)	87 (83-90)
Lymphomes non hodgkiniens [†]	66 (62-71)	78 (74-81)
Sein	69 (63-75)	73 (67-78)
Tissus mous et autres sarcomes extra-osseux	63 (57-68)	72 (67-77)
Système nerveux central	65 (60-69)	68 (64-72)
Leucémie	57 (52-61)	67 (63-72)

* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres provinces et territoires et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact.

[†] Les lymphomes non hodgkiniens comprennent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

Nota : Les estimations de la survie pour 1992-1995 sont basées sur la méthode de l'analyse par cohorte; pour 2001-2004, elles sont basées sur la méthode de l'analyse par période.

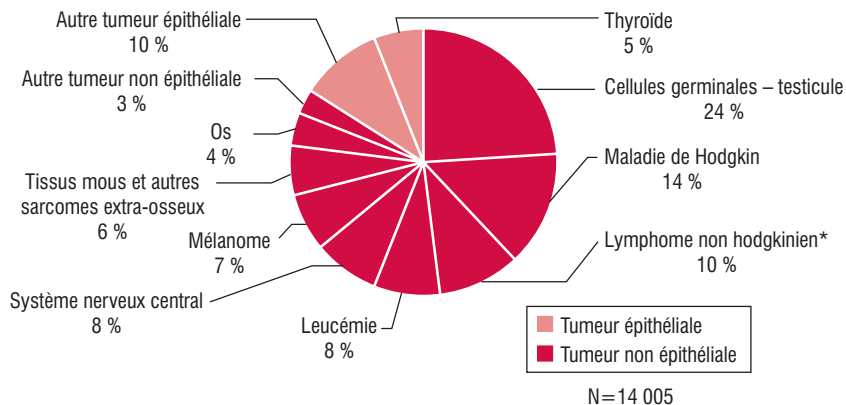
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Figure 9.1a

Principaux sièges ou types de cancer chez les jeunes hommes (de 15 à 29 ans) et pourcentage des nouveaux cas, Canada, 1992-2005



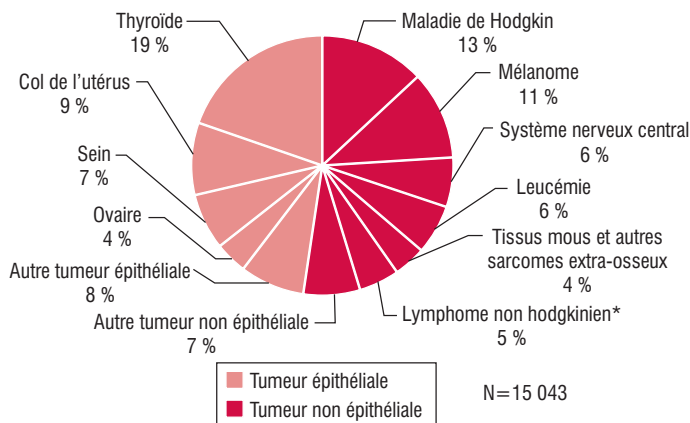
* Les lymphomes non hodgkiniens englobent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada.

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

Figure 9.1b

Principaux sièges ou types de cancer chez les jeunes femmes (de 15 à 29 ans) et pourcentage des nouveaux cas, Canada, 1992-2005



* Les lymphomes non hodgkiniens englobent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

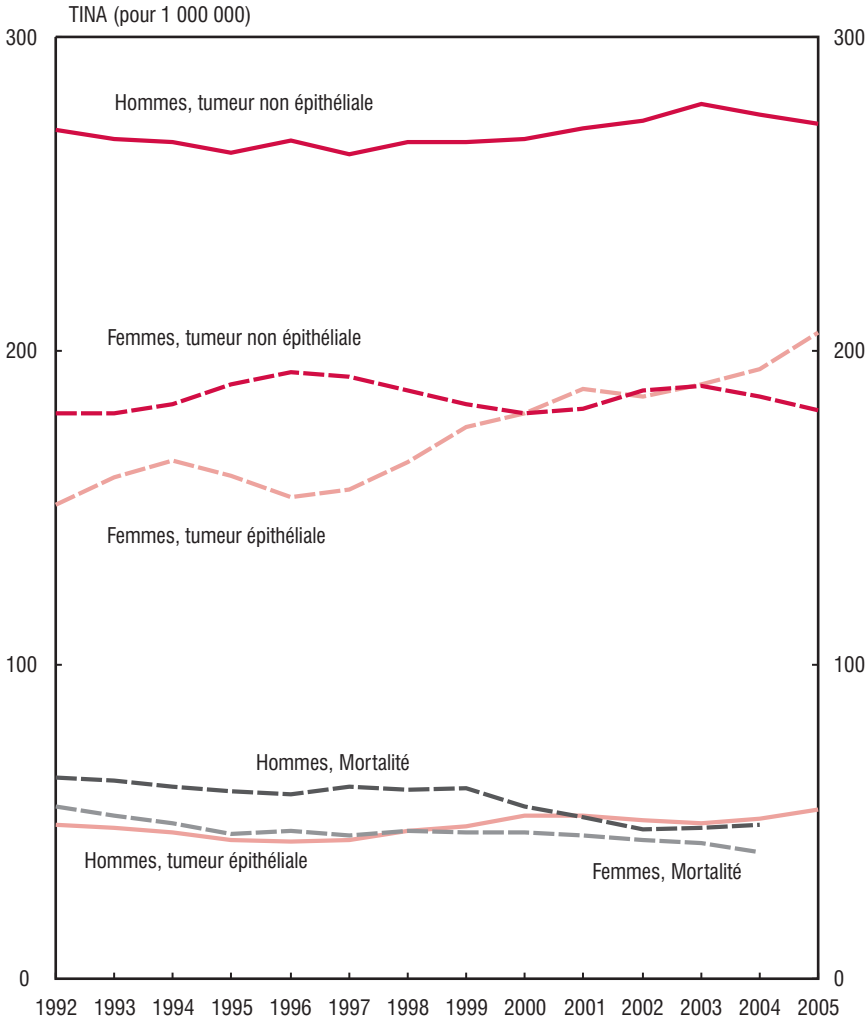
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada.

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Figure 9.2

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs épithéliales et non épithéliales* et taux de mortalité globaux (jusqu'en 2004), chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005



* Pour les codes histologiques utilisés dans le cas des cancers épithéliaux et non épithéliaux, voir l'annexe W3 – www.cancer.ca/statistiques. Les taux excluent le 0,4 % des cas dont le type ou siège du cancer et l'histologie du cancer dans ce groupe d'âge ne sont pas connus.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

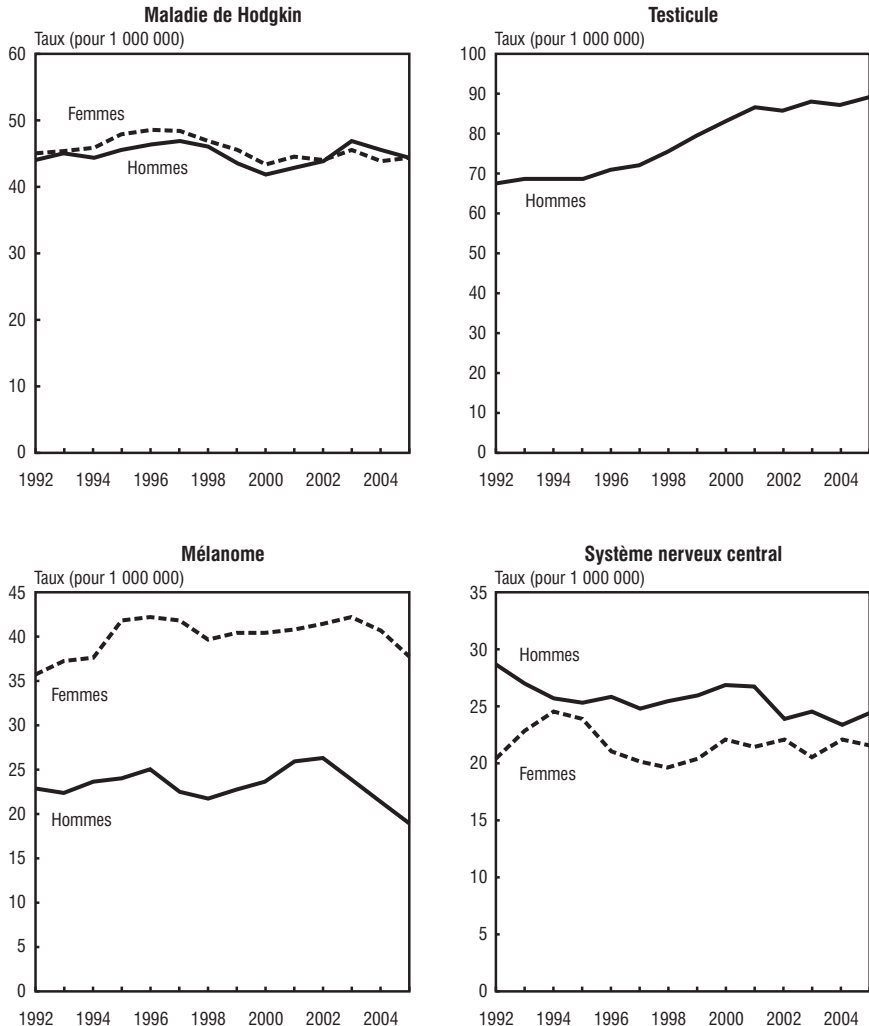
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Figure 9.3a

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs non épithéliales courantes chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les cancers.

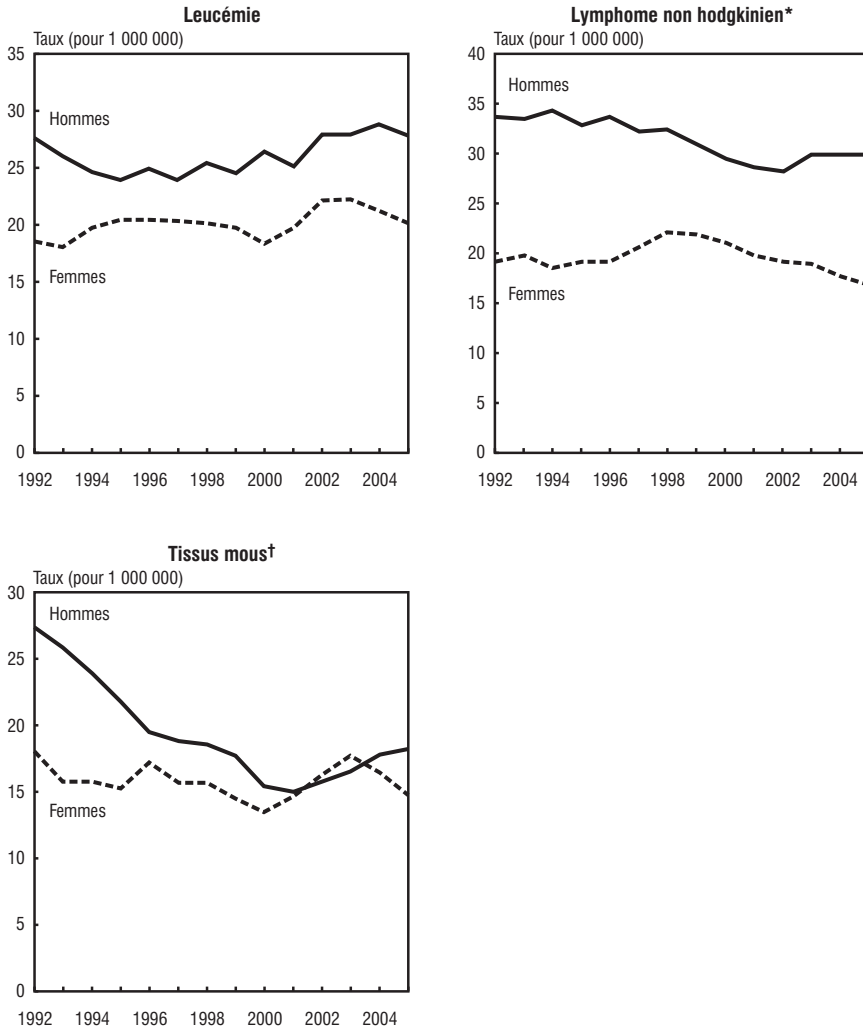
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Figure 9.3a (suite)

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs non épithéliales courantes chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005



* Les lymphomes non hodgkiniens englobent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés.

† « Tissus mous » englobe « Autres sarcomes extra-osseux ».

Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les cancers.

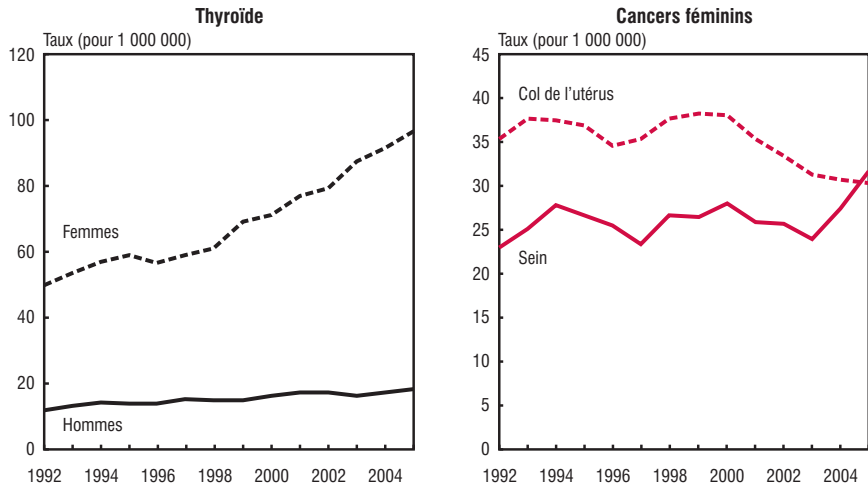
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

9. LE CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (DE 15 À 29 ANS)

Figure 9.3b

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) sur une moyenne mobile de trois ans pour les tumeurs épithéliales courantes chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans), selon le sexe, Canada, 1992-2005



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les cancers.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Le présent document vise surtout à présenter les estimations pour l'année en cours obtenues après analyse des données réelles et à faire des prévisions à court terme à l'aide de techniques statistiques (voir l'Annexe II). Si l'on a besoin des *données réelles* plutôt que des *estimations* pour l'année en cours, les tableaux de la présente annexe résument les statistiques réelles sur l'incidence et la mortalité tirées des données nationales les plus récentes. Ces données s'appliquent à l'année la plus récente dans la longue série de données utilisées pour calculer les estimations de l'année courante. Les tableaux A1 et A2 de l'annexe donnent un aperçu du nombre réel de nouveaux cas (2005) et de décès (2004) survenus au Canada et précisent les codes CIM-O-3 et CIM-10, respectivement, utilisés pour définir chaque groupe de diagnostics. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres types de cancer; ainsi, on trouvera aux tableaux A1 et A2 de l'annexe un plus grand nombre de types de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 de l'annexe donnent les chiffres réels pour le nombre de nouveaux cas et de décès et les taux d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges ou types de cancer, selon la province et le territoire.

En plus des explications et des analyses fournies dans les pages précédentes, plusieurs autres points méritent d'être mentionnés. Comme nous l'avons indiqué aux tableaux A3 à A6 de l'annexe, les populations des territoires étant de petite taille, il n'a été possible de fournir que des résumés (moyenne sur cinq ans) pour les cancers les plus courants. Les tableaux de l'annexe montrent également qu'il y avait une certaine variation entre les provinces et les territoires dans les années pour lesquelles nous disposions de données (en août 2008, au début de ces analyses). De plus, les données proviennent de fichiers dynamiques qui sont systématiquement mis à jour pour intégrer les nouvelles données. Les utilisateurs qui ont besoin de données réelles plus récentes pour le Canada peuvent communiquer avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada ou la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Pour obtenir les données les plus récentes pour chaque province ou territoire, prière de communiquer avec les registres provinciaux du cancer (voir la section *Pour en savoir plus sur le cancer*).

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A1

Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, Canada, 2005

Cancer	Siège/type CIM-O-3*	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	Tous les cancers infiltrants	153 126	79 599	73 527
Cavité buccale et pharynx	C00-C14	3 344	2 260	1 084
Lèvre	C00	296	219	77
Langue	C01-C02	809	548	261
Glande salivaire	C07-C08	400	241	159
Bouche	C03-C06	671	384	287
Nasopharynx	C11	228	158	70
Oropharynx	C10	121	96	25
Autres et non précisés	C09,C12-C14	819	614	205
Appareil digestif	C15-C26,C48	32 098	17 741	14 357
Oesophage	C15	1 474	1 091	383
Estomac	C16	3 000	1 908	1 092
Intestin grêle	C17	572	322	250
Côlon	C18,C26.0	13 227	6 689	6 538
Rectum et anus	C19-C21	6 880	4 114	2 766
Foie	C22.0	1 348	1 014	334
Vésicule biliaire	C23	401	126	275
Pancréas	C25	3 689	1 758	1 931
Autres et non précisés	C22.1,C24,C26.8-.9,C48	1 507	719	788
Appareil respiratoire	C30-C34,C38.1-.9,C39	23 312	13 164	10 148
Larynx	C32	1 096	910	186
Poumon	C34	21 866	12 048	9 818
Autres et non précisés	C30-31,C33,C38.1-.9,C39	350	206	144
Os	C40-C41	322	175	147
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	1 020	560	460
Peau (mélanome)	Type 8720-8790	4 270	2 220	2 050
Sein	C50	20 075	158	19 917
Organes génitaux	C51-C63	30 407	21 970	8 437
Col de l'utérus	C53	1 266	-	1 266
Corps de l'utérus	C54	3 828	-	3 828
Utérus, partie non précisée	C55	147	-	147
Ovaire	C56	2 442	-	2 442
Prostate	C61	20 938	20 938	-
Testicule	C62	849	849	-
Autres et non précisés	C51-52,C57,C58,C60,C63	937	183	754
Organes urinaires	C64-C68	10 964	7 565	3 399
Vessie	C67	6 424	4 731	1 693
Rein	C64-C65	4 101	2 530	1 571
Autres organes urinaires	C66,C68	439	304	135
Oeil	C69	255	141	114
Encéphale et autres parties du système nerveux	C70-C72	2 431	1 352	1 079
Glandes endocrines	C73,C73-C75	4 034	963	3 071
Thyroïde	C73	3 740	819	2 921
Autres glandes endocrines	C73,C74-C75	294	144	150
Maladie de Hodgkin*	Type 9650-9667	864	485	379
Lymphomes non hodgkiniens*	Voir le tableau A9	6 352	3 475	2 877
Myélome multiple*	Type 9731,9732,9734	1 935	1 093	842
Leucémie*	Voir le tableau A9	4 247	2 450	1 797
Mésothéliomes*	Type 9050-9055	459	362	97
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le tableau A9	6 737	3 465	3 272

– Sans objet

* Les types histologiques 9590-9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple) et 9050-9055 (mésothéliomes) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges/types particuliers

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies – Oncologie⁴³. Les chiffres concernent les cancers infiltrants, notamment le cancer in situ de la vessie, mais non les cancers de la peau autres que le mélanome.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A2

Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2004

Cancer	CIM-10	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	C00-C97	66 947	35 156	31 791
Cavité buccale et pharynx)	C00-C14	1 067	699	368
Lèvre	C00	19	13	6
Langue	C01-C02	279	178	101
Glande salivaire	C07-C08	90	55	35
Bouche	C03-C06	207	112	95
Nasopharynx	C11	104	73	31
Oropharynx	C10	85	57	28
Autres et non précisés	C09,C12-C14	283	211	72
Appareil digestif	C15-C25,C26.0,C26.8-9,C48	17 883	9 859	8 024
Oesophage	C15	1 488	1 112	376
Estomac	C16	1 919	1 163	756
Intestin grêle	C17	150	92	58
Côlon	C18,C26.0	6 724	3 449	3 275
Rectum et anus	C19-C21	1 677	983	694
Foie	C22.0,C22.2-.7	596	453	143
Vésicule biliaire	C23	266	99	167
Pancréas	C25	3 577	1 751	1 826
Autres et non précisés	C22.1,C22.9,C24,C26.8-9,C48	1 486	757	729
Appareil respiratoire	C30-C34,C38.1-9,C39	18 208	10 566	7 642
Larynx	C32	446	360	86
Poumon	C34	17 642	10 129	7 513
Autres et non précisés	C30-31,C33,C38.1-9,C39	120	77	43
Os	C40-C41	127	74	53
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	390	191	199
Peau (mélanome)	C43	790	489	301
Sein	C50	4 998	34	4 964
Organes génitaux	C51-C63	6 638	3 756	2 882
Col de l'utérus	C53	388	-	388
Corps de l'utérus	C54	371	-	371
Utérus, partie non précisée	C55	363	-	363
Ovaire	C56	1 590	-	1 590
Prostate	C61	3 685	3 685	-
Testicule	C62	46	46	-
Autres et non précisés	C51-52,C57,C58,C60,C63	195	25	170
Organes urinaires	C64-C68	3 207	2 112	1 095
Vessie	C67	1 634	1 131	503
Rein	C64-C65	1 486	937	549
Autres organes urinaires	C66,C68	87	44	43
Oeil	C69	27	15	12
Encéphale et autres parties du système nerveux	C70-C72	1 609	925	684
Glandes endocrines	C73,C73-C75	270	108	162
Thyroïde	C73	174	69	105
Autres glandes endocrines	C73,C74-C75	96	39	57
Maladie de Hodgkin	C81	127	73	54
Lymphomes non hodgkiniens	C82-C85,C96.3	2 650	1 394	1 256
Myélome multiple	C90.0, C90.2	1 178	631	547
Leucémie	C91-C95, C90.1	2 262	1 310	952
Mésothéliomes	C45	340	284	56
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le tableau A9	5 176	2 636	2 540

– Sans objet

Nota : Par CIM-10, on entend la dixième révision de la Classification internationale des maladies et autres problèmes de santé⁴⁵.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A3

Données réelles sur l'incidence de certains cancers selon le sexe et la région, année la plus récente*, Canada

	Nouveaux cas													
	Canada [†]	T.-N.-L. [‡]	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc [‡]	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers														
Prostate	79 600	1 450	440	3 100	2 300	20 000	30 800	2 700	2 400	7 000	9 800	45	45	30
Poumon [§]	12 000	210	55	470	360	3 900	4 100	390	320	840	1 200	5	5	10
Côlon et rectum	10 800	260	45	410	280	2 800	4 100	400	330	880	1 250	10	10	5
Vessie [§]	4 700	100	30	210	150	1 550	1 350	190	140	500	670	5	–	–
Lymphomes non hodgkiniens														
Rein [§]	3 500	45	10	110	95	780	1 400	120	110	300	490	–	–	–
Leucémie	2 500	50	20	130	75	720	880	120	75	250	240	–	–	–
Cavité buccale	2 500	15	5	70	45	610	980	80	90	230	320	–	–	–
Mélanome	2 300	45	5	65	55	530	930	100	65	190	240	–	5	–
Estomac	2 200	35	20	110	65	280	1 050	70	65	240	360	–	–	–
Pancréas	1 900	50	–	60	55	510	700	65	50	160	210	–	–	–
Encéphale	1 750	25	5	55	50	480	610	70	50	140	220	–	–	–
Myélome multiple	1 350	20	5	40	30	380	490	35	40	100	140	–	–	–
Oesophage	1 100	15	15	45	25	280	450	25	35	75	110	–	–	–
Foie	1 100	20	5	50	25	280	410	30	30	100	150	–	–	–
	1 000	15	5	30	20	290	400	30	15	80	140	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers														
Sein	73 500	1 100	310	2 600	1 900	19 000	28 700	2 600	2 200	6 100	8 700	45	45	30
Poumon [§]	19 900	280	75	700	480	5 000	7 700	730	600	1 750	2 500	15	15	5
Côlon et rectum	9 800	140	50	360	300	2 800	3 500	360	320	730	1 150	5	5	10
Corps de l'utérus	9 300	190	50	380	210	2 400	3 500	350	290	710	1 050	5	5	5
Thyroïde	4 000	60	20	120	120	950	1 550	160	120	370	530	5	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	2 900	30	5	80	85	650	1 500	60	45	250	180	–	–	–
Ovaire	2 900	65	10	100	80	690	1 150	120	110	250	390	–	–	–
Mélanome	2 400	25	10	60	55	620	1 000	90	75	150	290	–	–	–
Pancréas	2 100	30	5	90	70	290	940	55	45	220	290	–	–	–
Leucémie	1 950	10	10	65	50	570	660	65	50	150	190	–	–	–
Vessie [§]	1 800	10	5	55	30	450	740	65	75	190	230	–	–	–
Rein [§]	1 700	35	10	55	45	540	500	60	50	140	230	–	–	–
Col de l'utérus	1 550	25	10	80	50	450	590	55	60	150	140	–	–	–
Estomac	1 250	25	5	50	30	280	510	40	35	160	130	–	–	–
Cavité buccale	1 100	25	5	35	35	340	400	35	35	85	110	–	–	–
Encéphale	1 100	15	5	25	25	260	460	55	45	85	130	–	–	–
	1 100	15	5	35	35	300	440	30	35	75	110	–	–	–

– Moins de trois cas

* 2005 pour le Canada, le Québec, l'Ontario; 2006 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 2002-2006 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

‡ Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2009.

§ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer in situ survenus en Ontario se traduirait par un nombre de 2 100 cas de cancer de la vessie chez les hommes et de 800 chez les femmes.

Nota : Les données pour tous les cancers ne tiennent pas compte du nombre estimatif de nouveaux cas de cancer de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A4

Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, année la plus récente*, Canada

	Cas pour 100 000													
	Canada†	T.-N.-L.‡	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc‡	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	459	473	551	558	518	481	466	421	421	439	387	382	342	531
Prostate	121	134	175	163	163	99	137	103	124	133	118	100	70	49
Poumon§	70	69	71	85	83	93	62	61	55	54	47	54	56	234
Côlon et rectum	62	84	56	74	63	66	61	61	57	56	50	62	95	97
Vessie§	27	34	40	38	35	37	21	30	24	32	26	24	-	-
Lymphomes non hodgkiniens	20	16	15	18	22	18	21	18	19	18	19	-	-	-
Leucémie	14	6	10	13	11	15	15	13	16	14	13	-	-	-
Rein§	14	15	23	22	17	17	13	18	12	15	9	-	-	-
Mélanome	13	13	27	20	15	7	16	11	12	15	14	-	-	-
Cavité buccale	12	14	7	10	13	12	13	16	12	11	9	-	20	-
Estomac	11	16	3	11	12	12	11	10	9	10	8	-	-	-
Pancréas	10	8	9	10	12	11	9	11	8	9	8	-	-	-
Encéphale	8	6	9	7	7	9	7	6	7	6	6	-	-	-
Myélome multiple	6	6	18	8	6	7	7	4	6	5	4	-	-	-
Oesophage	6	7	9	9	6	7	6	5	5	6	6	-	-	-
Foie	6	4	7	5	4	7	6	5	3	5	5	-	-	-
Femmes														
Tous les cancers	357	318	330	395	361	364	367	347	345	339	306	325	317	626
Sein	97	80	82	108	91	98	100	98	96	96	90	103	105	68
Poumon§	47	41	55	55	57	53	44	47	49	42	41	38	50	304
Côlon et rectum	43	55	52	55	38	44	43	43	40	38	36	47	57	97
Corps de l'utérus	19	17	19	19	22	18	20	22	18	20	18	22	-	-
Thyroïde	17	10	4	15	21	15	22	10	9	14	8	-	-	-
Lymphomes non hodgkiniens	14	19	11	15	16	13	15	16	16	14	14	-	-	-
Ovaire	12	8	9	9	10	12	13	12	12	8	10	-	-	-
Mélanome	11	10	7	16	14	6	12	8	8	12	11	-	-	-
Leucémie	9	4	7	8	6	9	10	9	11	11	8	-	-	-
Pancréas	9	3	7	9	9	10	8	8	7	8	6	-	-	-
Vessie§	8	9	9	7	9	10	6	7	8	7	8	-	-	-
Rein§	8	7	11	12	10	8	7	7	9	8	5	-	-	-
Col de l'utérus	7	11	6	9	6	6	7	6	7	9	6	-	-	-
Encéphale	6	4	6	7	8	7	6	5	7	4	4	-	-	-
Cavité buccale	5	5	6	4	5	5	6	7	7	5	5	-	-	-
Estomac	5	8	6	5	7	6	5	4	5	5	4	-	-	-

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge est établi à partir de moins de 3 cas par année.

* 2005 pour le Canada, le Québec, l'Ontario; 2006 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 2002-2006 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

‡ Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2009.

§ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer in situ survenus en Ontario se traduirait par un taux de 31 cas pour 100 000 chez les hommes et de 10 cas pour 100 000 chez les femmes.

Nota : Les données pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Ils sont ajustés selon la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada.

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A5

Données réelles sur la mortalité pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2004*

	Décès													
	Canada [†]	T.-N.-L. [‡]	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc [†]	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	35 200	630	180	1 300	940	9 500	12 800	1 400	1 200	2 700	4 400	25	25	15
Poumon [†]	10 100	170	55	400	310	3 300	3 400	350	280	710	1 150	10	5	10
Côlon et rectum	4 400	130	20	190	110	1 150	1 600	200	150	350	510	5	–	–
Prostate	3 700	75	30	130	90	730	1 400	180	220	330	520	–	–	–
Pancréas	1 750	25	10	65	60	460	630	70	60	130	250	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	1 400	15	5	60	30	310	560	55	55	110	200	–	–	–
Leucémie [†]	1 300	15	5	45	20	300	520	50	55	100	190	–	–	–
Estomac	1 150	30	5	35	35	330	430	40	40	85	130	–	–	–
Vessie	1 150	15	5	40	30	270	420	50	40	85	170	–	–	–
Oesophage	1 100	15	5	50	30	220	470	40	30	80	170	–	–	–
Rein [†]	940	20	5	40	25	260	320	40	35	80	110	–	–	–
Encéphale	930	10	5	30	25	260	330	25	25	85	130	–	–	–
Cavité buccale	700	10	5	25	10	190	280	30	15	40	95	–	–	–
Myélome multiple	630	10	5	20	15	150	240	20	25	60	85	–	–	–
Mélanome	490	5	–	15	15	80	210	20	15	45	80	–	–	–
Foie [†]	450	5	–	10	5	120	180	10	5	45	70	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	31 800	500	160	1 150	780	8 400	11 900	1 350	1 000	2 500	4 000	20	20	15
Poumon [†]	7 500	110	35	270	190	2 200	2 600	310	230	570	1 050	5	5	5
Sein	5 000	65	25	160	120	1 300	1 950	230	160	360	610	5	5	–
Côlon et rectum	4 000	100	25	150	80	1 100	1 500	160	140	300	450	–	5	–
Pancréas	1 850	20	5	75	50	480	650	80	45	180	250	–	–	–
Ovaire	1 600	20	5	65	35	360	600	85	55	150	220	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	1 250	15	5	45	35	340	480	65	45	90	150	–	–	–
Leucémie [†]	950	5	5	40	20	210	390	35	35	90	120	–	–	–
Estomac	760	30	5	30	15	190	290	35	25	60	90	–	–	–
Corps de l'utérus	730	10	–	30	20	170	300	30	25	60	90	–	–	–
Encéphale	680	5	10	25	15	180	250	20	15	75	85	–	–	–
Rein [†]	550	15	–	15	20	170	180	25	15	55	60	–	–	–
Vessie	500	5	5	15	10	130	220	15	10	30	60	–	–	–
Col de l'utérus	390	10	5	25	10	70	170	15	10	30	50	–	–	–
Cavité buccale	370	5	5	10	5	95	150	10	5	25	55	–	–	–
Mélanome	300	–	–	15	5	50	140	10	10	25	50	–	–	–

– Moins de 3 décès

* Moyenne de 2000-2004 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total. Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

ANNEXE I : DONNÉES RÉELLES SUR LES NOUVEAUX CAS ET LES DÉCÈS

Tableau A6

Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2004*

	Décès pour 100 000													
	Canada†	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	212	230	232	246	229	239	203	218	205	194	185	269	238	326
Poumon†	61	62	70	75	76	82	53	56	49	50	49	104	71	180
Côlon et rectum	27	46	29	35	27	30	26	31	26	25	21	38	55	–
Prostate	23	30	39	24	22	20	23	28	34	25	22	–	–	–
Pancréas	10	9	9	12	14	11	10	11	10	9	10	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	8	5	5	11	6	8	9	9	9	7	8	–	–	–
Leucémie‡	8	6	9	9	5	8	8	8	10	7	8	–	–	–
Estomac	7	10	6	7	9	8	7	6	7	6	6	–	–	–
Vessie	7	5	6	7	7	7	7	8	6	6	7	–	–	–
Oesophage	7	4	8	9	7	5	7	7	5	6	7	–	–	–
Rein†	6	8	5	7	6	6	5	6	6	6	5	–	–	–
Encéphale	5	4	6	6	6	6	5	4	5	5	5	–	–	–
Cavité buccale	4	3	4	4	3	5	4	5	3	2	4	–	–	–
Myélome multiple‡	4	3	6	4	3	4	4	3	4	4	4	–	–	–
Mélanome	3	2	4	3	3	2	3	3	2	3	3	–	–	–
Foie†	3	2	2	2	1	3	3	2	1	3	3	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	147	146	158	163	139	154	145	159	138	143	138	180	196	435
Poumon†	36	31	37	42	36	41	33	39	34	34	36	45	52	249
Sein	23	19	24	21	20	24	24	28	22	20	21	29	30	–
Côlon et rectum	17	29	23	20	13	18	17	16	17	16	14	–	31	–
Pancréas	8	6	4	10	9	9	8	9	6	10	8	–	–	–
Ovaire	7	6	6	9	7	7	7	11	8	9	8	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	7	6	6	6	7	6	6	5	5	–	–	–
Leucémie‡	4	2	4	6	4	4	5	4	5	5	4	–	–	–
Encéphale	3	2	11	4	3	4	3	3	2	4	3	–	–	–
Corps de l'utérus	3	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	–	–	–
Estomac	3	8	3	4	3	3	4	3	3	3	3	–	–	–
Rein†	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	–	–	–
Vessie	2	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	–	–	–
Col de l'utérus	2	4	4	4	2	1	2	2	2	2	2	–	–	–
Cavité buccale	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	–	–	–
Mélanome	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	2	–	–	–

– Le taux de mortalité normalisé selon l'âge est établi à partir de moins de 3 cas par année.

* Moyenne de 2000-2004 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les taux sont ajustés selon la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

SOURCES DE DONNÉES**Données sur l'incidence : le Registre canadien du cancer (RCC)**

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans ce rapport portent sur la période de 1980 à 2006. Elles ont été obtenues du RCC (1992-2006)²¹, alors que les données concernant les années antérieures proviennent de son prédécesseur, le Système national de déclaration des cas de cancer, une base de données fixe axée sur les tumeurs répertoriant des cas pouvant remonter jusqu'à 1969.

- ◆ Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada des données devant être versées dans le RCC.
- ◆ Le RCC est une base de données axée sur les individus qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada.
- ◆ C'est la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada qui tient le RCC. Grâce au couplage interne des enregistrements, elle peut retracer les personnes dont la tumeur a été diagnostiquée dans plus d'une province ou d'un territoire et détecter les enregistrements en double. Elle apparie les données sur l'incidence aux données sur la mortalité, décrites ci-dessous, aux fins d'analyses de la survie et de la prévalence.
- ◆ Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la Classification internationale des maladies – Oncologie, troisième édition (CIM-O-3)⁴³.

Données sur la mortalité : la Base de données sur les décès – Statistique de l'état civil

Les données réelles sur la mortalité due au cancer portent sur la période de 1980 à 2004. Elles sont tirées de la Base de données sur les décès – Statistique de l'état civil⁴⁴.

- ◆ Les données sur les décès proviennent des registres de décès tenus par les directeurs provinciaux et territoriaux de l'état civil. Elles sont communiquées régulièrement à Statistique Canada en vue d'être versées dans la Base de données sur les décès.
- ◆ La base de données sur les décès comprend des renseignements sur le profil démographique et la cause du décès de tous les résidents décédés au Canada entre 1950 et 2004.
- ◆ Elle renferme aussi des données sur les résidents canadiens décédés dans certains États américains.
- ◆ La Base de données est tenue par la Division de la statistique de la santé, à Santé Canada.
- ◆ Les causes de décès sont classées selon la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)⁴⁵.
- ◆ Les décès par cancer sont les décès dont la cause initiale est attribuée à une forme quelconque de cancer par le médecin qui établit le certificat de décès.

Données sur la population : le Recensement du Canada

Les données estimatives sur la population pour le Canada, les provinces et les territoires proviennent des recensements quinquennaux réalisés entre 1976 et 2001.

- ◆ Les estimations intercensitaires établies par Statistique Canada ont été utilisées pour les années comprises entre ces recensements, et les estimations postcensitaires ont été utilisées pour la période de 2001 à 2007⁴⁶.
- ◆ Les projections démographiques utilisées pour 2008 et 2009 sont celles qui ont été établies par Statistique Canada et sont fondées sur des hypothèses de croissance moyenne (« scénario 3 »)³, ce qui comprend la croissance démographique naturelle, d'immigration et de migration interne prévue. Le scénario de la croissance moyenne repose sur des hypothèses de fécondité et d'immigration analogues aux tendances observées au cours des dernières années et d'une augmentation modérée de l'espérance de vie.
- ◆ Toutes les estimations démographiques incluent les résidents non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour au pays.

Tables de mortalité

Ces tables servent à calculer les taux de survie relative. Les tables de mortalité provinciales selon le sexe sont produites par Statistique Canada.

- ◆ On a fait appel aux données tirées des tables de mortalité de 1990-1992⁴⁷ pour le suivi des cas en 1992 et en 1993, aux données provenant des tables de mortalité de 1995-1997⁴⁸ pour le suivi des cas pour la période de 1994 à 1998 et aux données tirées des tables de mortalité de 2000-2002⁴⁹ pour le suivi des cas pendant la période de 1999 à 2004. Comme on ne disposait pas de tables de mortalité complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard ni pour les territoires, les proportions prévues de cas de survie pour cette province et les territoires ont été calculées à partir de tables abrégées pour le Canada, l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires au moyen d'une méthode proposée par Dickman et ses collaborateurs⁵⁰. Dans les cas où il n'était pas possible de procéder de cette manière (c.-à-d. à l'égard des territoires, de 1990 à 1992), on a utilisé les valeurs des tables de mortalité canadiennes complètes. La méthode de Dickman et ses collaborateurs a aussi été utilisée pour étendre de 85 à 99 ans l'ensemble des tables de mortalité provinciales pour 1990 à 1992.

MÉTHODOLOGIE

Définitions de cancer

- ◆ Les cancers sont généralement définis selon les catégories établies dans la CIM-O-3⁴³ pour l'incidence et la CIM-10 pour la mortalité, comme l'indique le tableau A9.
- ◆ Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Le tableau A7 fait état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de cette publication.
- ◆ En ce qui concerne la survie et la prévalence, les catégories utilisées sont celles qui figurent au tableau A9, sauf quelques légères exceptions :
 - Le terme « colorectal » ne comprend pas l'anus (CIM-O-3, code C21)

- Le « corps de l'utérus » ne comprend pas l'« utérus, sans autre indication » (CIM-O-3, code C55)
- L'« encéphale » ne comprend pas les autres localisations du système nerveux (CIM-O-3, codes C70, C72)
- ◆ En ce qui a trait aux *enfants âgés de 0 à 14 ans*, les cancers ont été classés et signalés selon la *troisième édition de l'International Classification of Childhood Cancer (ICCC-3)*.⁹ Ce système est celui qui convient le plus à la déclaration des cancers de l'enfant car il rend compte des principales différences qui existent entre les cancers qui surviennent chez les enfants et chez les adultes.
 - La catégorie des tumeurs « intracrâniennes et intramédullaires » comprend les tumeurs non malignes dans l'optique de la survie, mais pas aux fins de l'incidence et de la mortalité.
- ◆ En ce qui concerne les *adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans*, les cancers sont déclarés à l'aide d'un système de classification spécial qui combine l'ICCC-3 et la CIM-O-3. Ce système est décrit aux annexes W1 et W2 à : www.cancer.ca/statistiques.

Taux d'incidence et de mortalité

Après les avoir extraits des registres de mortalité ou d'incidence pertinents, nous avons classé les enregistrements provenant de chaque province ou territoire selon l'année du diagnostic ou du décès, le sexe, le groupe d'âge (0 à 4 ans, 5 à 9 ans, et ainsi de suite jusqu'à 80 à 84 ans et 85 ans et plus) et selon le siège ou le type de cancer.

- ◆ Nous avons calculé les taux pour chaque catégorie en divisant le nombre de cas ou de décès dans chaque catégorie (p. ex. province, année, groupe d'âge, etc.) par les chiffres de population pour la province ou le territoire correspondant. C'est à partir de ces chiffres qu'ont été calculés les taux normalisés selon l'âge et réalisées les estimations au-delà de l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données réelles.
- ◆ En ce qui concerne la section 3 : Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe, les taux selon l'âge sont calculés de la même manière pour des groupes d'âge plus étendus (0 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans et plus).
- ◆ *Les taux d'incidence (TINA) et de mortalité (TMNA) normalisés selon l'âge* ont été calculés à l'aide de la méthode directe qui consiste à pondérer les taux selon l'âge pour chaque groupe d'âge de cinq ans en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 (voir le *Glossaire*).

Estimation de l'incidence (nouveaux cas) et de la mortalité (décès) pour 2009

Nous avons eu recours à deux méthodes pour estimer les données relatives à l'incidence et à la mortalité : le modèle de Poisson et le calcul de la moyenne sur cinq ans.

Le modèle de Poisson

Le modèle de régression de Poisson est la principale méthode utilisée pour estimer le nombre de nouveaux cas ou de décès enregistrés en 2009 pour chaque siège ou type de cancer signalé dans le tableau 1.1 (sauf les nouveaux cas de cancer de la peau autre

que le mélanome, voir ci-dessous) selon le sexe. Ce modèle repose sur la prémisse que les nombres de cas annuels sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes, la valeur moyenne étant, dans chaque cas, égale au produit de la taille annuelle de la population et du taux annuel (réel).

- ◆ Un modèle de Poisson distinct est adapté à chaque province, à chaque sexe et à chaque siège ou type de cancer pour la période de 1986 à 2006 (1986 à 2005 dans le cas du Québec) en ce qui concerne l'incidence et pour la période de 1986 à 2004 en ce qui a trait à la mortalité. Pour ce qui est de l'*incidence du cancer de la prostate*, le modèle de régression a été appliqué à partir de 1991 plutôt qu'à compter de 1986, parce que la montée des taux d'incidence de ce cancer, associée à l'introduction du dosage de l'APS comme méthode de dépistage de la maladie à un stade précoce à la fin des années 1980, fait que les estimations fondées sur des tendances observées à plus long terme sont peu fiables.
- ◆ Tous les modèles prévoient un facteur à 18 niveaux pour l'âge (qui correspondent aux 18 groupes d'âge décrits plus haut) et l'inclusion des paramètres relatifs aux tendances a été déterminée au moyen de l'algorithme de sélection progressive disponible dans le logiciel S-plus 2000 (MathSoft Inc., 1999). Nous avons obtenu les estimations pour 2009 en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques selon le sexe, l'âge et la province pour la même année.
- ◆ Le modèle est aussi appliqué à l'incidence de « tous les cancers sauf le cancer de la prostate », ainsi qu'à l'incidence de « tous les cancers » chez les femmes et à la mortalité attribuable à « tous les cancers » chez les hommes et les femmes.
- ◆ Le modèle de Poisson n'est pas appliqué à l'égard des territoires en raison des petits nombres de cancers.

Calcul de la moyenne sur cinq ans

Le nombre estimatif de nouveaux cas et de décès en 2009 pour chaque siège ou type de cancer repose aussi sur le calcul de la moyenne des données des cinq années les plus récentes. Cette méthode est sans doute plus indiquée à l'égard des cancers où une modification de tendance a été observée récemment (auquel cas, les estimations faites à l'aide du modèle de Poisson, qui repose sur des tendances à plus long terme, laissent à désirer), ou lorsque les fréquences sont faibles, de sorte que les estimations fondées sur le modèle de Poisson sont instables.

- Nous avons calculé la moyenne des taux pour les cinq années les plus récentes pour chaque groupe d'âge, sexe, siège ou type de cancer et province. Nous avons obtenu les estimations en multipliant ces taux par les projections démographiques correspondantes.
- Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne n'est appliquée qu'à l'égard de « tous les cancers ».

Sélection des « meilleures » estimations

Nous avons comparé les estimations fondées sur les deux méthodes pour chaque sexe, siège ou type de cancer et région géographique (pour tous les âges combinés). Nous avons choisi la « meilleure » estimation dans chaque catégorie de concert avec les registres provinciaux et territoriaux du cancer, à la lumière des lignes directrices suivantes :

- ◆ L'estimation fondée sur le modèle de Poisson a généralement été privilégiée, surtout à l'égard des cancers où il existait déjà une tendance à long terme.
 - De telles tendances ont été relevées dans le cas des cancers de l'estomac, du larynx, du foie, du col de l'utérus, des testicules et de la thyroïde.
- ◆ Une estimation de la moyenne sur cinq ans a été utilisée pour les territoires et n'est déclarée que pour « tous les cancers » en raison des petits nombres.
- ◆ Nous avons calculé la valeur absolue de l'écart entre les taux normalisés selon l'âge obtenus à l'aide des deux méthodes et l'avons exprimée par rapport à l'estimation fondée sur la méthode de Poisson. Ainsi, si le taux estimé selon le modèle de Poisson était de 4,0 et le taux fondé sur la moyenne sur cinq ans était de 4,5, l'écart relatif serait de $(4 - 4,5)/4$, soit 12,5 %.
- ◆ Les provinces examinent de près les estimations de cas de cancers affichant un écart relatif supérieur à 10 % et un coefficient de variation du taux normalisé selon l'âge de 33 % ou moins. De tels cas peuvent révéler des écarts importants par rapport à la tendance à long terme.
- ◆ Les provinces ont été invitées à indiquer la méthode d'estimation qu'elles privilégiaient, en justifiant leur choix. Les arguments généralement invoqués étaient l'accès à des projections à l'interne, la connaissance des tendances locales ou l'accès à des données plus actuelles.
- ◆ Les estimations pour l'ensemble du Canada ont été obtenues en additionnant les chiffres applicables aux provinces et aux territoires.

Les tableaux A8.1 et A8.2 indiquent les types de cancer qui ont été signalés selon la méthode de la moyenne sur cinq ans pour 2009. Dans ces cas, les taux normalisés selon l'âge pour 2009, déclarés dans la présente publication, sont calculés à l'aide de données réelles des cinq années les plus récentes.

Tous les cancers combinés

Pour estimer l'incidence provinciale de « tous les cancers » chez les hommes, nous avons additionné les « meilleures » estimations de cancer de la prostate et l'estimation de « tous les cancers moins celui de la prostate », à l'aide du modèle de Poisson. En ce qui a trait à l'incidence et à la mortalité chez les femmes et à la mortalité chez les hommes, les estimations provinciales de « tous les cancers » sont celles qui sont fondées sur l'application du modèle à l'ensemble des cancers. Les estimations de « tous les cancers » dans les territoires sont basées sur le calcul de la moyenne sur cinq ans dans tous les cas.

Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome

Seules quelques provinces recueillent systématiquement des données sur l'incidence des carcinomes basocellulaire et squameux (généralement connus sous le nom de cancers de la peau autres que le mélanome). Le nombre de cancers de la peau autres que le mélanome pour l'ensemble du Canada selon le sexe a été calculé à l'aide de ces données.

- ◆ Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic de cancer de la peau autre que le mélanome. Le registre du cancer de la Colombie-Britannique a projeté jusqu'en 2009 les taux d'incidence selon l'âge et le sexe enregistrés au cours de 1973 à 1994

et en 2003, et ces chiffres ont été appliqués aux estimations prévues de la population canadienne pour obtenir une estimation du nombre de cas au Canada dans son ensemble.

- ◆ Les dénombrements de cas de cancer autre que le mélanome entre 1986 et 2005 selon l'année, le sexe et le groupe d'âge ont été fournis par les registres du cancer du Manitoba et du Nouveau-Brunswick. Les taux annuels pour chaque province et groupe d'âge (0 à 39 ans, 40 à 59 ans, 60 à 79 ans et 80 ans et plus) ont été soumis à une analyse de régression log-linéaire, et projetés jusqu'en 2009.
- ◆ On a calculé le nombre prévu de cas de cancer autre que le mélanome pour l'ensemble du Canada en multipliant les taux d'incidence prévus au Nouveau-Brunswick et au Manitoba par les estimations prévues de la population canadienne selon le sexe et l'âge pour 2009.
- ◆ Les nouveaux cas de cancer autre que le mélanome signalés pour l'ensemble du Canada correspondent à la moyenne des estimations faites par les registres de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick pour 2009.

Arrondissement aux fins de la déclaration

- ◆ Les estimations de l'incidence et de la mortalité présentées ici ont été arrondies comme suit : au nombre le plus près comportant le chiffre 5 pour les dénombrements de 0 à 99; à la dizaine près pour les dénombrements de 100 à 999, à la cinquantaine près pour les dénombrements de 1 000 à 1 999; et à la centaine près pour les dénombrements de 2 000 et plus.
- ◆ Les pourcentages et les taux normalisés et spécifiques selon l'âge ont été arrondis à la dizaine près sauf dans les tableaux 4 et 6 et les tableaux A4 et A6 de l'annexe où ils ont été arrondis au nombre entier le plus près en raison de contraintes d'espace.
- ◆ Les dénombrements/taux selon l'âge et selon le sexe sont combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tous ces écarts doivent toutefois se situer à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

Précision des estimations de 2009

On peut obtenir sur demande des estimations de la précision (erreurs-types, coefficients de variation et intervalles de confiance) des dénombrements et des taux relatifs à 2009 en s'adressant à la Division de la surveillance des maladies chroniques (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada). La précision d'une estimation dépend principalement du nombre de cas pour chaque combinaison siège ou type de cancer/sexe/province ou territoire.

Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence du cancer et de la mortalité par cancer

Nous avons calculé la variation annuelle en pourcentage (VAP) pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle linéaire fondé sur l'hypothèse que le taux de variation des taux annuels d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge est constant. Puis, nous avons de nouveau transformé la pente estimée au moyen de cet ajustement pour obtenir un pourcentage d'augmentation ou de diminution.

- ◆ Nous avons soumis les taux annuels normalisés selon l'âge au cours de la période de 1986 à 2005 (pour l'incidence) et la période de 1986 à 2004 (pour la mortalité) à un modèle de régression change-point afin de déterminer quelles sont les années où la VAP a changé de manière significative. Ces années sont appelées des « points de retournement ».
 - Pour déceler une tendance nouvelle, il fallait au moins cinq données simples (soit, des années) avant et après un point de retournement. Ainsi, le point de retournement le plus récent est 2001 pour l'incidence et 2000 pour la mortalité.
- ◆ Lorsque nous n'avons détecté aucun point de retournement au cours de la période de 1996 à 2005 (pour l'incidence) ou la période de 1995 à 2004 (pour la mortalité), nous avons calculé la VAP en appliquant à ces périodes un modèle ajusté, comme il est décrit ci-dessus. Le tableau 4.5 indique la VAP uniquement.
- ◆ Lorsque nous avons détecté un point de retournement au cours de ces décennies, nous avons appliqué un modèle linéaire aux années comprises entre le point de retournement et la dernière année pour laquelle on disposait de données. Le tableau 4.5 indique l'année du point de retournement et la VAP pour les années suivant le point de retournement.

Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir

Les probabilités ont été calculées d'après les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer, selon l'âge et le sexe, enregistrés au Canada en 2004, et d'après les taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 2002 à 2004. La méthodologie employée est celle de Zdeb⁵¹ et de Seidman et coll.⁵²

- ◆ La méthode utilisée pour déterminer la probabilité d'être atteint d'un cancer se fonde sur l'hypothèse que l'incidence du cancer observée pour différents groupes d'âge durant une période donnée sera toujours valable plus tard dans la vie des personnes. Toutefois, comme cette hypothèse pourrait ne pas se vérifier, les probabilités devraient être considérées uniquement comme des approximations.
- ◆ La probabilité de mourir du cancer correspond à la proportion de personnes emportées par le cancer dans une cohorte soumise aux conditions de mortalité qui existaient pour la population dans son ensemble en 2004. Nous avons calculé l'indicateur en déterminant la proportion de décès attribués aux différentes formes de cancer pour chaque sexe et groupe d'âge, en multipliant cette proportion par le nombre correspondant de décès tirés de la table de mortalité, en additionnant les nombres de décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge afin d'obtenir la probabilité de décès attribuable à chaque cause.

Survie relative

On détermine le rapport de survie relative à cinq ans en comparant la survie observée dans un groupe de personnes atteintes du cancer et la survie attendue chez les membres de la population générale qui ont le même profil : âge, sexe, province de résidence et période. Il est calculé sous forme de rapport et exprimé en pourcentage.

- ◆ Les décès survenus chez les cas de cancer ont été déterminés par le couplage des données du RCC et de la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès et à l'aide d'éléments d'information fournis par les registres provinciaux ou territoriaux du cancer. Lorsque les décès étaient déclarés par un registre provincial mais

n'étaient pas confirmés par le processus de couplage des données, nous avons présumé que la personne était décédée à la date indiquée par la province ou le territoire déclarants. Au moment de l'analyse, l'enregistrement des nouveaux cas et le suivi du statut vital s'étendaient jusqu'au 31 décembre 2004.

- ◆ Les estimations ne portent que sur la survie après le diagnostic de la première tumeur primaire. Afin d'identifier les personnes inscrites dans le RCC ayant reçu un diagnostic de cancer avant 1992, nous avons couplé les données du RCC avec celles de son prédécesseur, le SNDCC. Des renseignements supplémentaires du RCC sur les résidents de la province de l'Ontario sont également utilisés.
- ◆ Les enregistrements étaient exclus lorsque le diagnostic reposait uniquement sur le certificat de décès ou les résultats de l'autopsie.
- ◆ Les analyses de survie s'appuyaient sur un algorithme rédigé par Paul Dickman⁵³ qui a été légèrement adapté. Les proportions de la survie attendue ont été dérivées des tables complètes de mortalité provinciales selon le sexe produites par Statistique Canada, au moyen de la méthode Ederer II⁵⁴.
- ◆ Les analyses de survie ont été réalisées au moyen des méthodes d'analyse par période et d'analyse par cohorte¹⁷. La démarche fondée sur l'analyse par période permet d'obtenir des prévisions à jour de la survie au cancer⁵⁵. Lorsqu'on utilise cette méthode, les données de suivi ne sont pas rattachées à une cohorte de patients déterminée. Les estimations de la survie par période reposent sur l'hypothèse que la probabilité conditionnelle de survie des personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période étudiée sera celle qui a été observée le plus récemment. Lorsque la survie s'améliore de manière générale, une estimation fondée sur la période est généralement une prévision prudente de la survie que l'on observera.
- ◆ Afin de donner une idée du niveau d'incertitude statistique lié aux estimations de la survie, nous avons indiqué les intervalles de confiance par rapport aux erreurs-types calculées à l'aide de la méthode de Greenwood⁵⁶. En ce qui concerne les estimations de la survie observée, afin d'éviter les limites inférieures de moins de zéro et les limites supérieures de plus de un, qui sont peu vraisemblables, nous avons établi des intervalles de confiance asymétriques fondés sur la transformation log (-log). Nous avons obtenu les intervalles de confiance du rapport de survie relative en divisant les limites de la survie observée par la proportion correspondante de la survie attendue.
- ◆ Les estimations de la survie normalisées selon l'âge ont été obtenues au moyen de la méthode directe. Autrement dit, les estimations selon l'âge pour un cancer donné ont été pondérées en fonction de la répartition par âge des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 1992 et 2001. Nous avons établi les intervalles de confiance des rapports de survie relative normalisés selon l'âge en multipliant les limites supérieure et inférieure correspondantes de la survie observée normalisée selon l'âge par le rapport entre l'estimation ponctuelle de la survie relative normalisée selon l'âge et l'estimation ponctuelle de la survie observée normalisée selon l'âge.

Dans le cas des enfants et des jeunes (de 0 à 14 ans ou de 0 à 19 ans) ainsi que des adolescents et des jeunes adultes (de 15 à 29 ans), seule la survie observée est signalée puisque les estimations de la survie observée et de la survie relative sont essentiellement les mêmes.

Prévalence

La prévalence fondée sur le nombre de tumeurs est le principal type de prévalence dont fait état la présente publication. La prévalence durant une période de durée limitée (2, 5 et 10 ans) est déterminée selon le nombre de cancers diagnostiqués au cours des 2, 5 et 10 années précédentes parmi les personnes en vie le 1^{er} janvier 2005 (date de référence). Les méthodes employées pour établir les estimations aux fins du présent rapport diffèrent de celles utilisées dans les publications des années antérieures.

- ◆ La prévalence a été calculée directement, à l'aide de la méthode du dénombrement^{57,58}.
- ◆ Tous les cancers primaires infiltrants (y compris les cancers *in situ* de la vessie) chez les personnes en vie à la date de référence et ayant reçu un diagnostic au cours de la période visée précédant la date de référence ont été comptabilisés, tant les premiers cancers primaires que les cancers primaires subséquents.
 - Nous avons dû employer des méthodes différentes pour le Québec. Voir la section intitulée « *Questions liées aux données et à la méthodologie* ».
- ◆ Nous avons calculé la prévalence selon l'âge à partir de l'âge atteint à la date de référence.
- ◆ Nous avons établi la population ayant servi au calcul des taux de prévalence à la date de référence en calculant la moyenne des chiffres de population au milieu de 2004 et de 2005⁴⁶.
- ◆ La prévalence fondée sur le nombre de personnes et sur une période de 10 ans renvoie au nombre de personnes représentées par la prévalence du nombre de tumeurs sur une période de 10 ans.

Pour en savoir plus long, il suffit de consulter Ellison et Wilkins, 2009²⁰.

QUESTIONS LIÉES AUX DONNÉES ET À LA MÉTHODOLOGIE

Incidence

Bien que le Conseil canadien des registres du cancer et son Comité permanent de la qualité des données s'efforcent le plus possible d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes de déclaration des cas et le degré d'exhaustivité des données varient encore d'une région à l'autre du pays. Toutefois, l'uniformisation des méthodes de recherche des cas, y compris le couplage aux registres de mortalité provinciaux et territoriaux, a amélioré l'enregistrement des cas de cancer ainsi que la comparabilité des données aux quatre coins du pays. Malgré tout, certains problèmes demeurent :

- ◆ Les tumeurs bénignes et les cancers *in situ* ne sont pas systématiquement enregistrés ou signalés, sauf dans le cas des cancers *in situ* de la vessie. Tous les registres, sauf celui de l'*Ontario*, communiquent au RCC des données sur les cancers *in situ* de la vessie.
- ◆ Comme le *Québec* n'a pas encore fourni au RCC de données sur les cas de cancer diagnostiqués en 2006, l'année la plus récente pour laquelle des données existent est 2005.

- ◆ Comme l'*Ontario* n'a pas encore fourni au RCC de données sur les cas de cancer déterminés d'après le certificat de décès seulement (« certificat de décès seulement »), les chiffres ont été établis d'après les données de 2005.
- ◆ À *Terre-Neuve-et-Labrador*, le registre ne reçoit pas l'information sur tous les certificats de décès portant la mention cancer. Un tel état de choses peut entraîner une sous-estimation de l'incidence de certains cancers (puisque'il n'y aura aucun cas déterminé d'après un certificat de décès seulement) de sorte que le nombre de décès/les taux de mortalité peuvent dépasser le taux d'incidence au cours d'une année donnée, surtout lorsqu'il s'agit de cancers très mortels.
- ◆ Au *Québec*, les cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement n'ont, de façon générale, pas été signalés au RCC, sauf pour la période de 2000 à 2004. En outre, comme le registre dépend des données d'hôpitaux, le nombre de cas de certains cancers est sous-estimé, surtout lorsque les renseignements diagnostiques proviennent surtout des services d'anatomopathologie. La remarque vaut surtout pour le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie².
- ◆ Les cancers de la peau autres que le mélanome sont exclus parce que la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur ces cancers. Il est difficile d'enregistrer de manière exhaustive ces types de cancer, pourtant répandus, parce qu'ils peuvent être diagnostiqués et traités dans des cadres divers et sont très nombreux. C'est pourquoi les calculs fondés sur les trois registres qui rendent compte de ces cancers (voir la section sur l'estimation de l'« Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome ») sont vraisemblablement des sous-estimations.

Mortalité

Bien que les procédures d'enregistrement des décès et de détermination de leur cause soient normalisées tant à l'échelle nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui figure sur le certificat de décès est généralement moins précise que celle qu'obtiennent les registres du cancer dans les dossiers des hôpitaux et des services d'anatomopathologie.

- ◆ De nombreux légers changements ont été apportés aux définitions au fil des ans (voir, par exemple, le tableau A7), mais une modification importante mérite d'être signalée :
 - Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avons utilisé les codes 153 et 154 de la Classification internationale des maladies⁵⁹ (CIM-9) dans les versions du présent document publiées avant 2003, par souci d'uniformité avec les autres publications. Cependant, cette mesure donne une sous-estimation d'environ 10 % de la mortalité par cancer du côlon et du rectum, parce que la plupart des décès enregistrés sous le code 159.0 (tractus intestinal, partie non précisée) de la CIM-9 sont des cas de cancer colorectal. Depuis l'édition de 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les chiffres de la mortalité par cancer colorectal qui figurent dans le présent rapport ne peuvent être comparés directement avec ceux dont font état les rapports antérieurs à 2003.

Survie

- ◆ Les problèmes évoqués plus haut à l'égard de Terre-Neuve-et-Labrador peuvent aussi avoir pour effet de produire des estimations de la survie trop optimistes.
- ◆ Les analyses de la survie ne comprennent pas les données sur les cas diagnostiqués au Québec, entre autres parce que la méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer utilisée dans cette province diffère de celle utilisée dans les autres registres provinciaux du cancer⁶⁰ et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

Prévalence

- ◆ En raison de problèmes liés à la détermination du statut vital exact des cas diagnostiqués au Québec, les données de prévalence de cette province ont été obtenues indirectement. On a utilisé la probabilité de survie jusqu'à la date de référence pour déterminer de façon aléatoire le statut vital de chaque nouveau cas enregistré au Québec. Nous avons établi les probabilités de survie en nous fondant sur la proportion correspondante de la survie observée dans le reste du Canada, stratifiée selon le groupe d'âge (0 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans et plus), le sexe, le cancer et le mois du diagnostic.
- ◆ On ne possédait pas de données sur l'année de naissance de 105 cas. Parce que l'exclusion de ces cas de l'analyse aurait entraîné une sous-estimation de la prévalence selon l'âge, nous avons réparti les cas entre les groupes d'âge de manière aléatoire en nous fondant sur la répartition par sexe et par groupe d'âge des cas de cancer dont l'âge était connu en Ontario puisque presque tous les 105 cas ont été diagnostiqués dans cette province.

Tableau A7

Changements de définitions de cancers observés depuis 2004

Incidence du cancer	Mortalité par cancer	Définition en 2004	Changements survenus depuis 2004
Vessie		CIM-O-3, C67, à l'exclusion des cancers in situ	2006 : C67 comprend les cancers in situ sauf pour l'Ontario qui ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie.
Rein	Rein	CIM-O-3/CIM-10 C64-C66, C68	2008 : C64-C65
Poumon	Poumon	CIM-O-3/CIM-10 C33-C34	2006 : C34 2007 : C33-C34 2008 : C34
Ovaire	Ovaire	CIM-O-3/CIM-10 C56, C57.0-C57.4	2006 : C56
	Leucémie	CIM-10 C91-C95	2008 : C91-C95, C90.1
	Foie	CIM-10 C22	2006 : C22.0, C22.2-C22.9 2007 : C22.0, C22.2-C22.7
	Myélome multiple	CIM-10 C88, C90	2007 : C90 2008 : C90.0, C90.2
	Tous les autres cancers et cancers non précisés	CIM-10 C44, C46, C76-C80, C96.0-C96.2, C96.7-C96.9, C97	2007 : C88 ajouté.

Nota : Selon la CIM-O-3, les données sur l'incidence du cancer de la vessie, du rein, du poumon et des ovaires ne tiennent pas compte des types histologiques 9590-9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple), et 9050-9055 (mésothéliome).

Tableau A8.1

Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux d'incidence selon le siège ou le type de cancer et la province, 2009

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Tous les cancers										
Cavité buccale										
Oesophage									H	
Estomac										
Côlon et rectum										
Pancréas										
Larynx										
Mélanome				H, F			H		H, F	
Sein										
Col de l'utérus										
Corps de l'utérus										
Ovaire										
Prostate*								H		
Testicule										
Vessie								F		
Encéphale										
Thyroïde										
Maladie de Hodgkin					H					
Lymphomes non hodgkiniens		H	H	H, F						
Foie										
Trachée, bronches et poumon		F		F	F	F	F	F	F	
Rein				H			H			
Myélome multiple										
Leucémie										

H – Hommes, F – Femmes

* L'estimation fondée sur le modèle de régression de Poisson pour prédire l'incidence du cancer de la prostate était basée sur la période de 1991-2005/6, alors qu'elle était basée sur la période de 1986-2005/6 pour l'incidence des autres cancers.

Nota : L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson. Dans le cas des provinces, le modèle de Poisson a été fortement recommandé pour « Tous les cancers », le cancer de l'estomac, du larynx, du col de l'utérus, du testicule, de la thyroïde et du foie. Dans le cas des territoires (données non indiquées), la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

Tableau A8.2

Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux de mortalité selon le siège ou le type de cancer et la province, 2009

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Tous les cancers										
Cavité buccale					H					
Oesophage			H					H		
Estomac										
Côlon et rectum					F					
Pancréas					H					
Larynx				H						
Mélanome							H			
Sein										
Col de l'utérus										
Corps de l'utérus			F		F					
Ovaire										
Prostate*								H		
Testicule										
Vessie					F			F		
Encéphale										
Thyroïde										
Maladie de Hodgkin					H					
Lymphomes non hodgkiniens			H	H			H	F		
Foie										
Trachée, bronches et poumon		F	F	F			F		F	
Rein				F			H			
Myélome multiple										
Leucémie					H, F					

H – Hommes, F – Femmes

* L'estimation fondée sur le modèle de régression de Poisson pour prédire la mortalité par cancer de la prostate était basée sur la période de 1991-2005/6, alors qu'elle était basée sur la période de 1986-2005/6 pour l'incidence des autres cancers.

Nota : L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson. Dans le cas des provinces, le modèle de Poisson a été fortement recommandé pour « Tous les cancers », le cancer de l'estomac, du larynx, du col de l'utérus, du testicule, de la thyroïde et du foie. Dans le cas des territoires (données non indiquées), la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

Tableau A9
Définitions de cancer

Cancer	CIM-O-3 Type histologique* (Incidence)	CIM-10 (Mortalité)
Cavité buccale	C00-C14	C00-C14
Oesophage	C15	C15
Estomac	C16	C16
Colorectal	C18-C21,C26.0	C18-C21,C26.0
Foie	C22.0	C22.0, C22.2-C22.7
Pancréas	C25	C25
Larynx	C32	C32
Poumon	C34	C34
Mélanome	C44 (Type 8720-8790)	C43
Sein	C50	C50
Col de l'utérus	C53	C53
Corps de l'utérus	C54-C55	C54-C55
Ovaire	C56.9	C56
Prostate	C61.9	C61
Testicule	C62	C62
Vessie (y compris in situ)	C67	C67
Rein	C64.9, C65.9	C64-C65
Encéphale	C70-C72	C70-C72
Thyroïde	C73.9	C73
Maladie de Hodgkin*	Type 9650-9667	C81
Lymphomes non hodgkiniens*	Type 9590-9596,9670-9719, 9727-9729 Type 9823, tous les sièges sauf C42.0,.1,.4 Type 9827, tous les sièges sauf C42.0,.1,.4	C82-C85, C96.3
Myélome multiple*	Type 9731, 9732, 9734	C90.0, C90.2
Leucémie*	Type 9733, 9742, 9800-9801, 9805, 9820, 9826, 9831-9837, 9840, 9860-9861, 9863, 9866- 9867, 9870-9876, 9891, 9895- 9897, 9910, 9920, 9930-9931, 9940, 9945-9946, 9948, 9963-9964 Type 9823 et 9827, sièges C42.0,.1,.4	C91-C95, C90.1
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers sauf le cancer du poumon	C00-C97 sauf C34	C00-C97 sauf C34

Tableau A9 (suite)

Définitions de cancer

Cancer	CIM-O-3 Type histologique* (Incidence)	CIM-10 (Mortalité)
Tous les autres cancers et les cancers non précisés (groupés seulement dans les tableaux A1 et A2)	Type 9140,9740,9741,9750-9758, 9760-9769, 9950-9962, 9970-9989 C76.0-C76.8 (type 8000-9589) C80.9 (type 8000-9589) C42.0-C42.4 (type 8000-9589) C77.0-C77.9 (type 8000-9589) C44.0-C44.9 sauf type 8050-8084, 8090-8110,8720-8790,9590-9989	C26.1, C44, C46, C76-C80, C88, C96.0-.2, C96.7-.9, C97
Tous les cancers	Tous les cancers infiltrants	Tous les cancers infiltrants

* Les types histologiques 9590-9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple) et 9050-9055 (mésothéliomes) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges/types particuliers.

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies – Oncologie (2000)⁴³. Les chiffres concernent les cancers infiltrants, notamment le cancer in situ de la vessie, mais non les cancers de la peau autres que le mélanome.

ANNEXE III : SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

Au cours des dernières années, les sujets particuliers suivants ont été abordés :

- 2008** Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)
- 2007** Cancer du sein
- 2006** Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage
- 2005** Progrès dans la prévention du cancer : facteurs de risque modifiables
- 2004** Variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997
Répercussions économiques du cancer au Canada, 1998
- 2003** Lymphomes non hodgkiniens
- 2002** Incidence du cancer chez les jeunes adultes
Survie relative à cinq ans au Canada, 1992
- 2001** Cancer colorectal
- 2000** Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer
- 1999** Facteurs qui contribuent au fardeau que représentent l'incidence du cancer et de la mortalité qui y est associée
Nouveau système national de surveillance du cancer pour le Canada
- 1998** Comparaisons internationales
- 1997** Examen des statistiques sur le cancer pour une période de dix ans
- 1996** Cancer de la prostate
Coûts directs du cancer au Canada, 1993
Évaluation de la validité des estimations : 1987-1991
- 1995** Prévalence du cancer
Cancer colorectal
- 1993** Cancer du sein chez la femme
- 1991** Tabagisme et cancer du poumon
Cancer chez les Inuits et les Indiens
- 1990** Cancer du sein et des organes génitaux chez la femme – tendances récentes
Maladie de Hodgkin et cancer du testicule
Mortalité due au cancer par quintile de revenu
Fardeau économique de la maladie au Canada
Lutte contre le cancer
- 1989** Incidence du cancer et mortalité due au cancer : une comparaison internationale
- 1988** Consommation de tabac liée à l'usage de la cigarette et mortalité due au cancer du poumon
Mortalité due au cancer : une comparaison internationale

Âge	Âge de la personne ayant reçu un diagnostic de cancer (en années révolues) au moment du diagnostic ou du décès.
Province et territoire	Province ou territoire où la résidence permanente de la personne était située au moment du diagnostic ou du décès. Cette province ou ce territoire peut différer de la province ou du territoire où on a enregistré le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer, ou encore, où le traitement a été donné.
CIM-10	Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ⁴⁵ . Il s'agit d'un système général de classification des maladies et des causes de décès, dont le cancer.
CIM-O-3	Classification internationale des maladies – Oncologie – troisième édition ⁴³ . Il s'agit du système le plus actuel spécifiquement conçu pour la classification des tumeurs. Il repose sur la CIM-10, mais il renseigne aussi sur le point d'origine de la tumeur et sur son type morphologique.
ICCC-3	Troisième édition de l' <i>International Classification of Childhood Cancer</i> ⁹ . Ce système tient compte des différences importantes qui existent entre les types de cancer répandus chez les enfants et chez les adultes. Il est surtout utile pour la déclaration des cancers de l'enfant.
INCIDENCE ET MORTALITÉ	
Incidence (nouveaux cas)	Nombre de cas de cancer nouvellement diagnostiqués au cours d'une période donnée au sein d'une population précise. L'unité de déclaration de base est le cancer plutôt que la personne.
Mortalité (décès)	Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer qui surviennent au cours d'une période donnée au sein d'une population précise. Sont inclus les décès des cas de cancer diagnostiqués dans le passé ou des cas nouvellement diagnostiqués au cours de la période donnée et des cas de cancer diagnostiqués uniquement après le décès.
Taux d'incidence et de mortalité par âge	Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés dans un groupe d'âge précis (généralement de 5 ou 10 ans) au cours d'une année, divisé par le nombre de personnes incluses dans ce groupe d'âge au cours de cette année, multiplié par 100 000 et exprimé sous forme de taux pour 100 000 personnes enregistré pendant l'année. On a généralement recours à la normalisation selon l'âge lorsqu'on a affaire à des groupes d'âge plus étendus (p. ex. de 15 à 29 ans).

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA, TMNA)

Taux d'incidence ou de mortalité que l'on aurait relevé si la répartition par âge de la population étudiée avait été identique à celle de la population type (population canadienne de 1991). Il est calculé sous forme de moyenne pondérée des taux par âge (généralement par groupes d'âge de cinq ans) dans la population étudiée, le poids étant la proportion de la population type dans ce groupe d'âge. Le recours à cette mesure permet d'effectuer des comparaisons entre les provinces et territoires ou d'une période à l'autre, indépendamment des différences dans la répartition par âge, à condition que l'on utilise la même population type.

Variation annuelle en pourcentage (VAP)

Mesure servant à déterminer le taux de variation des taux d'incidence ou de mortalité au fil du temps, et fondée sur l'application d'un modèle linéaire aux taux annuels après transformation logarithmique. La méthode repose sur l'hypothèse que la variation des taux de cancer au cours de la période modélisée, sous forme de pourcentage du taux de l'année antérieure, est constante.

SURVIE

Proportion de survie observée (PSO)

Proportion de patients en vie au cours d'une période donnée (p. ex., cinq ans) après le diagnostic.

Rapport de survie relative (RSR)

Mesure des répercussions du cancer sur l'espérance de vie. Il s'agit d'une estimation du rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et la survie attendue chez les membres de la population générale, chez qui le cancer étudié semble pratiquement absent et qui présentent les mêmes facteurs influant sur la survie, mis à part le cancer, (p. ex., sexe, âge, lieu de résidence) que les personnes atteintes d'un cancer. Les estimations du rapport de survie relative peuvent dépasser 100 %, ce qui indique que la survie observée des personnes atteintes d'un cancer est meilleure que celle à laquelle on s'attend dans la population générale.

Rapport de survie relative normalisé selon l'âge

Estimation de la survie, tous âges confondus, que l'on aurait observée si la répartition par âge du groupe de personnes atteintes du cancer étudié avait été identique à celle de la population type (p. ex., tous les patients chez qui le cancer étudié a été diagnostiqué au Canada entre 1992 et 2001). La normalisation selon l'âge permet de comparer les RSR entre les provinces et les territoires ou d'une période à l'autre, indépendamment des différences dans la répartition par âge des cas de cancer.

AUTRES MESURES

Prévalence (durant une période de durée limitée) Mesure du fardeau que représente le cancer, une fois diagnostiqué, tant pour la personne touchée que pour le système de santé. La prévalence basée sur le nombre de tumeurs renvoie au nombre de cas de cancers diagnostiqués antérieurement dans une population donnée parmi les personnes en vie à une date donnée (date de référence). La prévalence durant une période limitée renvoie à la prévalence des cas diagnostiqués au cours d'un nombre donné d'années précédant la date de référence. La prévalence basée sur le nombre de personnes désigne le nombre de personnes représentées par le nombre de tumeurs.

Probabilité d'être atteint du cancer et d'en mourir Mesure du risque d'être atteint du cancer et d'en mourir. On calcule cette probabilité en appliquant les taux actuels d'incidence (dans le cas du risque de souffrir du cancer) ou de mortalité (dans le cas du risque de mourir du cancer) à une cohorte hypothétique de personnes exemptes de maladie ou en vie au début de la plage d'âge étudiée. Ainsi, la mesure repose sur l'hypothèse que les taux demeureront inchangés dans l'avenir.

Années potentielles de vie perdues (APVP) Mesure du raccourcissement de la vie en raison d'un décès prématuré dû au cancer. On calcule ce chiffre en multipliant le nombre de décès dans chaque groupe d'âge par l'espérance de vie des survivants. Les décès qui surviennent à un jeune âge comptent davantage que les décès qui se produisent à un âge plus avancé en raison de la longueur de l'espérance de vie.

Population type canadienne en 1991

Groupe d'âge	Population (par 100 000)
< 1	1 428,7
1-4	5 517,7
5-9	6 945,4
10-14	6 803,4
15-19	6 849,5
20-24	7 501,6
25-29	8 994,4
30-34	9 240,0
35-39	8 338,8
40-44	7 606,3
45-49	5 953,6
50-54	4 764,9
55-59	4 404,1
60-64	4 232,6
65-69	3 857,0
70-74	2 965,9
75-79	2 212,7
80-84	1 359,5
85+	1 023,7
TOTAL	100 000

Nota : La distribution de la population canadienne est fondée sur les estimations finales de la population canadienne au 1^{er} juillet 1991 après le recensement, rajustée pour le sous-dénombrement lors du recensement. La répartition par âge de la population a été pondérée et normalisée.

Source : Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada

1. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, Canada, 2008.
2. Brisson J, Major D, Pelletier E. *Évaluation de l'exhaustivité du fichier des tumeurs du Québec*. Institut national de la santé publique du Québec, 2003.
3. Statistique Canada. 2005. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*, n° 91-520-XIF-2005001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2005001-fra.htm>)
4. Duchesne, D. « Les personnes âgées au travail », *L'emploi et le revenu en perspective* (n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada), vol. 3, n° 5 (mai 2002).
5. Action Cancer Ontario. *Le cancer chez les jeunes adultes au Canada*, Toronto, Canada, 2006.
6. Jemal A, Thun MJ, Ries LAG, et al. *Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control*. J Natl Cancer Inst 2008;100:1672-1694.
7. Kent WD, Hall SF, Isotalo PA, Houlden RL, George RL, Groome PA. *Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease*. JAMC 2007;177:1357-1361.
8. Oeffinger KC, Eshelman DA, Tomlinson GE, Buchanan GR, Foster BM. *Grading of late effects in young adult survivors of childhood cancer followed in an ambulatory adult setting*. Cancer. 2000;88:1687-1695.
9. Steliarova-Foucher E, Stiller CA, Lacour B, Kaatsch P. *International classification of childhood cancer, third edition*. Cancer 2005;103:1457-1467.
10. Demers AA, Nugent Z, Mihalciou C, Wiseman MC, Kliewer EV. *Trends of non-melanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population*. J Am Acad Dermatol. 2005;53:320-328.
11. Du WB, Chia KS, Sankaranarayanan R, Sankila R, Seow A, Lee HP. *Population based survival analysis of colorectal cancer patients in Singapore, 1968-1992*. Int J Cancer 2002;99:460-465.
12. Dickman PW, Adami HO. *Interpreting trends in cancer patient survival*. J Int Med 2006; 260:103-117.
13. Black RJ, Sankaranarayanan R, Parkin DM. *Interpretation of population-based cancer survival data*. In: Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, (eds). *Cancer survival in developing countries*. IARC Scientific Publication no. 145. Lyon:International Agency for Research on Cancer, 1998.
14. Ederer F, Axtell LM, Cutler SJ. *The relative survival rate: a statistical methodology*. Natl Cancer Inst Monogr. 1961;6:101-121.
15. Merrill RM, Bird JS. *Effect of young age on prostate cancer survival: a population-based assessment (United States)*. Cancer Causes Control 2002; 13:435-443.
16. Brenner H, Arndt V. *Recent increase in cancer survival according to age: higher survival in all age groups but widening age gradient*. Cancer Causes Control 2004; 15:903-910.

17. Ellison, L.F. et L. Gibbons. « Survie au cancer — prévisions mises à jour d'après l'analyse par période », *Rapports sur la santé* (n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada), vol. 17, n° 2 (mai 2006), p. 21-34.
18. De Angelis R, Grande E, Inghelmann R et al. *Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010*. *Tumori* 2007; 93:392-397.
19. Micheli A, Mugno E, Krogh V, et al. *Cancer prevalence in European registry areas*. *Ann Oncol* 2002; 13:840-865.
20. Ellison LF, Wilkins K. *La prévalence du cancer dans la population canadienne*. *Rapports sur la santé*. 20(1), 2009, p. 7-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. Statistique Canada. 2008. *Incidence du cancer au Canada*, n° 82-231-X-2008001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-231-x/82-231-x2008001-fra.htm>)
22. Statistique Canada. 2008. *Statistiques sur la survie au cancer*, n° 82-226-X-2008001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-226-x/82-226-x2008001-fra.htm>)
23. Bleyer A, Barr R, Hayes-Lattin B, et al. *The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults*. *Nat Rev Cancer* 2008;8:288-298.
24. Barr RD, Holowaty EJ, Birch JM. *Classification schemes for tumors diagnosed in adolescents and young adults*. *Cancer* 2006;106:1425-1430.
25. Weir HK, Jim MA, Marrett LD, et al. *Cancer in American Indian and Alaska Native young adults (ages 20-44 years): US, 1999-2004*. *Cancer* 2008;1 13:1153-1167.
26. Bray F, Richiardi L, Ekblom A, Pukkala E, Cuninkova M, Møller H. *Trends in testicular cancer incidence and mortality in 22 European countries: continuing increases in incidence and declines in mortality*. *Int J Cancer* 2006;1 18:3099-3111.
27. Bleyer A, Viny A, Barr R. *Cancer in 15- to 29-year-olds by primary site*. *Oncologist* 2006; 11:590-601.
28. Gallagher RP, Spinelli JJ, Lee TK. *Tanning beds, sunlamps, and risk of cutaneous malignant melanoma*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14:562-566.
29. Comité canadien d'immunisation. *Recommandations relatives au Programme de vaccination contre le virus du papillome humain*, Ottawa, 2007.
30. Klein-Geltink J, Shaw AK, Morrison HI, Barr RD, Greenberg ML. *Use of paediatric versus adult oncology treatment centres by adolescents 15-19 years old: the Canadian Childhood Cancer Surveillance and Control Program*. *Eur J Cancer* 2005;41:404-410.
31. Bleyer A, Budd T, Montello M. *Adolescents and young adults with cancer: the scope of the problem and criticality of clinical trials*. *Cancer* 2006;107:1645-55.
32. Landier W, Bhatia S, Eshelman DA, et al. *Development of risk-based guidelines for pediatric cancer survivors: the Children 's Oncology Group Long-Term Follow-Up Guidelines from the Children 's Oncology Group Late Effects Committee and Nursing Discipline*. *J Clin Oncol* 2004;22:4979-4990.
33. Bleyer A. *Young adult oncology: the patients and their survival challenges*. *CA Cancer J Clin* 2007;57:242-255.

34. Zeltzer LK. *Cancer in adolescents and young adults psychosocial aspects. Long-term survivors.* Cancer 1993;71:3463-3468.
35. Soliman H, Agresta SV. *Current issues in adolescent and young adult cancer survivorship.* Cancer Control 2008;15:55-62.
36. Freyer DR, Kibrick-Lazear R. *In sickness and in health: transition of cancer-related care for older adolescents and young adults.* Cancer 2006; 107:1702-1709.
37. Oeffinger KC, McCabe MS. *Models for delivering survivorship care.* J Clin Oncol 2006;24:5117-5124.
38. Oeffinger K.C. et D.A. Eshelman. « Transitions Issues » dans C.L. Schwartz, W.L. Hobbie, L.S. Constine et K.S. Ruccione (éd.), *Survivors of Childhood and Adolescent Cancer*, Berlin, Springer-Verlag, 2005.
39. Bleyer A, O'Leary M, Barr R, Ries LAG (eds.): *Cancer epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER Incidence and Survival: 1975-2000.* National Cancer Institute, NIH Pub. No.06-5767. Bethesda, MD, 2006.
40. U.S. National Cancer Institute. *Closing the gap: research and care imperatives for adolescents and young adults with cancer.* August 2006.
41. Pentheroudakis G, Pavlidis N. *Juvenile cancer: improving care for adolescents and young adults within the frame of medical oncology.* Ann Oncol 2005;16:181-188.
42. Bleyer A, Morgan S, Barr R. *Proceedings of a workshop: bridging the gap in care and addressing participation in clinical trials.* Cancer 2006;107:1656-1658.
43. Fritz, A., A. Jack, D.M. Parkin, et al. (éd.). *Classification internationale des maladies pour l'oncologie*, 3^e édition, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.
44. Statistique Canada. 2007. *Causes de décès*, n° 84-208-XWF-2007001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-208-x/84-208-x2007001-fra.htm>)
45. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10^e révision, volumes 1 à 3, Genève, 1992.
46. Statistique Canada. 2008. *Compendium des estimations démographiques*, 2007, n° 91-213-SCB au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie.
47. Millar W.J. et P. David. *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992*, n° 84-537 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995.
48. Duchesne, D., P. Tully, B. Thomas et R. Bourbeau. *Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997*, n° 84-537-XIF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2002.
49. Statistique Canada. *Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 2000 à 2002*, n° 84-537-XIF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2006.
50. Dickman PW, Auvinen A, Voutilainen ET, Hakulinen T. *Measuring social class differences in cancer patient survival: Is it necessary to control for social class differences in general population mortality? A Finnish population-based study.* J Epidemiol Community Health 1998;52:727-734.

51. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
52. Seidman H, Silverberg BS, Bodden A. *Probabilities of eventually developing and dying of cancer. Risk among persons previously undiagnosed with cancer*. CA Cancer J Clin 1978;28:33-46.
53. Dickman PW. *Population-based cancer survival analysis*. (Disponible à : http://www.pauldickman.com/rsmode/sas_colon/ Consulté en janvier 2009).
54. Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates, methodological note 11, End Results Evaluation section*, National Cancer Institute, August 1959.
55. Ellison LF. *An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry*. Ann Epidemiol 2006; 16:191-196.
56. Greenwood M. *The Errors of Sampling of the Survivorship Table, Volume 33 of Reports on Public Health and Medical Subjects*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1926.
57. Feldman AR, Kessler L, Myers MH, Naughton MD. *The prevalence of cancer. Estimates based upon the Connecticut Tumor Registry*. N Engl J Med. 1986;315:1394-1397.
58. Gail MH, Kessler L, Midthune D, Scoopa S. *Two approaches for estimating disease prevalence from population-based registries of incidence and total mortality*. Biometrics. 1999;55:1137-1144.
59. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies, révision de 1975, volumes 1 et 2*, Genève, 1977-1978.
60. Ellison, L.F., L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada. « *Taux relatifs de survie à cinq ans — cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon* », *Rapports sur la santé* (n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada), vol. 13, n° 1 (2001), p. 25-38.
61. Le, N.D., L.D. Marrett, D.L. Robson, R.M. Semenciw, D. Turner et S.D. Walter. *Répartition géographique de l'incidence du Cancer au Canada*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995, n° de catalogue H49-6/1-1996.
62. Wu XC, McLaughlin CC, Lake A et al. (eds.). *Cancer in North America, 2000-2004*. Volume one: Incidence; volume two: Mortality. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. May 2007.
63. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. (eds.). *Cancer incidence in five continents, volume VIII*. Lyon: IARC Scientific Publication No. 155, International Agency for Research on Cancer, 2002.

Le lecteur peut obtenir des renseignements complémentaires sur la présente publication en consultant d'autres sources, notamment des rapports de registres provinciaux et territoriaux du cancer; *Incidence du cancer au Canada*²¹, *Statistiques sur la survie au cancer*²², et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada; *Maladies chroniques au Canada* et *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*⁶¹, de Santé Canada/l'Agence de la santé publique du Canada; une monographie collective intitulée *Cancer in North America, 2000-2004*⁶², de la North American Association of Central Cancer Registries et *Cancer Incidence in Five Continents*⁶³, du Centre international de recherche sur le cancer.

Pour obtenir de l'information générale relative aux statistiques sur le cancer ou à toute autre question liée au cancer (p. ex. prévention, dépistage, diagnostic, traitement et soins), il suffit de s'adresser au **Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer (SCC)** au numéro **1 888 939-3333**. Une liste des bureaux de la SCC (bureau national et bureaux de division) est fournie à la page 130. Les coordonnées de votre bureau local de la SCC figurent dans les pages blanches du bottin téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par l'**Institut de recherche de la Société canadienne du cancer**, communiquez avec le bureau national de la Société canadienne du cancer à l'adresse indiquée à la page 130.

Pour obtenir de l'information de l'Agence de la santé publique du Canada :

Pour obtenir des détails sur la méthodologie, communiquez avec la Division de la surveillance, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9. Tél. 613 952-5176; fax 613 941-2057.

Surveillance du cancer en direct est un outil interactif conçu pour être exploité à partir du Web et pour faciliter l'accès aux données relatives à la surveillance du cancer (voir l'adresse du site Web de l'Agence de la santé publique indiquée ci-dessous). Il permet à l'utilisateur de produire des données selon divers paramètres (p. ex., type de cancer, région géographique et période) et modes de présentation (p. ex., tableaux, graphiques et cartes).

Pour obtenir de l'information de Statistique Canada :

Des tableaux détaillés normalisés peuvent être consultés sur le site Web de Statistique Canada indiqué ci-dessous. On peut commander, moyennant certains frais, des tableaux sur mesure en s'adressant à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Service national de renseignements : 1 800 263-1136; Division de la statistique de la santé 613 952-5176. Des articles analytiques consacrés au cancer paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, publication trimestrielle, n° 82-003 au catalogue.

Pour obtenir de l'information des registres provinciaux et territoriaux du cancer :

Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents. (Voir les adresses, numéros de téléphone, numéros de télécopieur et sites Web aux pages 128 et 129.)

On peut obtenir les données contenues dans le présent document ainsi que d'autres renseignements sur les sites suivants

- ◆ Société canadienne du cancer
www.cancer.ca
- ◆ Agence de la santé publique du Canada
www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html (cliquer sur « Surveillance »)
- ◆ Statistique Canada
www.statcan.gc.ca (cliquer sur « Publications », effectuer la recherche à l'aide du terme « cancer »)

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

Personnes-ressources aux niveaux fédéral et provincial/territorial

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

M^{me} Sharon Smith
Directrice, Cancer Care Program
Eastern Health
Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre
300 Prince Philip Drive
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3V6
Tél. : 709 777-6521
Fax : 709 753-0927
www.easternhealth.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

D^{re} Dagny E. Dryer
Directrice
PEI Cancer Registry
PEI Cancer Treatment Centre
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. : 902 894-2167
Fax : 902 894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

M^{me} Maureen MacIntyre
Directrice
Surveillance and Epidemiology Unit
Cancer Care Nova Scotia
1276 South Park Street
Bethune Building, Room 569
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9
Tél. : 902 473-5172
Fax : 902 473-4425
www.cancercare.ns.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

D^r S. Eshwar Kumar / D^r Réjean Savoie
Co-Chief Executive Officers
New Brunswick Cancer Network
PO Box 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 6G3
Tél. : (506) 453-5521
Fax : (506) 453-5522
<http://www.gnb.ca/0051/cancer/index-e.asp>

QUÉBEC

Monsieur Michel Beaupré
Fichier des tumeurs du Québec
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Direction générale de la santé publique
1075, Chemin Ste-Foy, 11^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : 418 266-6739
Fax : 418 266-4609
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>

ONTARIO

M^{me} Kamini Milnes
Directrice, Informatique appliquée
au cancer
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. : (416) 217-1260
Fax : (416) 217-1304
www.cancercare.on.ca

MANITOBA

Gail Noonan
Directrice
Manitoba Cancer Registry
CancerCare Manitoba
675, avenue McDermot, pièce ON2114
Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9
Tél. : (204) 787-2157
Fax : (204) 786-0628
www.cancercare.mb.ca

SASKATCHEWAN

Heather Stuart
Directrice provinciale, Cancer Registry
Saskatchewan Cancer Agency
Parliament Place
400-2631 28th Avenue
Regina (Saskatchewan) S4S 6X3
Tél. : 306 359-5883
Fax : 306 359-5604
www.saskcancer.ca

ALBERTA

M^{me} Carol Russell
Directrice provinciale
Alberta Cancer Registry
Division of Population Health
Cross Cancer Institute
11560 University Avenue
Edmonton (Alberta) T6G 1Z2
Tél. : 780 432-8781
Fax : 780 432-8659
www.cancerboard.ab.ca

YUKON

M^{me} Sherri Wright
Directrice, Insured Health Services
Yukon Cancer Registry
Health Services Branch
Gouvernement du Yukon
Box 2703 (H-2)
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Tél. : 867 667-5202
Fax : 867 393-6486

COLOMBIE-BRITANNIQUE

M^{me} Sharon Tamaro
Directrice scientifique, BC Cancer
Registry
BC Cancer Agency
Cancer Control Research Unit
675 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 1L3
Tél. : 604 675-8070
Fax : 604 675-8180
www.bccancer.bc.ca

NUNAVUT

D^r Issac Sobol
Directeur du registre
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Tél. : 867 975-5774
Fax : 867 975-5755

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

D^r André Corriveau
Médecin hygiéniste en chef et registraire
Registres des maladies Ministère de la
Santé et des Services sociaux
Gouvernement des T.N.-O.
Box 1320, 5022 49th Street
Centre Square Tower, 6th Floor
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2L9
Tel: (867) 920-8646
Fax: (867) 873-0442
www.gov.nt.ca

STATISTIQUE CANADA

M^{me} Julie McAuley
Directrice
Division de la statistique de la santé
Immeuble principal, pièce 2200
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
Tél. : 613 951-8571
Fax : 613 951-0792

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

Bureau national

10, avenue Alcorn, bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : 416 961-7223
Fax : 416 961-4189
Courriel : ccs@cancer.ca

Pour en savoir plus sur le cancer :
info@cis.cancer.ca
1 888 939-3333

Division de l'Alberta et des T.N.-O.

325 Manning Rd. N.E., Suite 200
Calgary (Alberta) T2E 2P5
Tél. : 403 205-3966
Fax : 403 205-3979
Courriel : info@cancer.ab.ca

**Division de la Colombie-Britannique
et du Yukon**

565 West 10th Avenue
Vancouver (C.-B.) V5Z 4J4
Tél. : 604 872-4400
Fax : 604 879-4113
Courriel : inquiries@bc.cancer.ca

Division du Manitoba

193 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B7
Tél. : 204 774-7483
Fax : 204 774-7500
Courriel : info.wpg@mb.cancer.ca

Division du Nouveau-Brunswick

P.O. Box 2089
133 Prince William Street, Suite 201
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2L 3T5
Tél. : 506 634-6272
Fax : 506 634-3808
Courriel : ccsnb@nb.cancer.ca

**Division de Terre-Neuve-et-
Labrador**

P.O. Box 8921
136 Crosbie Road
2nd Floor, Viking Building
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3R9
Tél. : 709 753-6520
Fax : 709 753-9314
Courriel : ccs@nl.cancer.ca

Division de la Nouvelle-Écosse

5826 South Street, Suite 1
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1S6
Tél. : 902 423-6183
Fax : 902 429-6563
Courriel : ccs.ns@ns.cancer.ca

Division de l'Ontario

55 St. Clair Avenue West, Suite 500
Toronto (Ontario) M4V 2Y7
Tél. : 416 488-5400
Fax : 416 488-2872
Courriel : webmaster@ontario.cancer.ca

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

1 Rochford Street, Suite 1
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 9L2
Tél. : 902 566-4007
Fax : 902 628-8281
Courriel : info@pei.cancer.ca

Division du Québec

5151, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9
Tél. : 514 255-5151
Fax : 514 255-2808
Courriel : webmestre@quebec.cancer.ca

Division de la Saskatchewan

1910 McIntyre Street
Regina (Saskatchewan) S4P 2R3
Tél. : 306 790-5822
Fax : 306 569-2133
Courriel : ccssk@sk.cancer.ca

Vous pouvez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires concernant le contenu du présent rapport nous serviront à préparer les éditions futures. Pour nous aider dans notre planification, vous pouvez remplir le présent formulaire et nous le retourner, d'ici le 31 août 2009, à l'adresse suivante:

Statistiques canadiennes sur le cancer
Bureau national de la Société canadienne du cancer
10, avenue Alcorn, bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1

Toutefois, c'est avec plaisir que nous examinerons vos réponses au formulaire même si elles nous parviennent après cette date. Vous pouvez aussi trouver le formulaire d'évaluation et le bon de commande à www.cancer.ca/statistiques.

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*.

	Pas utile	Un peu utile	Très utile
Faits saillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence du cancer et mortalité par cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité selon la province	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances de l'incidence et de la mortalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence, mortalité et survie chez les enfants (de 0 à 14 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Survie relative à cinq ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévalence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet particulier			
Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Quelles figures et quels tableaux vous ont semblé les plus utiles?

3. Quelles figures et quels tableaux vous ont semblé les moins utiles?

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

4. Quel sujet particulier aimeriez-vous voir traité dans les prochaines éditions?

5. Avez-vous d'autres suggestions pour accroître l'utilité de la présente publication?



**Veillez me faire parvenir la prochaine édition de ce rapport (édition de l'an 2010).
En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : _____

Titre : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Image de couverture :

Les Boley ont perdu leur fille aînée, Jodi, d'un cancer alors qu'elle avait sept ans. La disparition de l'enfant, bien qu'insupportable, semble, toutefois, avoir donné de la force à la famille. Cette photo a été prise le jour où toute la famille s'est rasé la tête en signe d'appui à l'organisme *Cops for Cancer*.

Photographe : John Fearnall ©, PhotoSensitive

Des questions sur le cancer?

Pour en savoir plus sur le cancer, appelez le *Service d'information sur le cancer* de la Société canadienne du cancer

1888 939-3333 DU LUNDI AU VENDREDI, 9 H À 18 H

DISTRIBUÉ PAR



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society



113-250