



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society



Institut national
du cancer
du Canada

National
Cancer Institute
of Canada



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Statistiques canadiennes sur le cancer 2006

www.cancer.ca

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



Membres du comité directeur

John R. McLaughlin (président), PhD

Division d'oncologie préventive, Action Cancer Ontario, et Prosserman Centre for Health Research, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, MD, FRCPC

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

Heather Logan, RN, BScN, MHSc, CHE

Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada, Toronto (Ontario)

Yang Mao, PhD

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

Lorraine Marrett, PhD

Division d'oncologie préventive, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario)

Howard Morrison, PhD

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

Brent Schacter, MD, FRCPC

Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer et Action Cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Ghislaine Villeneuve, MAP

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

Soutien analytique et statistique

Chris Waters, BSc (Stats)

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

Robert Semenciw, MSc

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de 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 :

« Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada : **Statistiques canadiennes sur le cancer 2006**, Toronto, Canada, 2006 ».

Avril 2006, ISSN 0835-2976

Le présent rapport peut être consulté sur Internet aux adresses <http://www.cancer.ca> et <http://www.ncic.cancer.ca>

Pour obtenir d'autres exemplaires, s'adresser à une des divisions de la Société canadienne du cancer ou 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.

REMERCIEMENTS

La présente monographie est l'œuvre d'un comité directeur de l'Institut national du cancer du Canada et de la Société canadienne du cancer. Le Comité directeur est formé de représentants de l'Institut national du cancer du Canada, de la Société canadienne du cancer, de l'Agence de santé publique du Canada, de Statistique Canada, du Conseil canadien des registres du cancer, de l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ainsi que de chercheurs des universités et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer.

La production et la distribution de la monographie sont le fruit de l'effort collectif des personnes et organismes suivants :

- ◆ Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ont fourni et examiné les données sur l'incidence du cancer qui ont servi à produire les statistiques présentées ici. Le Comité tient à souligner la contribution indispensable du personnel des registres.
- ◆ La Division de la surveillance du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) de l'Agence de santé publique du Canada a établi les estimations, les tendances et les projections. Les figures et les tableaux de toutes les sections du document ont été mises à jour par Bob McRae. On lui doit aussi d'autres analyses, notamment les probabilités d'être atteint du cancer et d'en mourir, les calculs de décès prématurés, de même que le rôle des facteurs de risque de cancer.
- ◆ Christina Bancej et Jay Onysko de l'Agence de santé publique du Canada ont collaboré à la section de cette année portant sur un sujet particulier, à savoir le dépistage du cancer dans la population.
- ◆ La Division de la statistique de la santé de Statistique Canada a fourni les données utilisées dans les tableaux, les figures et plusieurs sections du texte. La contribution de Larry Ellison à la section sur la survie mérite particulièrement d'être soulignée.
- ◆ La Section des publications scientifiques et services multimédias, Direction de l'intégration opérationnelle et des services d'information, Agence de santé publique du Canada, a été chargée de la coordination de la traduction française.
- ◆ Michel Beupré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Ghislaine Villeneuve, de Statistique Canada, ont revu la version française.
- ◆ La B.C. Cancer Agency, Action Cancer Manitoba et le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick ont fourni des estimations concernant le cancer de la peau autre que le mélanome.
- ◆ L'Institut national du cancer du Canada et la Société canadienne du cancer ont fourni le soutien administratif pour la production, l'impression et la distribution du présent rapport. Nous remercions particulièrement Mme Monica Dixon pour sa contribution.
- ◆ La Société canadienne du cancer distribue la monographie.
- ◆ L'Institut national du cancer du Canada finance les travaux du Comité directeur et la publication de la monographie grâce à des dons de charité recueillis par les bénévoles de la Société canadienne du cancer.

| | Page |
|---|------|
| Pour en savoir plus sur le cancer | 7 |
| Introduction | 13 |
| Faits saillants | 15 |
| Incidence et mortalité actuelles | 18 |
| Répartition géographique du cancer | 24 |
| Tendances de l'incidence et de la mortalité | 33 |
| Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe | 55 |
| Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir | 61 |
| Années potentielles de vie perdues à cause du cancer | 64 |
| Prévalence | 67 |
| Survie relative à cinq ans, 1995-1997 | 70 |
| Cancer chez les enfants et les jeunes | 76 |
| Sujet particulier : | |
| ◆ Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage | 80 |
| Glossaire | 96 |
| Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès | 101 |
| Annexe II : Méthodologie | 109 |
| Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années | 119 |
| Références | 120 |
| Bon de commande et formulaire d'évaluation | 123 |
| | |
| Tableaux | |
| 1. Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2006 | 21 |
| 2. Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2006 | 27 |
| 3. Nombre estimatif de nouveaux cas pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006 | 28 |
| 4. Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006 | 29 |
| 5. Nombre estimatif de décès pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006 | 30 |
| 6. Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006 | 31 |

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----|--|----|
| 7.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006 | 46 |
| 7.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006 | 47 |
| 8.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006 | 48 |
| 8.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006 | 49 |
| 9. | Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1992-2001) et de mortalité (1993-2002) normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada | 51 |
| 10. | Répartition de tous les sièges et types de cancer combinés, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2006 | 57 |
| 11. | Répartition de certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2006 | 58 |
| 12. | Probabilité à vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, selon l'âge, et probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, Canada | 63 |
| 13. | Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 2002 | 66 |
| 14. | Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 2001 | 69 |
| 15. | Rapport de survie relative (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le siège ou type de cancer et selon le sexe, Canada à l'exclusion du Québec, cas diagnostiqués entre 1995 et 1997 | 73 |
| 16. | Rapport de survie relative normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le sexe et la province pour certains sièges ou types de cancer, cas diagnostiqués entre 1995 et 1997 | 74 |
| 17. | Rapport de survie relative (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le groupe d'âge et pour certains sièges ou types de cancer, diagnostiqués entre 1995 et 1997, Canada à l'exclusion du Québec | 75 |
| 18. | Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour divers types histologiques chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada, 1997-2001 | 78 |
| 19. | Recommandations fondées sur les preuves pour le dépistage du cancer dans la population | 90 |

Figures

| | | |
|-----|---|----|
| 1.1 | Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 2006 | 22 |
| 1.2 | Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 2006 | 23 |
| 2.1 | Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1977-2006 | 38 |

| | | |
|------|--|----|
| 2.2 | Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1977-2006 | 39 |
| 3.1 | Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1977-2006 | 40 |
| 3.2 | Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1977-2006 | 41 |
| 4.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006 | 42 |
| 4.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006 | 43 |
| 5.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006 | 44 |
| 5.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006 | 45 |
| 6.1 | Variation en pourcentage du fardeau (nombre total de cas) et du risque de cancer (taux d'incidence normalisés selon l'âge) pour certains sièges ou types de cancer, Canada, décennie de 1992-2001 | 52 |
| 6.2 | Variation en pourcentage du fardeau de la mortalité (nombre total de décès) et du risque de décès par cancer (taux de mortalité normalisés selon l'âge) pour certains sièges ou types de cancer, Canada, décennie de 1993-2002 | 53 |
| 7. | Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1977-2006 | 54 |
| 8. | Taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2001 | 59 |
| 9. | Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par grand groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1977-2006 | 60 |
| 10. | Causes choisies d'années potentielles de vie perdues (APVP), Canada, 2002 | 65 |
| 11. | Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP) chez les enfants de 0 à 19 ans, Canada, 2002 | 79 |
| 12.1 | Dépistage du cancer du col de l'utérus : pourcentage de femme de 18 à 69 ans déclarant avoir subi un test de Pap au cours des trois dernières années, selon la province ou le territoire, 2003 | 91 |
| 12.2 | Dépistage du cancer du sein : pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui participent à un programme organisé, selon la province ou le territoire, de 1997-1998 à 2001-2002 | 92 |
| 12.3 | Dépistage du cancer du sein : pourcentage de femmes de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, selon la province ou le territoire, 2000-2001 et 2003 | 92 |

| | | |
|------|--|----|
| 12.4 | Dépistage du cancer colorectal : pourcentage d'hommes et de femmes de 50 ans et plus déclarant avoir fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années précédentes, selon la province (C.-B., T.-N.-L.) ou dans certaines régions (à l'intérieur de la Sask., Ont.), 2003 | 93 |
| 12.5 | Dépistage du cancer de la prostate : pourcentage d'hommes de 40 ans et plus déclarant avoir subi un dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) au cours des 12 mois précédents, selon la province ou le territoire (C.-B., N.-B., T.-N.-L., Nt) ou dans certaines régions (Sask., Ont.), 2003 | 94 |
| 12.6 | Dépistage du cancer de la prostate : pourcentage d'hommes de 40 ans et plus déclarant avoir subi un dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) au cours des 12 mois précédents, par groupe d'âge, 2003 | 95 |

Tableaux de l'Annexe I

| | | |
|-----|---|-----|
| A1. | Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2001 | 102 |
| A2. | Données réelles sur les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2002 | 103 |
| A3. | Données réelles sur l'incidence des sièges et types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada | 104 |
| A4. | Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada | 105 |
| A5. | Données réelles sur la mortalité pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2002 | 106 |
| A6. | Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2002 | 107 |

Pour obtenir des renseignements généraux concernant les statistiques sur le cancer ou d'autres aspects de cette maladie (comme la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins), communiquez avec le **Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer (SCC) au 1 888 939-3333**. La liste des bureaux national et régionaux de la SCC figure à la page 11. Le bureau de la SCC de votre région figure dans les pages blanches de l'annuaire téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par l'**Institut national du cancer du Canada (INCC)** grâce à des fonds fournis par la SCC et par la Fondation Terry Fox, communiquez avec l'INCC à l'adresse indiquée à la page 11.

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

Pour obtenir des détails sur la méthodologie, communiquez avec la Division de la surveillance, Agence de santé publique du Canada, 120, chemin Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9. Tél. (613) 952-3335; 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. Il permet à l'utilisateur de produire des données selon une sélection de paramètres : siège du cancer, région géographique et période, et modes de présentation, (p. ex., tableaux, graphiques et cartes). Voir l'adresse du site Web de l'Agence de santé publique du Canada indiquée ci-dessous.

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) 951-1746. 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 pages 9 et 10 pour les adresses, numéros de téléphone, numéros de télécopieur et sites Web.)

Les données contenues dans le présent document sont affichées sur le site Web de la SCC ou de l'INCC à (<http://www.cancer.ca>) ou à (<http://www.ncic.cancer.ca>). On peut obtenir d'autres renseignements sur les sites suivants :

- ◆ Société canadienne du cancer (SCC)
<http://www.cancer.ca>
- ◆ Institut national du cancer du Canada (INCC)
<http://www.ncic.cancer.ca>
- ◆ Agence de santé publique du Canada
http://www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html (cliquer sur « Surveillance »)
- ◆ Statistique Canada
http://www.statcan.ca/francais/freepub/84-601-XIF/free_f.htm
- ◆ Stratégie canadienne de lutte contre le cancer
<http://www.cancercontrol.org>
- ◆ Association canadienne des agences provinciales du cancer (CAPCA)
<http://www.capca.ca>
- ◆ Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/prccc-relccc/index_f.html

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

Personnes-ressources aux niveaux fédéral et provincial/territorial

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

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) 777-7588
Fax : (709) 753-0927
www.nctrf.nf.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Dagny E. Dryer
Directeur
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

Maureen MacIntyre
Directrice
Surveillance and Epidemiology Unit
Cancer Care Nova Scotia
Bethune Building, Room 571
1278 Tower Road
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9
Tél. : (902) 473-5172
Fax : (902) 473-4425
www.cancercare.ns.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

Christofer Balram
Épidémiologiste provincial
Directeur du Service provincial
d'épidémiologie
Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 5100
520, rue King, 2^e étage, Place Carleton
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Tél. : (506) 453-3092
Fax : (506) 456-2780

QUÉBEC

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^{ième} étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 266-6739
Fax : (418) 266-4609
www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/tumeurs.html

ONTARIO

Kamini Milnes
Directrice, Informatique
Action Cancer Ontario
620, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. : (416) 217-1260
Fax : (416) 217-1304
www.cancercare.on.ca

MANITOBA

Jeri Kostyra
Directrice
Cancer Registry
CancerCare Manitoba
675, avenue McDermot
Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9
Tél. : (204) 787-2174
Fax : (204) 786-0628
www.cancercare.mb.ca

SASKATCHEWAN

Heather Stuart
Directrice, Cancer Registry
Saskatchewan Cancer Agency
Allan Blair Cancer Centre
4101 Dewdney Avenue
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1
Tél. : (306) 766-2695
Fax : (306) 766-2179
www.scf.sk.ca

ALBERTA

Heather Bryant
Directrice
Population and Health Information
Alberta Cancer Board
1331 29th Street North West
Calgary (Alberta) T2N 4N2
Tél. : (403) 521-3901
Fax : (403) 270-3898
www.cancerboard.ab.ca

YUKON

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

Mary McBride
Directrice, Cancer Registry
BC Cancer Agency
Cancer Control Research Program
600 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4E6
Tél. : (604) 707-5925
Fax : (604) 877-1868
www.bccancer.bc.ca

NUNAVUT

Sylvia Healy
Directrice du registre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqualuit (Nunavut) X0A 0H0
Tél. : (867) 975-5700
Fax : (867) 975-5780

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

STATISTIQUE CANADA

Julie McAuley
Directrice
Division de la statistique de la santé
Pièce 2200, Immeuble principal
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0T6
Tél. : (613) 951-8571
Fax : (613) 951-0792
www.statcan.ca

**INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA ET SOCIÉTÉ
CANADIENNE DU CANCER**

Bureau national

Société canadienne du cancer et
Institut national du cancer du Canada
10, avenue Alcorn, bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : (416) 961-7223
Fax : (416) 961-4189
www.cancer.ca et
www.ncic.cancer.ca

Division de Terre-Neuve-et-Labrador

Société canadienne du cancer
Viking Building, 2^e étage
P.O. Box 8921
136 Crosbie Road
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3K3
Tél. : (709) 753-6520
Fax : (709) 753-9314

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

Société canadienne du cancer
1 Rochford Street, Suite #1
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 9L2
Tél. : (902) 566-4007
Fax : (902) 628-8281

Division de la Nouvelle-Écosse

Société canadienne du cancer
5826 South Street, Suite 1
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1S6
Tél. : (902) 423-6183
Fax : (902) 429-6563

Division du Nouveau-Brunswick

Société canadienne du cancer
133 Prince William Street
P.O. Box 2089
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2L 3T5
Tél. : (506) 634-6272
Fax : (506) 634-3808

Division du Québec

Maison de la Société canadienne du cancer
5151, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9
Tél. : (514) 255-5151
Fax : (514) 255-2808

Division de l'Ontario

Société canadienne du cancer
1639, rue Yonge
Toronto (Ontario) M4T 2W6
Tél. : (416) 488-5400
Fax. (416) 488-2872

Division du Manitoba

Société canadienne du cancer
193 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B7
Tél. : (204) 774-7483
Fax : (204) 774-7500

Division de la Saskatchewan

Société canadienne du cancer
1910 McIntyre Street
Regina (Saskatchewan) S4P 2R3
Tél. : (306) 790-5822
Fax : (306) 569-2133

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

Société canadienne du cancer
#200, 2424-4th Street S.W.
Calgary (Alberta) T2S 2T4
Tél. : (403) 228-4487
Fax : (403) 228-4506

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

Société canadienne du cancer
565 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4J4
Tél. : (604) 872-4400
Fax : (604) 879-4533

La présente monographie est publiée par la Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada en collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada, Statistique Canada, les registres provinciaux et territoriaux du cancer, l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ainsi que des chercheurs d'universités et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer. Elle s'inscrit dans une série annuelle, qui est publiée depuis 1987.

La monographie vise avant tout à fournir aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux organismes décisionnaires des renseignements détaillés sur l'incidence des types de cancer les plus courants et sur la mortalité associée à ces derniers selon l'âge, le sexe, la période et la province ou le territoire. À partir de 2006, une nouvelle section intitulée « Survie relative à cinq ans » sera intégrée de façon régulière dans la publication. Nous espérons que ces données susciteront de nouveaux travaux de recherche et faciliteront la prise de décisions et l'établissement de priorités aux niveaux individuel, communautaire, provincial/territorial et national. La monographie est également consultée par les éducateurs, les médias et les membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Les statistiques présentées dans la monographie se rapportent à tous les types de cancer, définis selon la classification normalisée en usage dans le monde entier. À l'exemple des registres du cancer, nous avons exclu des statistiques les données concernant les carcinomes basocellulaires et les carcinomes squameux de la peau. Sont également exclus les carcinomes in situ (sauf pour le cancer de la vessie) et les tumeurs bénignes. Le *Glossaire* contient des renseignements sur la classification des sièges ou types de cancer ainsi que la définition de certains termes techniques.

L'*Annexe II : Méthodologie* renferme des détails concernant les méthodes statistiques, les sources de données et la terminologie utilisées pour établir les projections. **Il importe de souligner que les chiffres fournis pour 2006 sont des estimations et non des données réelles.** Comme les plus récentes données disponibles sur l'incidence du cancer et les décès attribuables à cette maladie datent toujours de quelques années (on ne dispose actuellement des données nationales que jusqu'en 2001), la monographie présente des estimations pour l'année en cours faites à partir des chiffres passés sur les cancers et les tendances.

Des sujets particuliers sont traités chaque année, et les sujets publiés depuis 1997 sont affichés sur le site Web de la Société canadienne du cancer (www.cancer.ca). Il est possible d'obtenir des copies imprimées des sujets particuliers traités antérieurement en écrivant à stats@cancer.ca. L'*Annexe III* comprend une liste des sujets particuliers qui ont déjà été examinés. Cette année, le sujet particulier est le suivant : Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage.

Le lecteur trouvera des renseignements additionnels à la section *Pour en savoir plus sur le cancer*.

Le lecteur trouvera aussi des renseignements connexes dans d'autres publications, dont les rapports des registres provinciaux et territoriaux du cancer; *Les statistiques sur le cancer*¹ et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada; *Maladies chroniques au Canada* et *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*², de Santé Canada/Agence de santé publique du Canada; une monographie collective intitulée

INTRODUCTION

*Cancer in North America, 1997-2001*³, de la North American Association of Central Cancer Registries; et *Cancer Incidence in Five Continents*⁴, du Centre international de recherche sur le cancer.

Les observations et les suggestions des lecteurs ont beaucoup contribué à l'enrichissement de la publication au fil des ans. **Le Comité directeur apprécie énormément ces commentaires, notamment ceux concernant les améliorations qu'on pourrait apporter au rapport** (la page 123 renferme un *Bon de commande* et un *Formulaire d'évaluation*). Finalement, **les lecteurs peuvent s'inscrire sur la liste de distribution pour la publication de l'an prochain** en remplissant le *Bon de commande* et le *Formulaire d'évaluation*.

Incidence et mortalité actuelles

- ◆ On estime que 153 100 nouveaux cas de cancer et 70 400 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2006.
- ◆ Le nombre total de cas de cancer du poumon (hommes et femmes combinés) dépasse le nombre de cas de cancer de la prostate et le nombre de cas de cancer du sein.
- ◆ Le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les deux sexes.
- ◆ Dans l'ensemble, le cancer colorectal constitue la deuxième cause de mortalité par cancer.

Répartition géographique du cancer

- ◆ En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, et 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 dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique.

Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

- ◆ L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- ◆ Les taux de mortalité due au cancer de la prostate diminuent.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce dernier continuent d'augmenter chez les femmes.
- ◆ Sauf pour le cancer du poumon, les taux de mortalité ont chuté de 20 % chez les femmes depuis 1979.
- ◆ Les taux d'incidence des lymphomes non hodgkiniens et de mortalité due à cette maladie continuent d'augmenter.

Répartition des cas 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.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes pendant la période de reproduction, bien que les hommes affichent des taux plus élevés à toutes les autres étapes de la vie.
- ◆ La mortalité diminue chez les hommes à tous les âges et chez les femmes de moins de 70 ans. Ces diminutions sont plus rapides chez les enfants et les adolescents (entre 0 et 19 ans).

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

- ◆ D'après les taux d'incidence actuels, 38 % des Canadiennes et 44 % 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.

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer

- ◆ Le cancer du poumon est de loin la principale cause de décès prématurés attribuables au cancer.
- ◆ Le tabagisme est à l'origine de 28 % des années potentielles de vie perdues (APVP) à cause du cancer.

Prévalence

- ◆ 2,4 % des Canadiens et 2,7 % des Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer au cours des 15 dernières années.
- ◆ Au Canada, 1 % des femmes ont survécu à un cancer du sein diagnostiqué au cours des 15 dernières années, tandis que chez les hommes, 0,7 % ont survécu à un cancer de la prostate diagnostiqué pendant cette même période.

Survie relative à cinq ans, 1995-1997

- ◆ Les taux de survie relative sont les plus faibles pour les cancers du pancréas, de l'œsophage et du poumon.
- ◆ La comparaison des estimations de la survie peut aider à cerner les écarts et à établir des priorités en ce qui concerne les changements systémiques qui peuvent contribuer à améliorer la survie.
- ◆ La survie relative au cancer du poumon diminue en général avec l'âge.
- ◆ Les taux de survie relative étaient les plus élevés pour les cancers de la thyroïde, du testicule et de la prostate et pour le mélanome.

Cancer chez les enfants

- ◆ Environ 1 300 enfants canadiens développent un cancer chaque année, mais en raison de l'efficacité du traitement des cancers les plus courants, moins de un cinquième des cas se soldent par un décès.

Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage

- ◆ Bien que des données montrent qu'il serait utile d'effectuer un dépistage dans la population des cancers de l'utérus, du sein et côlon-rectum, la participation au dépistage de ces trois cancers demeure sous-optimale, en particulier dans le cas du cancer colorectal.
- ◆ Même si le dépistage est des plus efficaces s'il est offert dans le cadre d'un programme organisé, de tels programmes n'existent dans toutes les provinces et les territoires (sauf au Nunavut) que pour le dépistage du cancer du sein.
- ◆ En grande partie parce qu'on effectue depuis longtemps un dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus au moyen du test de Pap, les taux d'incidence et de mortalité ont diminué d'environ 50 % et 60 %, respectivement, depuis 1977.
- ◆ Le dépistage du cancer du sein au moyen de la mammographie et de l'examen clinique des seins pourrait réduire la mortalité de près du tiers si la plupart des femmes de 50 à 69 ans faisaient l'objet régulièrement d'un dépistage, mais seulement 34 % d'entre elles participent à des programmes organisés à l'échelle

nationale, alors qu'environ 60 % déclarent avoir subi récemment un dépistage soit à l'intérieur ou à l'extérieur d'un programme organisé.

- ◆ Le dépistage du cancer colorectal au moyen d'une recherche bisannuelle du sang occulte dans les selles (RSOS) peut entraîner des réductions tant des taux d'incidence que des taux de mortalité. Néanmoins, il n'existe aucun programme organisé de dépistage du cancer colorectal au Canada et très peu de Canadiens disent avoir fait récemment l'objet d'une RSOS.
- ◆ On ne dispose pas de suffisamment de données scientifiques pour confirmer l'utilité du dépistage dans la population du cancer de la prostate, mais les hommes sont plus nombreux à subir un dépistage du cancer de la prostate qu'un dépistage du cancer colorectal.
- ◆ Des recherches sont en cours pour évaluer le dépistage des cancers de la prostate et du poumon, qui entraînent près de 24 000 décès chaque année au Canada.

L'importance des différents types de cancer au Canada en 2006 peut se mesurer de deux façons, comme l'indique le tableau 1. L'incidence s'entend du nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués durant une année. La mortalité correspond au nombre de décès attribués à un type particulier de cancer durant l'année. Les fréquences présentées aux tableaux 1 à 11 sont des estimations obtenues par modélisation des tendances relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer, à partir des données sur la population et sur le cancer depuis 1986 (à l'exception du cancer de la prostate; voir les détails à l'*Annexe II*). Ces estimations sont arrondies au 5, 10, 50 ou 100 le plus proche. Les lecteurs qui désirent obtenir les données réelles ou des renseignements sur les sièges ou types de cancer moins courants peuvent consulter les tableaux A1 et A6 de l'*Annexe I* ou les publications de référence^{1,4}.

Certains problèmes inhérents à l'utilisation de ces statistiques sont décrits ci-après.

Sources des données

Les données sur l'incidence recueillies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer sont communiquées au Registre canadien du cancer (RCC) tenu par Statistique Canada pour les cas diagnostiqués depuis 1992. Le RCC, qui a pour point de référence la personne, émane du Système national de déclaration des cas de cancer, axé quant à lui sur la manifestation de tumeurs, qui a servi à rassembler les données recueillies de 1969 à 1991. Le RCC est mis à jour régulièrement. Grâce au couplage interne des enregistrements, il permet de retracer les personnes dont la tumeur a été diagnostiquée dans plus d'une province ou d'un territoire. En outre, les enregistrements sont couplés aux certificats de décès, ce qui réduit le dédoublement à un taux négligeable. Les données produites sont publiées par Statistique Canada¹, la North American Association of Central Cancer Registries³, le Centre international de recherche sur le cancer (tous les cinq ans)⁴ et dans des rapports occasionnels^{1,2}.

On s'efforce le plus possible de dénombrer, au moment du diagnostic, tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués parmi les habitants d'une province ou d'un territoire donné et d'enregistrer pour chaque cas, de façon précise et uniforme, le siège et le type histologique du cancer d'après les données des rapports d'anatomopathologie et d'autres dossiers, conformément aux définitions du Dictionnaire des données du RCC. Les sièges ou types de cancer nommés dans le présent rapport sont définis selon les catégories décrites dans le *Glossaire*.

Bien que les registres provinciaux et territoriaux du cancer s'efforcent, par l'entremise du Conseil canadien des registres du cancer et de son Comité permanent de la qualité des données, 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. C'est particulièrement vrai des cancers de la peau (autres que le mélanome) qui sont fréquents, mais difficiles à enregistrer exhaustivement, car on les traite souvent avec succès sans devoir recourir à l'hospitalisation. **Pour cette raison, tous les tableaux sur l'incidence du cancer de la présente monographie excluent les 68 000 cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome qui surviendront au Canada en 2006***. Les niveaux d'enregistrement du cancer sont devenus plus comparables d'une région à l'autre du pays, surtout depuis le début des

* Le nombre de nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome est calculé à partir des estimations fournies par la B.C. Cancer Agency, Action Cancer Manitoba et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nouveau-Brunswick. Prière de consulter l'*Annexe II : Méthodologie* pour de plus amples détails.

années 80, grâce aux efforts déployés par les registres, qui ont uniformisé leurs procédures de recherche de cas, en établissant notamment des liens avec les fichiers provinciaux de données sur la mortalité.

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. Les statistiques sur la mortalité due au cancer au Canada sont calculées d'après les registres de décès tenus par les directeurs provinciaux et territoriaux de l'état civil pour les personnes résidant dans leur province ou territoire au moment du décès.

Bien que les procédures 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. Ces faits pourraient expliquer en partie le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès classés dans les tableaux sous « tous les autres sièges ou types ». Par ailleurs, les décès dus au cancer qui surviennent une année donnée sont habituellement le résultat de cancers diagnostiqués au cours des années antérieures.

Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, Canada, 2006

On estime que 153 100 nouveaux cas de cancer et 70 400 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2006. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 5 % et de 11 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

Chez les deux sexes, au moins 55 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois types particuliers, à savoir le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez la femme. À lui seul, le cancer du poumon cause 29 % des décès par cancer chez l'homme et 26 % chez la femme (figures 1.1 et 1.2). Il faut user de prudence lorsqu'on compare les données sur la mortalité par cancer colorectal avec les données des années antérieures à 2003 en raison d'un changement dans les méthodes de classification (voir l'*Annexe II* pour plus de renseignements).

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les Canadiennes en 2006. On estime en effet que 8 600 décès lui seront attribuables, comparativement à 5 300 pour le cancer du sein. Au cours des trois dernières décennies, on a observé dans la population féminine canadienne une augmentation rapide des taux de mortalité par cancer du poumon, mais une légère diminution des taux de mortalité par cancer du sein normalisés selon l'âge. L'incidence du cancer du poumon chez la femme continue également de progresser. Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon étant estimé à 10 600, celui-ci occupe le deuxième rang chez la femme, juste devant le cancer colorectal qui, avec 9 100 nouveaux cas prévus, vient au troisième rang. Le cancer du sein continue de se classer au premier rang pour l'incidence chez les Canadiennes, le nombre de nouveaux cas s'élevant à un peu plus du double de celui des nouveaux cas de cancer du poumon.

Le cancer de la prostate, dont on estime à 20 700 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comparativement à 12 000 pour le cancer du poumon, demeurera en 2006 le principal cancer diagnostiqué dans la population masculine canadienne. Les estimations relatives au cancer de la prostate ont été obtenues au moyen d'une variation des

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

méthodes utilisées pour d'autres cancers (voir l'*Annexe II : Méthodologie*). Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les hommes au Canada en 2006; on estime que 10 700 décès seront causés par ce cancer, nombre qui excède de loin les 4 600 décès attribuables au cancer colorectal, deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. Le cancer de la prostate se classe au troisième rang des causes de mortalité, avec 4 200 décès.

Le nombre total de cas de cancer du poumon (hommes et femmes combinés) dépasse le nombre de cas de cancer de la prostate et le nombre de cas de cancer du sein; le cancer du poumon demeure de loin la cause la plus fréquente de décès par cancer.

Tableau 1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2006

| | Nouveaux cas Estimations pour 2006 | | | Décès Estimations pour 2006 | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F |
| Tous les cancers | 153 100 | 78 400 | 74 700 | 70 400 | 37 000 | 33 400 |
| Poumon | 22 700 | 12 000 | 10 600 | 19 300 | 10 700 | 8 600 |
| Sein | 22 300 | 160 | 22 200 | 5 300 | 45 | 5 300 |
| Prostate | 20 700 | 20 700 | – | 4 200 | 4 200 | – |
| Côlon et rectum | 20 000 | 10 800 | 9 100 | 8 500 | 4 600 | 3 900 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 6 600 | 3 600 | 3 000 | 3 000 | 1 650 | 1 350 |
| Vessie ¹ | 6 400 | 4 700 | 1 650 | 1 700 | 1 200 | 500 |
| Rein | 4 600 | 2 900 | 1 700 | 1 550 | 970 | 590 |
| Mélanome | 4 500 | 2 400 | 2 100 | 880 | 550 | 330 |
| Leucémie | 4 100 | 2 400 | 1 700 | 2 200 | 1 300 | 930 |
| Corps de l'utérus | 3 900 | – | 3 900 | 720 | – | 720 |
| Pancréas | 3 500 | 1 700 | 1 800 | 3 400 | 1 650 | 1 750 |
| Thyroïde | 3 400 | 750 | 2 600 | 160 | 55 | 100 |
| Cavité buccale | 3 200 | 2 100 | 1 050 | 1 100 | 720 | 360 |
| Estomac | 2 800 | 1 750 | 990 | 1 850 | 1 100 | 720 |
| Encéphale | 2 500 | 1 400 | 1 100 | 1 650 | 950 | 720 |
| Ovaire | 2 300 | – | 2 300 | 1 600 | – | 1 600 |
| Myélome multiple | 1 900 | 1 050 | 850 | 1 300 | 700 | 620 |
| Oesophage | 1 500 | 1 050 | 420 | 1 650 | 1 250 | 430 |
| Col de l'utérus | 1 350 | – | 1 350 | 390 | – | 390 |
| Larynx | 1 150 | 940 | 220 | 510 | 420 | 90 |
| Maladie de Hodgkin | 850 | 460 | 390 | 110 | 65 | 50 |
| Testicule | 840 | 840 | – | 30 | 30 | – |
| Tous les autres sièges ou types | 12 200 | 6 700 | 5 600 | 9 200 | 4 900 | 4 300 |

– Sans objet

¹ L'augmentation importante de l'incidence du cancer de la vessie par rapport aux années précédentes découle de la décision d'inclure les carcinomes *in situ* (sauf pour l'Ontario) cette année.

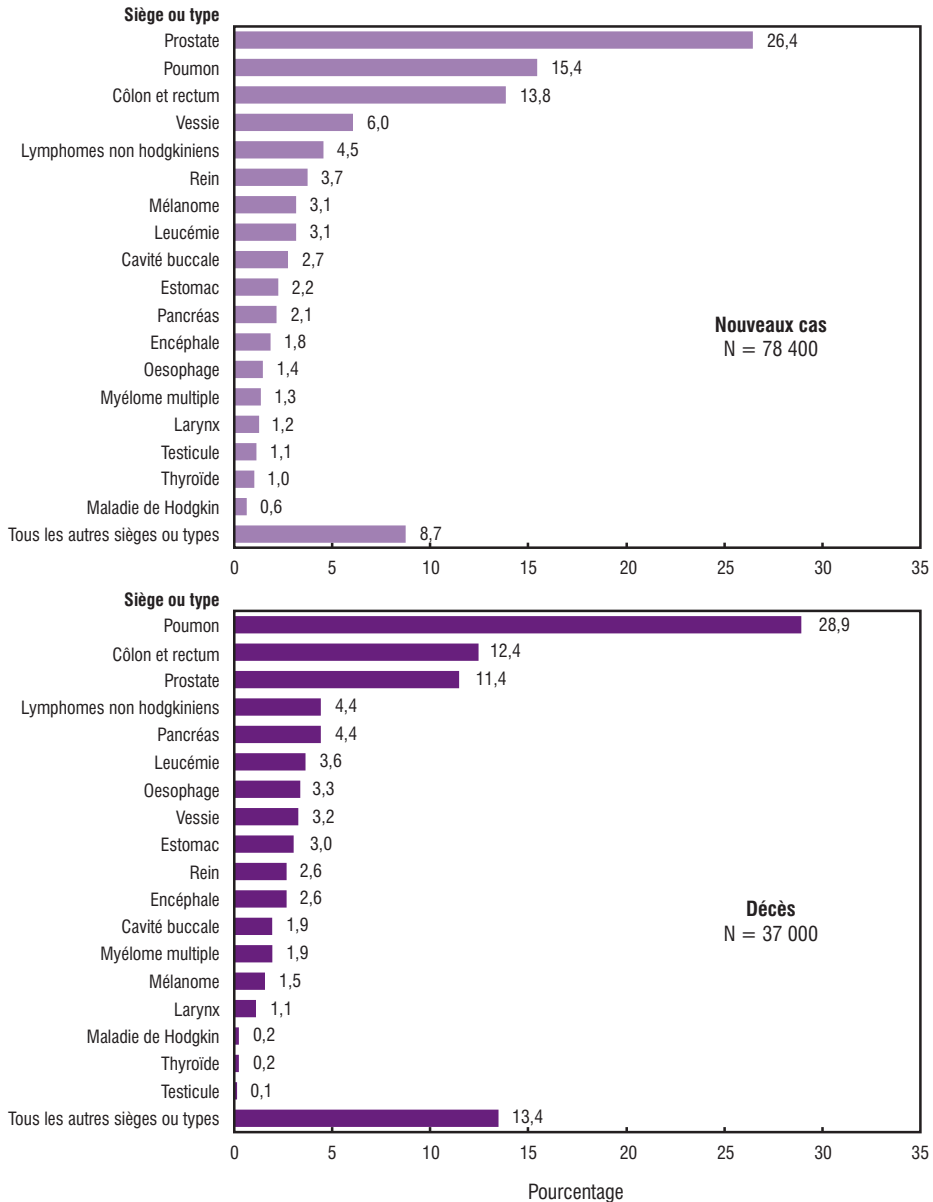
Nota : Les données sur l'incidence excluent les 68 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Tous les décès par cancer incluent environ 240 décès dont la cause initiale n'est pas une tumeur maligne de la peau (CIM-10, code C44). Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Voir l'*Annexe II : Méthodologie* pour de plus amples détails.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 2006

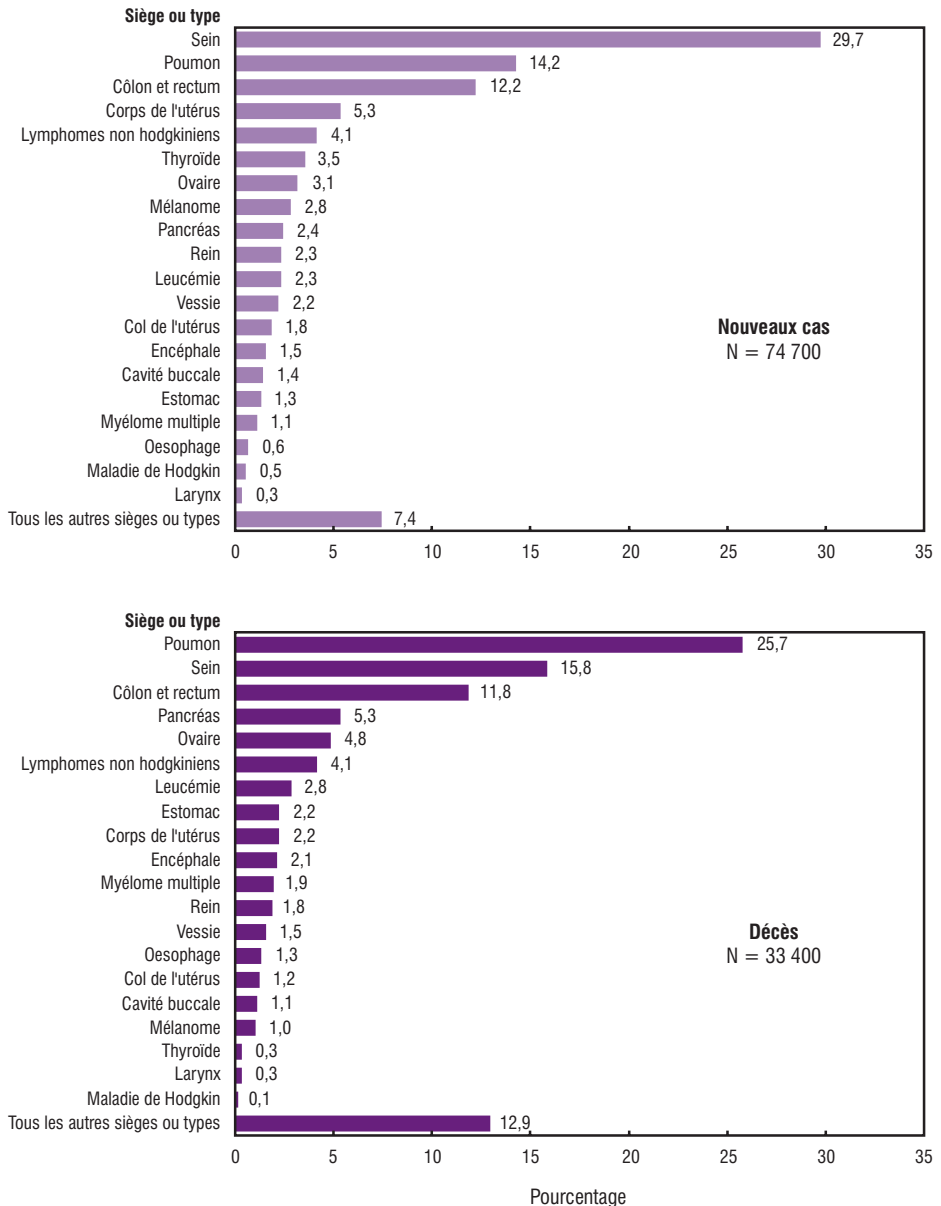


Nota : Les données sur l'incidence excluent les 68 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) chez les deux sexes combinés. Les données sur la mortalité pour tous les autres sièges ou types englobent environ 240 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau chez les deux sexes.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada 2006



Nota : Les données sur l'incidence excluent les 68 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) chez les deux sexes combinés. Les données sur la mortalité pour tous les autres sièges ou types englobent environ 240 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau chez les deux sexes.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Le tableau 2 contient des projections de la population ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous sièges et types de cancer confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2006. Les tableaux 3 et 4 présentent des estimations du nombre de nouveaux cas et des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour chacun des principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2006. Les estimations des 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. De même, les tableaux 5 et 6 renferment des estimations du nombre de décès et des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour chacun des principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2006. Le calcul des taux normalisés à l'aide de la population canadienne de 1991 comme référence est décrit dans le *Glossaire*. Il a fallu faire des ajustements pour le nombre estimatif de nouveaux cas dans la plupart des provinces et territoires. Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés directement à partir des estimations du nombre de cas selon la description fournie à l'*Annexe II : Méthodologie*. Les tableaux A3 à A6 de l'*Annexe I* fournissent les données réelles les plus récentes pour chaque province et territoire. En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est que dans les provinces de l'Ouest.

L'examen des données provinciales et territoriales relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité due au cancer (nombres et taux) peut fournir des renseignements utiles pour la recherche, la synthèse des connaissances, la planification et la prise de décisions à l'échelle provinciale ou territoriale. Par conséquent, ces données intéresseront les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs. Elles serviront inévitablement à l'établissement de comparaisons interprovinciales. Pour certains sièges ou types de cancer (p. ex., cancer du sein), les taux d'incidence enregistrés paraissent assez uniformes d'une province à l'autre, tandis que pour d'autres (p. ex., cancer de la prostate, du poumon), les variations semblent plus importantes.

Les variations des taux peuvent révéler des différences sous-jacentes réelles du risque de développer un cancer ou d'en mourir, différences qui, à leur tour, peuvent mettre en évidence des variations de la prévalence des facteurs de risque. Par exemple, dans le passé, la forte consommation de tabac dans l'Est du Canada a contribué aux taux actuels élevés de cancer du poumon, taux qui dépassent, dans cette région, ceux enregistrés dans d'autres parties du Canada. Un faible niveau socio-économique a été associé à une mortalité par cancer plus élevée en général, à une incidence accrue de certains types de cancer (p. ex., cancer du col de l'utérus), mais à une plus faible incidence du cancer du sein; les différences de niveau socio-économique selon les régions pourraient être associées à des variations régionales du risque de cancer.

Il faut toutefois interpréter avec prudence les variations interprovinciales, car elles pourraient s'expliquer par divers facteurs.

Premièrement, en raison de la rareté de certaines formes de cancer, le nombre de cas qui se manifestent dans une province ou un territoire durant une année est parfois si petit que les estimations résultantes peuvent ne pas être fiables et varier considérablement d'une année à l'autre.

Deuxièmement, la corrélation entre l'incidence d'une maladie et la prévalence des facteurs de risque dans une région particulière peut induire en erreur. Pour prouver

qu'il existe une association causale entre un facteur de risque et une maladie, il faut étudier les cas particuliers de façon plus approfondie.

Troisièmement, 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.

Quatrièmement, les données sur les programmes de dépistage dans les populations cibles (p. ex., du cancer du sein, du col de l'utérus), ou sur les habitudes en matière de dépistage en l'absence de programmes officiels de dépistage (p. ex., cancer de la prostate), ne sont pas aussi accessibles et complètes d'une province et d'un territoire à l'autre. Il s'ensuit que les taux d'incidence du cancer seront temporairement élevés (p. ex., cancer du sein), à cause de la détection de cas non auparavant diagnostiqués chez des sujets asymptomatiques, ou plus faibles, à cause de la détection et du traitement de lésions précancéreuses (p. ex., cancer du col de l'utérus), ou constamment élevés à cause de la détection de cancers qui ne seraient pas autrement diagnostiqués (p. ex., cancer de la prostate). De plus, l'accès aux méthodes diagnostiques peut varier selon les régions.

Enfin, les méthodes utilisées pour l'enregistrement des cas de cancer ne sont pas toujours identiques (p. ex., enregistrement des seconds cancers primitifs et utilisation des certificats de décès – voir l'*Annexe II* pour la méthodologie des registres du cancer). Par exemple, à Terre-Neuve, les renseignements contenus dans les certificats de décès n'ont pas été utilisés jusqu'à maintenant pour l'enregistrement, ce qui diminue faussement le nombre de nouveaux cas ayant une courte espérance de vie, comme les cas de cancer du poumon et de cancer du pancréas. La mesure dans laquelle on corrobore les renseignements contenus dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie également d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui influe sur l'exactitude des données relatives à l'incidence. Au Québec, comme le registre dépend des données des hôpitaux, on estime que le nombre de cas de cancer de la prostate, de mélanome et de cancer de la vessie est sous-déclaré de 32 %, de 35 % et de 14 %, respectivement⁵. Le personnel responsable du Fichier des tumeurs du Québec est au fait de ce problème et prend des mesures pour le corriger. Les fortes différences 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 cas de cancer *in situ* ne sont pas signalés.

Malgré ces mises en garde, il faut mentionner que le Canada est l'un des rares pays où les tendances relatives au cancer peuvent être surveillées dans toute la population. Les registres provinciaux/territoriaux et le registre national du cancer constituent des ressources importantes qui permettent de comparer les données et, partant, de formuler des hypothèses qui justifieront des enquêtes plus poussées. Les facteurs à l'origine de ces différences réelles ne sont pas bien identifiés, mais pourraient comprendre la détection précoce du cancer grâce à des programmes de dépistage dans la population bien établis, des traitements améliorés ou plus accessibles dans certaines régions, la concentration de facteurs de risque dans une province ou une région et la fréquence plus grande d'un facteur de risque dans une population (p. ex., taux historiques de tabagisme plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique). Les résultats

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

des études épidémiologiques ultérieures qui démontreront des associations causales ou des différences réelles dans le risque de cancer pourront être utilisés pour la planification des programmes de lutte contre le cancer visant à réduire le fardeau de cette maladie.

Dans l'ensemble, les taux de mortalité par cancer sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et sont les plus faibles en Colombie-Britannique. Une tendance similaire a été observée pour l'incidence, après prise en compte du sous-dénombrement à Terre-Neuve-et-Labrador et exclusion du cancer de la prostate (pour lequel il existe de grandes différences entre les provinces en raison de différences dans le dosage de l'APS à des fins de dépistage).

*En général, les taux d'incidence et de mortalité
sont plus élevés dans les provinces
de l'Atlantique et au Québec et
sont les plus faibles en Colombie-Britannique.*

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 2

Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2006

| | Population (en milliers) Estimations pour 2006 ¹ | | | Nouveaux cas Estimations pour 2006 ² | | | Décès Estimations pour 2006 | | |
|---------------------------|--|---------------|---------------|--|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | Total | H | F |
| Canada | 32 125 | 15 889 | 16 236 | 153 100 | 78 400 | 74 700 | 70 400 | 37 000 | 33 400 |
| Terre-Neuve-et-Labrador* | 515 | 254 | 261 | 2 300 | 1 250 | 1 050 | 1 350 | 750 | 580 |
| Île-du-Prince-Édouard | 140 | 69 | 72 | 790 | 410 | 370 | 330 | 180 | 150 |
| Nouvelle-Écosse | 942 | 460 | 482 | 5 400 | 2 800 | 2 500 | 2 500 | 1 300 | 1 200 |
| Nouveau-Brunswick | 761 | 376 | 384 | 4 000 | 2 100 | 1 900 | 1 850 | 990 | 840 |
| Québec | 7 482 | 3 689 | 3 793 | 38 300 | 19 200 | 19 100 | 19 100 | 10 100 | 8 900 |
| Ontario | 12 588 | 6 213 | 6 374 | 57 200 | 28 900 | 28 300 | 25 900 | 13 400 | 12 500 |
| Manitoba | 1 163 | 576 | 587 | 5 900 | 3 000 | 2 900 | 2 600 | 1 350 | 1 250 |
| Saskatchewan | 982 | 485 | 497 | 4 800 | 2 600 | 2 200 | 2 300 | 1 250 | 1 050 |
| Alberta | 3 268 | 1 647 | 1 621 | 14 200 | 7 400 | 6 700 | 5 600 | 2 900 | 2 700 |
| Colombie-Britannique | 4 185 | 2 069 | 2 116 | 20 000 | 10 700 | 9 400 | 8 800 | 4 600 | 4 200 |
| Yukon | 30 | 15 | 15 | 95 | 50 | 45 | 50 | 30 | 20 |
| Territoires du Nord-Ouest | 40 | 21 | 20 | 95 | 45 | 50 | 50 | 25 | 25 |
| Nunavut | 32 | 16 | 16 | 70 | 30 | 35 | 45 | 20 | 20 |

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations; voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

¹ Les projections démographiques pour 2006 ont été fournies par la Direction du recensement et de la démographie, Statistique Canada.

² Les chiffres ne tiennent pas compte du cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Voir l'*Annexe II : Méthodologie* pour de plus amples détails.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 3

Nombre estimatif de nouveaux cas pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006

| | Nouveaux cas | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | Canada ¹ | T.-N.-L.* | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 78 400 | 1 250 | 410 | 2 800 | 2 100 | 19 200 | 28 900 | 3 000 | 2 600 | 7 400 | 10 700 |
| Prostate | 20 700 | 330 | 130 | 730 | 560 | 3 600* | 8 400 | 740 | 800 | 2 400 | 3 000 |
| Poumon | 12 000 | 170 | 70 | 470 | 390 | 4 000 | 3 900 | 420 | 340 | 900 | 1 350 |
| Côlon et rectum | 10 800 | 250 | 50 | 410 | 260 | 2 800 | 4 000 | 410 | 330 | 920 | 1 350 |
| Vessie** | 4 700 | 80 | 25 | 200 | 140 | 1 550 | 1 150 | 200 | 170 | 430 | 760 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 3 600 | 40 | 20 | 120 | 100 | 860 | 1 350 | 140 | 110 | 300 | 500 |
| Rein | 2 900 | 40 | 15 | 110 | 85 | 710 | 1 150 | 140 | 85 | 250 | 290 |
| Mélanome | 2 400 | 40 | 15 | 120 | 75 | 380 | 1 050 | 85 | 55 | 240 | 390 |
| Leucémie | 2 400 | 20 | 15 | 65 | 50 | 590 | 910 | 95 | 95 | 270 | 290 |
| Cavité buccale | 2 100 | 50 | 10 | 80 | 65 | 520 | 790 | 100 | 60 | 180 | 260 |
| Estomac | 1 750 | 45 | 5 | 55 | 50 | 460 | 650 | 65 | 50 | 150 | 230 |
| Pancréas | 1 700 | 10 | 10 | 55 | 50 | 480 | 570 | 70 | 55 | 160 | 230 |
| Encéphale | 1 400 | 30 | 5 | 45 | 35 | 370 | 510 | 45 | 40 | 130 | 170 |
| Oesophage | 1 050 | 15 | 5 | 45 | 25 | 240 | 390 | 35 | 30 | 100 | 160 |
| Myélome multiple | 1 050 | 10 | 5 | 30 | 25 | 270 | 400 | 35 | 30 | 80 | 130 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 74 700 | 1 050 | 370 | 2 500 | 1 900 | 19 100 | 28 300 | 2 900 | 2 200 | 6 700 | 9 400 |
| Sein | 22 200 | 350 | 100 | 700 | 540 | 6 000 | 8 400 | 810 | 620 | 2 000 | 2 700 |
| Poumon | 10 600 | 110 | 55 | 400 | 300 | 3 100 | 3 700 | 450 | 270 | 870 | 1 300 |
| Côlon et rectum | 9 100 | 180 | 50 | 350 | 240 | 2 300 | 3 500 | 370 | 290 | 700 | 1 150 |
| Corps de l'utérus | 3 900 | 60 | 20 | 130 | 90 | 890 | 1 550 | 180 | 120 | 380 | 510 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 3 000 | 40 | 10 | 95 | 85 | 730 | 1 250 | 110 | 85 | 260 | 400 |
| Thyroïde | 2 600 | 30 | 5 | 45 | 60 | 510 | 1 400 | 65 | 50 | 250 | 190 |
| Ovaire | 2 300 | 25 | 10 | 70 | 60 | 610 | 940 | 90 | 65 | 170 | 280 |
| Mélanome | 2 100 | 35 | 20 | 110 | 70 | 350 | 860 | 55 | 60 | 230 | 290 |
| Pancréas | 1 800 | 5 | 10 | 55 | 60 | 510 | 620 | 70 | 45 | 160 | 260 |
| Rein | 1 700 | 30 | 10 | 75 | 60 | 430 | 660 | 75 | 55 | 150 | 170 |
| Leucémie | 1 700 | 15 | 5 | 50 | 35 | 440 | 640 | 70 | 60 | 170 | 200 |
| Vessie** | 1 650 | 25 | 5 | 75 | 45 | 540 | 420 | 65 | 60 | 160 | 260 |
| Col de l'utérus | 1 350 | 25 | 10 | 55 | 35 | 280 | 510 | 45 | 45 | 170 | 160 |
| Encéphale | 1 100 | 15 | 5 | 30 | 25 | 320 | 440 | 35 | 30 | 85 | 130 |
| Cavité buccale | 1 050 | 15 | 5 | 35 | 20 | 230 | 410 | 50 | 35 | 90 | 150 |

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations; voir l'Annexe II : Méthodologie.

** Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer *in situ* de la vessie. Voir texte.

¹ 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.

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada et les provinces pour tous les cancers excluent les 68 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2006 avec les estimations déjà publiées (voir l'Annexe II : Méthodologie). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels. Veuillez vous reporter à l'Annexe I pour les dernières données réelles ou communiquer avec les registres provinciaux du cancer pour plus d'information.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 4

Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006

| | Taux pour 100 000 | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Canada ¹ | T.-N.-L.* | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 451 | 421 | 516 | 529 | 518 | 468 | 438 | 478 | 457 | 479 | 442 |
| Prostate | 119 | 113 | 163 | 136 | 129 | 83* | 129 | 122 | 144 | 155 | 119 |
| Poumon | 70 | 56 | 88 | 88 | 93 | 95 | 60 | 68 | 60 | 59 | 54 |
| Côlon et rectum | 62 | 82 | 65 | 76 | 61 | 66 | 61 | 66 | 58 | 60 | 54 |
| Vessie** | 27 | 28 | 32 | 38 | 33 | 37 | 18 | 32 | 29 | 28 | 30 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 20 | 13 | 23 | 23 | 24 | 20 | 20 | 23 | 20 | 18 | 20 |
| Rein | 16 | 13 | 16 | 20 | 19 | 16 | 17 | 21 | 16 | 15 | 11 |
| Mélanome | 14 | 13 | 20 | 21 | 17 | 9 | 15 | 13 | 10 | 15 | 15 |
| Leucémie | 14 | 7 | 20 | 13 | 12 | 15 | 14 | 15 | 17 | 17 | 12 |
| Cavité buccale | 12 | 16 | 10 | 14 | 14 | 12 | 11 | 15 | 10 | 10 | 10 |
| Estomac | 10 | 15 | 9 | 10 | 12 | 11 | 10 | 11 | 9 | 10 | 9 |
| Pancréas | 10 | 3 | 13 | 10 | 11 | 11 | 8 | 11 | 10 | 10 | 9 |
| Encéphale | 8 | 9 | 6 | 8 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 | 8 | 7 |
| Oesophage | 6 | 5 | 8 | 8 | 5 | 6 | 6 | 6 | 5 | 7 | 6 |
| Myélome multiple | 6 | 4 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 357 | 310 | 404 | 387 | 368 | 364 | 356 | 381 | 346 | 371 | 329 |
| Sein | 106 | 99 | 111 | 106 | 104 | 115 | 105 | 109 | 98 | 107 | 94 |
| Poumon | 50 | 34 | 62 | 61 | 59 | 58 | 46 | 59 | 42 | 49 | 45 |
| Côlon et rectum | 41 | 51 | 52 | 50 | 43 | 41 | 42 | 45 | 40 | 38 | 37 |
| Corps de l'utérus | 19 | 17 | 19 | 20 | 17 | 17 | 20 | 25 | 18 | 21 | 18 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 15 | 12 | 11 | 14 | 17 | 14 | 16 | 15 | 13 | 14 | 14 |
| Thyroïde | 15 | 10 | 5 | 8 | 14 | 13 | 21 | 10 | 10 | 14 | 8 |
| Ovaire | 11 | 7 | 9 | 11 | 12 | 12 | 12 | 12 | 10 | 9 | 10 |
| Mélanome | 11 | 11 | 23 | 17 | 15 | 7 | 11 | 8 | 10 | 13 | 11 |
| Pancréas | 8 | 2 | 8 | 8 | 11 | 9 | 7 | 8 | 6 | 8 | 8 |
| Rein | 8 | 8 | 8 | 11 | 11 | 8 | 8 | 10 | 8 | 8 | 6 |
| Leucémie | 8 | 5 | 7 | 8 | 7 | 8 | 8 | 9 | 9 | 10 | 7 |
| Vessie** | 7 | 7 | 7 | 11 | 9 | 10 | 5 | 8 | 9 | 8 | 9 |
| Col de l'utérus | 8 | 8 | 10 | 11 | 8 | 7 | 7 | 7 | 9 | 10 | 7 |
| Encéphale | 6 | 4 | 6 | 5 | 6 | 7 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |
| Cavité buccale | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 |

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations; voir l'Annexe II : *Méthodologie*.

** Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer *in situ* de la vessie. Voir texte.

¹ 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.

Nota : Les taux excluent les cancers de la peau autres que les mélanomes (carcinomes basocellulaire et squameux) et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2006 avec les estimations déjà publiées (voir l'Annexe II : *Méthodologie*). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 5

Nombre estimatif de décès pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006

| | Décès | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|--------------|------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Canada ¹ | T.-N.-L. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 37 000 | 750 | 180 | 1 300 | 990 | 10 100 | 13 400 | 1 350 | 1 250 | 2 900 | 4 600 |
| Poumon | 10 700 | 230 | 65 | 410 | 330 | 3 500 | 3 500 | 350 | 330 | 750 | 1 200 |
| Côlon et rectum | 4 600 | 120 | 25 | 160 | 110 | 1 250 | 1 650 | 190 | 160 | 340 | 540 |
| Prostate | 4 200 | 85 | 25 | 140 | 120 | 890 | 1 550 | 170 | 250 | 410 | 570 |
| Pancréas | 1 650 | 30 | 5 | 55 | 45 | 430 | 580 | 55 | 55 | 130 | 230 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 650 | 15 | 5 | 60 | 50 | 380 | 650 | 65 | 45 | 120 | 250 |
| Leucémie | 1 300 | 15 | 5 | 45 | 30 | 280 | 530 | 50 | 50 | 130 | 180 |
| Oesophage | 1 250 | 20 | 5 | 50 | 25 | 230 | 500 | 55 | 35 | 100 | 200 |
| Vessie | 1 200 | 25 | 5 | 40 | 30 | 280 | 460 | 45 | 40 | 90 | 170 |
| Estomac | 1 100 | 40 | 5 | 30 | 25 | 330 | 390 | 35 | 40 | 75 | 140 |
| Rein | 970 | 20 | 5 | 35 | 30 | 250 | 330 | 45 | 30 | 90 | 130 |
| Encéphale | 950 | 20 | – | 30 | 25 | 280 | 330 | 35 | 30 | 85 | 110 |
| Cavité buccale | 720 | 15 | 5 | 30 | 20 | 190 | 270 | 25 | 15 | 55 | 95 |
| Myélome multiple | 700 | 10 | 5 | 30 | 20 | 170 | 270 | 30 | 25 | 45 | 95 |
| Mélanome | 550 | 5 | – | 20 | 10 | 100 | 270 | 20 | 15 | 40 | 70 |
| Larynx | 420 | 10 | – | 15 | 10 | 140 | 140 | 10 | 15 | 30 | 45 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 33 400 | 580 | 150 | 1 200 | 840 | 8 900 | 12 500 | 1 250 | 1 050 | 2 700 | 4 200 |
| Poumon | 8 600 | 130 | 50 | 270 | 230 | 2 500 | 3 100 | 270 | 220 | 710 | 1 100 |
| Sein | 5 300 | 100 | 25 | 190 | 130 | 1 400 | 2 000 | 200 | 150 | 430 | 630 |
| Côlon et rectum | 3 900 | 95 | 25 | 170 | 100 | 1 100 | 1 450 | 160 | 120 | 260 | 450 |
| Pancréas | 1 750 | 25 | 10 | 65 | 55 | 460 | 640 | 70 | 60 | 140 | 250 |
| Ovaire | 1 600 | 30 | 5 | 55 | 40 | 370 | 630 | 60 | 55 | 140 | 230 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 350 | 20 | 5 | 50 | 40 | 320 | 550 | 60 | 45 | 110 | 170 |
| Leucémie | 930 | 15 | 5 | 25 | 20 | 220 | 370 | 40 | 35 | 75 | 120 |
| Estomac | 720 | 25 | – | 20 | 15 | 220 | 240 | 30 | 25 | 60 | 85 |
| Corps de l'utérus | 720 | 10 | 5 | 30 | 20 | 180 | 280 | 30 | 20 | 60 | 75 |
| Encéphale | 720 | 10 | 5 | 25 | 20 | 220 | 250 | 25 | 20 | 60 | 85 |
| Myélome multiple | 620 | 10 | 5 | 20 | 15 | 160 | 250 | 25 | 20 | 45 | 75 |
| Rein | 590 | 15 | 5 | 25 | 20 | 170 | 180 | 25 | 20 | 55 | 75 |
| Vessie | 500 | 10 | – | 15 | 15 | 120 | 190 | 20 | 15 | 40 | 70 |
| Oesophage | 430 | 5 | – | 15 | 10 | 85 | 170 | 15 | 10 | 45 | 65 |
| Col de l'utérus | 390 | 15 | 5 | 20 | 10 | 75 | 150 | 15 | 15 | 40 | 50 |
| Cavité buccale | 360 | – | – | 10 | 5 | 90 | 140 | 15 | 10 | 30 | 45 |
| Mélanome | 330 | 5 | – | 10 | 5 | 60 | 160 | 10 | 10 | 25 | 45 |

– Moins de 3 décès

¹ 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.

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2006 avec les estimations déjà publiées (voir l'Annexe II : *Méthodologie*). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 6

Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2006

| | Taux pour 100 000 | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Canada ¹ | T.-N.-L. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 216 | 269 | 229 | 253 | 238 | 247 | 207 | 217 | 217 | 196 | 183 |
| Poumon | 62 | 77 | 80 | 79 | 81 | 85 | 53 | 55 | 57 | 50 | 48 |
| Côlon et rectum | 27 | 40 | 31 | 30 | 26 | 31 | 26 | 30 | 26 | 23 | 21 |
| Prostate | 26 | 33 | 34 | 29 | 30 | 23 | 25 | 26 | 40 | 29 | 22 |
| Pancréas | 9 | 10 | 8 | 10 | 11 | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 9 | 6 | 8 | 11 | 12 | 9 | 10 | 11 | 8 | 8 | 10 |
| Leucémie | 8 | 6 | 8 | 8 | 8 | 7 | 8 | 8 | 9 | 8 | 7 |
| Oesophage | 7 | 6 | 9 | 9 | 6 | 5 | 8 | 9 | 6 | 7 | 8 |
| Vessie | 7 | 9 | 5 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 |
| Estomac | 7 | 15 | 8 | 6 | 6 | 8 | 6 | 5 | 7 | 5 | 5 |
| Rein | 6 | 7 | 8 | 7 | 6 | 6 | 5 | 7 | 6 | 6 | 5 |
| Encéphale | 5 | 6 | 2 | 6 | 5 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| Cavité buccale | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Myélome multiple | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 |
| Mélanome | 3 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| Larynx | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 149 | 161 | 151 | 169 | 151 | 157 | 147 | 155 | 146 | 143 | 134 |
| Poumon | 40 | 37 | 51 | 41 | 44 | 46 | 38 | 35 | 33 | 40 | 37 |
| Sein | 23 | 27 | 27 | 26 | 23 | 25 | 23 | 24 | 22 | 23 | 20 |
| Côlon et rectum | 17 | 26 | 22 | 22 | 16 | 18 | 16 | 18 | 15 | 13 | 14 |
| Pancréas | 8 | 7 | 8 | 9 | 9 | 8 | 7 | 8 | 8 | 7 | 8 |
| Ovaire | 7 | 9 | 6 | 8 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 7 | 8 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 6 | 6 | 4 | 7 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 6 |
| Leucémie | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| Estomac | 3 | 7 | 1 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Corps de l'utérus | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Encéphale | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| Myélome multiple | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Rein | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Vessie | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Oesophage | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Col de l'utérus | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Cavité buccale | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Mélanome | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |

¹ 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.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2006 avec les estimations déjà publiées (voir l'Annexe II : Méthodologie). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

La détermination des tendances de l'incidence des principaux types de cancer et de la mortalité liée à ces derniers repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. On présente aux figures 2.1 et 2.2 le nombre de nouveaux cas et de décès, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants pour les hommes et pour les femmes au Canada, de 1977 à 2003 de même que des prévisions jusqu'en 2006. L'incidence pour le Québec est estimée pour 2002 et 2003, alors que pour l'Ontario, c'est l'incidence en 2003 qui est estimée. Les figures 3.1 et 3.2 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. Les figures 4.1, 4.2 et 5.1, 5.2 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains sièges et types de cancer, tandis que les tableaux 7.1, 7.2 et 8.1, 8.2 fournissent les données simples. Nous avons inclus des sièges ou types de cancer plus rares lorsqu'il y avait une variation annuelle moyenne en pourcentage de 2 % ou plus. Les données sur la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence (1992-2001) et de mortalité (1993-2002), selon le siège ou le type de cancer, figurent au tableau 9, car l'année 2001 est la dernière année pour laquelle nous disposons de données complètes sur l'incidence.

La normalisation selon l'âge permet de déterminer les écarts entre années civiles, puisque ces taux tiennent compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans. Les taux normalisés selon l'âge qui figurent dans la présente publication ont été calculés en se fondant sur les chiffres de population au Canada en 1991. On notera également que la hausse rapide des taux d'incidence au cours des années 70, illustrée aux figures 2.1 et 2.2, reflète en grande partie l'amélioration de l'enregistrement des nouveaux cas durant cette période par plusieurs registres provinciaux. Toutefois, depuis 1981, les taux d'enregistrement se sont généralement stabilisés grâce à l'uniformisation croissante des méthodes d'enregistrement des cas de cancer appliquées dans les diverses régions du pays¹.

Tendances pour l'ensemble des sièges ou types de cancer

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, au cancer colorectal et à d'autres cancers (figure 2.2, tableau 7.2). En revanche, le taux d'incidence, tous sièges et types confondus, a augmenté légèrement au début des années 90, à cause de la hausse abrupte de l'incidence du cancer de la prostate, puis a diminué pour augmenter de nouveau, principalement en raison des taux accrus de cancer de la prostate (figure 2.1, tableau 7.1). On prévoit une baisse du taux d'incidence du cancer de la prostate, mais de telles estimations pour le cancer de la prostate sont très variables. Chez la femme, le taux croissant d'incidence du cancer pourrait s'être stabilisé, alors que les taux de mortalité ont diminué légèrement (figures 2.1 et 2.2, tableaux 8.1 et 8.2).

Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge (figures 2.1 et 2.2), 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. Ces nombres, contrairement aux taux, sont d'importants indicateurs de l'ampleur du fardeau que représente le cancer pour la population canadienne et pour le système de santé. Selon les estimations, en 2006, on enregistrera 153 100 nouveaux cas et 70 400 décès, soit 4 100 nouveaux cas de plus qu'en 2005. Environ le tiers de ces cas additionnels sont des carcinomes *in situ* de la vessie, ceux-ci étant inclus pour la première fois dans la

présente publication. Le nombre de nouveaux cas et de décès permet de planifier l'offre de services aux malades et les installations des établissements de santé nécessaires pour faire face à la demande croissante. Les figures 3.1 et 3.2 montrent à quel point les changements depuis 1977 dans la population totale et la pyramide des âges ont influé sur les tendances relatives au nombre total de cas et de décès. La ligne continue la plus basse dans ces graphiques représente le nombre total de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si seuls les taux avaient changé tandis que la population était restée la même qu'en 1977. La ligne du milieu représente le nombre de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si les taux annuels s'appliquaient à une population en croissance mais si la structure par âge était demeurée identique à celle de 1977. La ligne du haut représente le nombre de cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'impact combiné du changement dans le taux d'incidence, la croissance démographique et le vieillissement de la population. Ces figures montrent que les changements dans la taille de la population et la structure par âge sont les facteurs qui ont le plus contribué à alourdir le fardeau que représente le cancer dans la population canadienne. Il s'ensuit que par suite du vieillissement de cette population et de la croissance démographique, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année à moins que le taux ne diminue considérablement. La baisse de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, principale cause concurrente de décès, explique l'augmentation du nombre de patients atteints du cancer.

La figure 7 représente un indice (voir la définition dans le *Glossaire*) des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la période de 1977 à 2006 pour l'ensemble des sièges et types de cancer, avec et sans le cancer du poumon. Chez l'homme, l'augmentation du taux global de mortalité par cancer est imputable au cancer du poumon jusqu'en 1988, année où ce taux a atteint un sommet. Depuis, le taux global de mortalité par cancer a diminué dans des proportions comparables, que l'on tienne compte ou non du cancer du poumon. Chez la femme, l'indice montre que le taux global de mortalité par cancer est demeuré essentiellement stable jusqu'en 2001; cependant, le taux de mortalité par cancer pour tous les sièges ou types de cancer autres que le cancer du poumon a diminué de près de 20 % durant cette période.

Tendances pour certains sièges et types de cancer

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité sur une période de 30 ans pour certains sièges et types de cancer sont illustrées aux figures 4.1 et 4.2 pour les hommes, et aux figures 5.1 et 5.2 pour les femmes. Les données simples correspondant à ces figures sont présentées dans les tableaux 7.1, 7.2, 8.1 et 8.2. Le tableau 9 résume les variations annuelles moyennes en pourcentage, et les figures 6.1 et 6.2 indiquent la variation nette en pourcentage. En général, les taux d'incidence et de mortalité pour la majorité des cancers se sont stabilisés ou ont diminué au cours de la dernière décennie. On note toutefois certaines exceptions.

Chez la femme, le taux d'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité due à ce dernier continuent d'augmenter rapidement et sont maintenant près de trois fois plus élevés qu'en 1977. Entre 1992 et 2001, on a observé une hausse annuelle de 1,4 % de l'incidence et de 1,3 % de la mortalité (tableau 9). Toutefois, les taux estimatifs d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon chez la femme en 2005 se situent à un peu plus de la moitié de ceux enregistrés chez l'homme. Chez ce dernier, les taux de cancer du poumon ont plafonné au milieu des années 80 et

diminuent régulièrement depuis, situation qui reflète le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60. Chez la femme, la lente baisse du taux de tabagisme n'ayant débuté qu'au milieu des années 80⁶, les bienfaits en terme de diminution des taux de cancer du poumon ne se sont pas encore manifestés (figure 5.1 et tableau 8.1).

Le taux d'incidence du cancer de la prostate, qui augmente régulièrement depuis des années, affiche une hausse particulièrement forte de 1989 à 1993 (tableau 7.1). En revanche, le taux de mortalité due à ce cancer a progressé beaucoup plus lentement à partir de 1978 et a commencé à diminuer au milieu des années 90. La forte hausse observée depuis 1990 est due principalement à la détection précoce plus fréquente de ce cancer grâce au dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)⁷. Cette détection précoce a permis de déceler presque tous les cancers qui existent dans la population soumise au dépistage, et le taux a recommencé à augmenter au même rythme graduel de 3,4 % par année que dans le passé (tableau 9)⁸. Ce profil, illustré de manière spectaculaire à la figure 4.1, est caractéristique de ce qui se produit au moment de l'instauration d'un dépistage à grande échelle : on observe d'abord une hausse marquée de l'incidence, découlant de la détection des cas existants, après quoi l'incidence redevient conforme à la tendance préexistante. La détection précoce explique probablement, en grande partie, les hausses passées de l'incidence du cancer de la prostate, mais la variation de certains facteurs de risque ou de protection pourrait contribuer également à certaines de ces hausses. Cependant, on n'a identifié à ce jour aucun facteur de risque ou de protection qui pourrait expliquer ces changements⁷. Pour illustrer ces tendances, une estimation prudente de l'incidence actuelle du cancer de la prostate a été calculée (voir l'*Annexe II : Méthodologie*). Jusqu'à récemment, aucun changement majeur dans le taux de mortalité n'avait été associé à l'augmentation du taux de détection; cependant, le taux de mortalité a diminué sensiblement entre 1994 et 2002 (baisse annuelle moyenne de 2,5 %, comme l'indique le tableau 9). Il est difficile de déterminer si la baisse du taux de mortalité est attribuable à la détection précoce ou à l'amélioration des traitements, ou encore à ces deux facteurs.

L'incidence du cancer du sein chez la femme de plus de 50 ans a également augmenté constamment, mais graduellement, entre 1977 et 1992. Cette tendance à la hausse est sans doute due, en partie, au recours accru à la mammographie depuis le milieu des années 80, mais pourrait aussi dépendre des tendances en matière de reproduction^{9,10}. Cependant, depuis 1993, les taux d'incidence réels se sont stabilisés, et les taux de mortalité due au cancer du sein ont diminué continuellement à un rythme de 2,7 % par année (tableau 9). De fait, les données réelles les plus récentes de 2002 indiquent que le taux de mortalité par cancer du sein n'a jamais été aussi bas depuis 1950¹¹. Une tendance à la baisse similaire s'observe aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie¹¹. Des données font ressortir une amélioration de la survie attribuable à la fois aux programmes organisés de dépistage par mammographie et aux traitements adjuvants à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein^{12,13,14}.

Pour 2002 et 2003, nous avons utilisé les données réelles fournies par huit provinces et des projections pour l'Ontario et le Québec; la récente tendance à la hausse de l'incidence du cancer colorectal s'est inversée pour reprendre la tendance antérieure plus durable à la baisse tant chez l'homme que chez la femme (tableaux 7.1 et 8.1). Cela n'apparaît pas encore dans la variation moyenne annuelle en pourcentage (+1,7 % chez l'homme et +1,2 % chez la femme) au tableau 9, car les données portent sur une période située un plus tôt dans le temps. La mortalité a continué de reculer pour les deux sexes, mais de façon plus marquée chez la femme, soit -1,1 % et -1,6 %,

respectivement par année (tableau 9). Un certain dépistage non organisé est déjà effectué au Canada et peut avoir contribué à l'augmentation des taux d'incidence signalés entre 1998 et 2000 et à la baisse des taux de mortalité. Le dépistage du cancer colorectal est abordé plus en détail dans la section réservée à un sujet particulier.

Parmi tous les types de cancer examinés dans le présent rapport, on n'en dénombre que deux chez l'homme (autres que le cancer de la prostate) et un chez la femme dont l'incidence a augmenté à un taux moyen annuel supérieur à 2 % depuis 1993 (tableau 9). Il s'agit, chez l'homme, du cancer de la thyroïde (+5,1 %) et du mélanome (+2,4 %) et, chez la femme, du cancer de la thyroïde (+5,2 %). L'augmentation du taux d'incidence du cancer de la thyroïde a également été observée en Europe et dans certaines régions des États-Unis. On a avancé l'hypothèse que l'amélioration des méthodes de détection précoce (échographie et biopsie à l'aiguille) permet d'identifier des cancers à un stade précoce avec une plus grande fréquence qu'auparavant. Vu que les traitements modernes s'avèrent efficaces pour la plupart des patients, il est peu probable que le taux de mortalité augmente. Une hausse de l'incidence du mélanome peut être liée au plus grand nombre d'heures passées à l'extérieur, particulièrement durant les vacances, et à l'amélioration des méthodes de détection de la maladie.

Les autres types de cancer dont l'incidence croît sensiblement, mais de moins de 2 %, sont les lymphomes non hodgkiniens et le cancer du testicule chez l'homme, et le mélanome chez la femme.

Chez l'homme, la hausse du taux de mortalité a été la plus élevée pour les lymphomes non hodgkiniens et le mélanome, s'établissant à 1,3 % par année. Une augmentation sensible du taux de mortalité par cancer de l'œsophage a également été observée chez l'homme (0,9 %, respectivement). Chez la femme, c'est le taux de mortalité due au cancer du poumon qui a augmenté le plus, soit de 1,3 % par année.

Le tableau 9 fait état d'une baisse continue de l'incidence du cancer de l'estomac (-2,3 % annuellement chez l'homme et -2,7 % chez la femme) et de la mortalité due à ce dernier (-3,3 % chez l'homme et -3,2 % chez la femme), laquelle peut s'expliquer par l'amélioration des habitudes alimentaires et le rôle des agents infectieux et de leur traitement (p. ex., *Helicobacter pylori*). La baisse significative des taux de cancer envahissant du col de l'utérus (-2,0 % pour l'incidence et -3,2 % pour la mortalité) témoigne probablement de l'effet de la détection précoce et du traitement de cancers détectés plus tôt et des lésions précancéreuses grâce au test de Papanicolaou. On note aussi une baisse statistiquement significative de l'incidence de la maladie de Hodgkin, du cancer du larynx, de la cavité buccale, de la vessie et du pancréas chez l'homme ainsi que de la maladie de Hodgkin, du cancer de l'ovaire, de la vessie, du pancréas et du larynx chez la femme.

La baisse des taux de mortalité a été la plus marquée pour la maladie de Hodgkin chez l'homme (-4,5 %) et la femme (-3,9 %) (tableau 9). Un recul statistiquement significatif des taux de mortalité a aussi été enregistré pour la leucémie, le cancer de la cavité buccale, du pancréas et du larynx chez l'homme ainsi que pour la leucémie, et le cancer du pancréas et de l'estomac chez la femme.

La baisse des taux décrite ici ne justifie pas, toutefois, un optimisme excessif, comme en témoignent les figures 6.1 et 6.2. La figure 6.1 compare le changement, en pourcentage, du nombre de cas de cancer avec le changement, en pourcentage également, des taux de cancer entre 1992 et 2001. Il n'est guère étonnant de constater un nombre

accru de cas de cancer lorsque les taux sont en hausse, comme c'est le cas pour le cancer de la thyroïde, mais beaucoup s'étonnent d'observer davantage de cas ou de décès liés à des cancers dont les taux reculent, comme dans le cas du cancer colorectal et du cancer du pancréas ou de la leucémie. La figure 6.2, qui fait état du nombre de décès en regard des taux de mortalité, est encore plus frappante, puisque les taux sont en baisse pour la plupart des sièges ou des types de cancer. Cette observation fait ressortir l'importance d'offrir des services de soins palliatifs adéquats à ces patients. Les deux leçons qu'il faut en tirer mettent en évidence certains messages clés de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : nous devons élaborer des plans pour faire face à cette fraction croissante des cas de cancer qui est inévitable, et nous devons déployer des efforts encore plus considérables dans la prévention primaire des cancers qui se prêtent à ce type d'interventions.

Nous devons élaborer des plans pour faire face à cette fraction croissante des cas de cancer qui est inévitable, et nous devons déployer des efforts encore plus considérables dans la prévention primaire des cancers qui se prêtent à ce type d'interventions.

Figure 2.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1977-2006

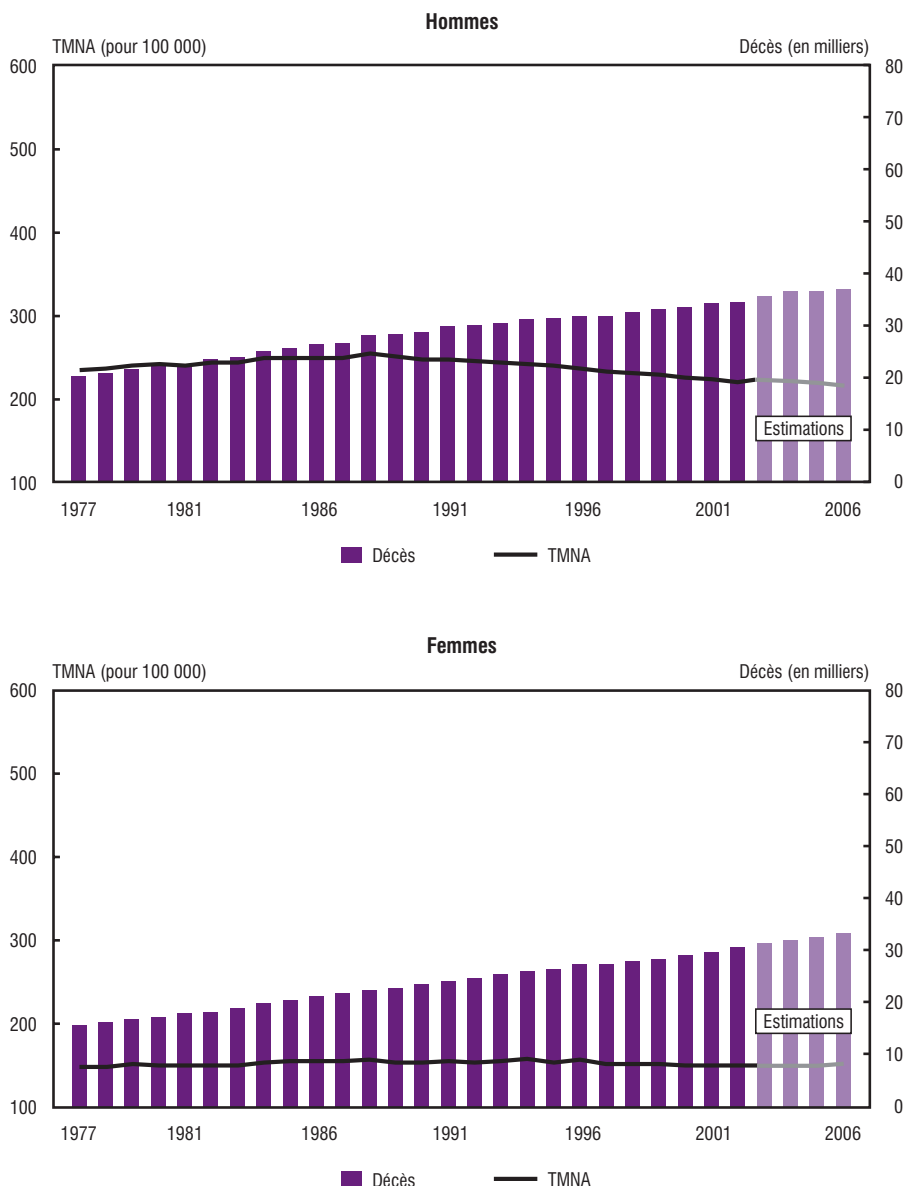


Nota : La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers de la peau autres que le mélanome. Les taux sont corrigés en fonction de la population canadienne de 1991. Pour 2002-2003, l'incidence au Québec a été estimée, et pour 2003, celle en Ontario.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Figure 2.2

Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1977-2006



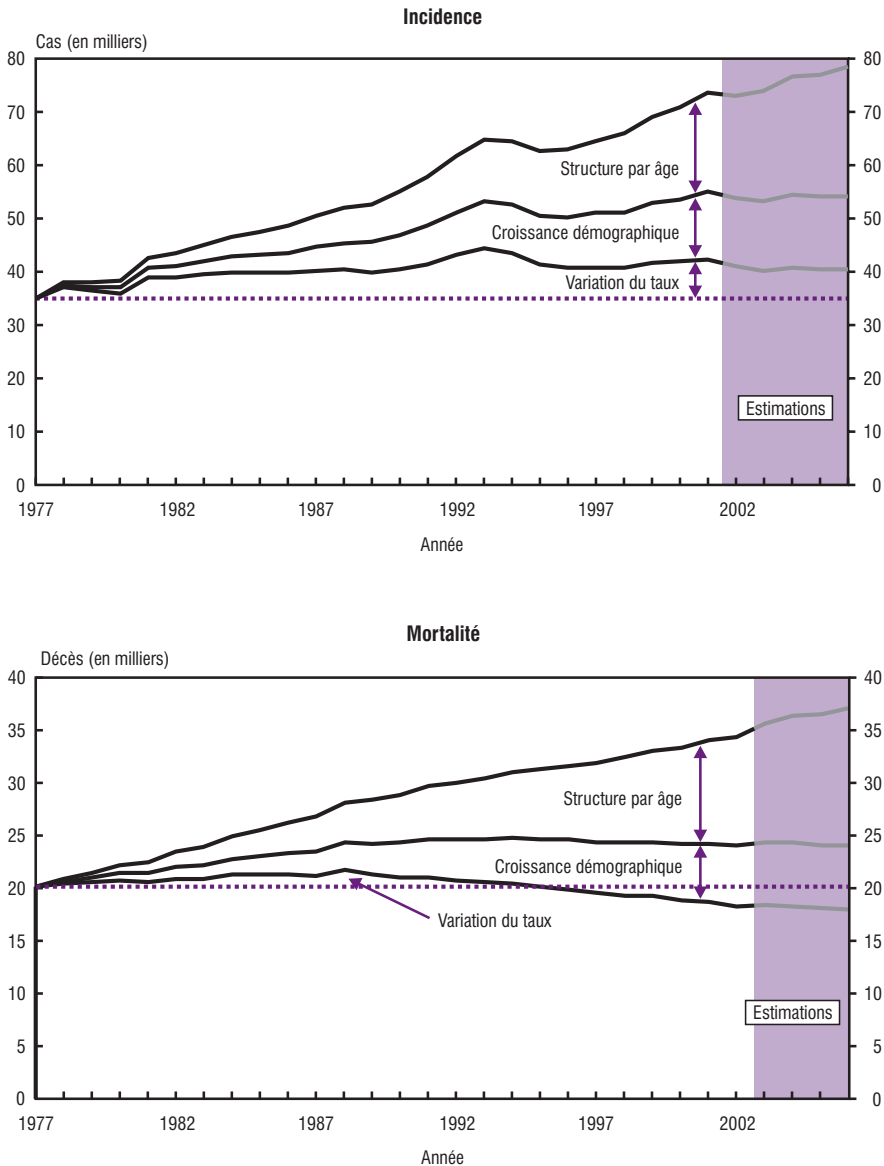
Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 3.1

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1977-2006

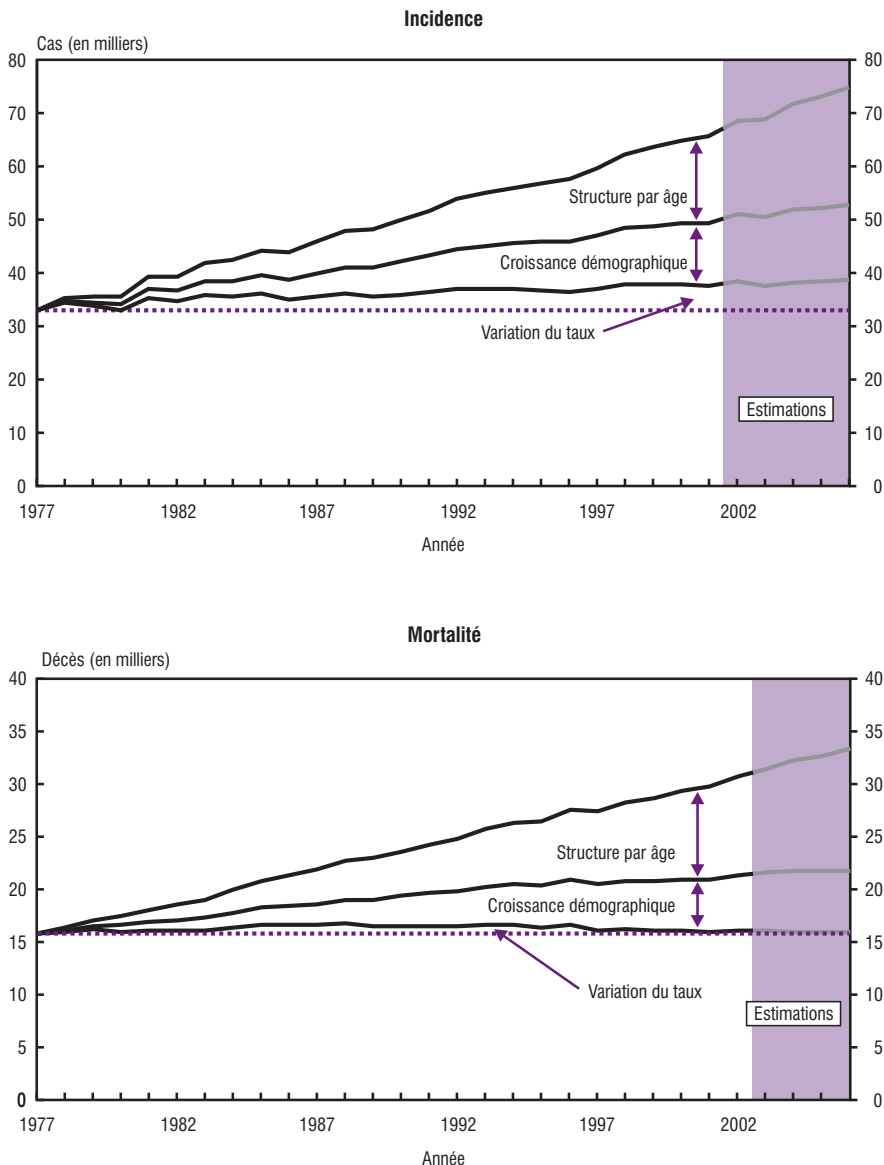


Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). L'espace sous les courbes représente le nombre de cas ou de décès liés à la variation de chaque facteur. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2003, sauf au Québec où l'incidence est estimée pour 2002-2003 et en Ontario pour 2003. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Figure 3.2

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1977-2006



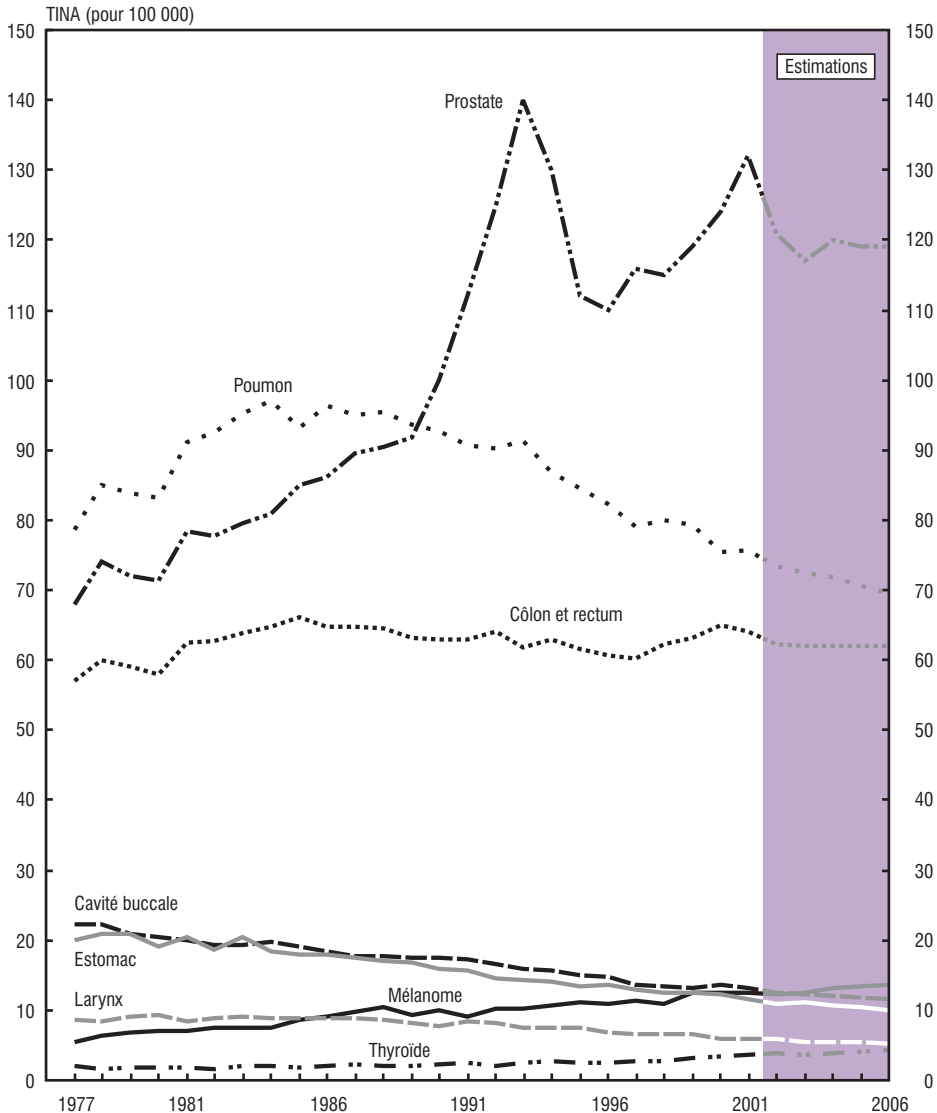
Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). L'espace sous les courbes représente le nombre de cas ou de décès liés à la variation de chaque facteur. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2003, sauf au Québec où l'incidence est estimée pour 2002-2003 et en Ontario pour 2003. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006

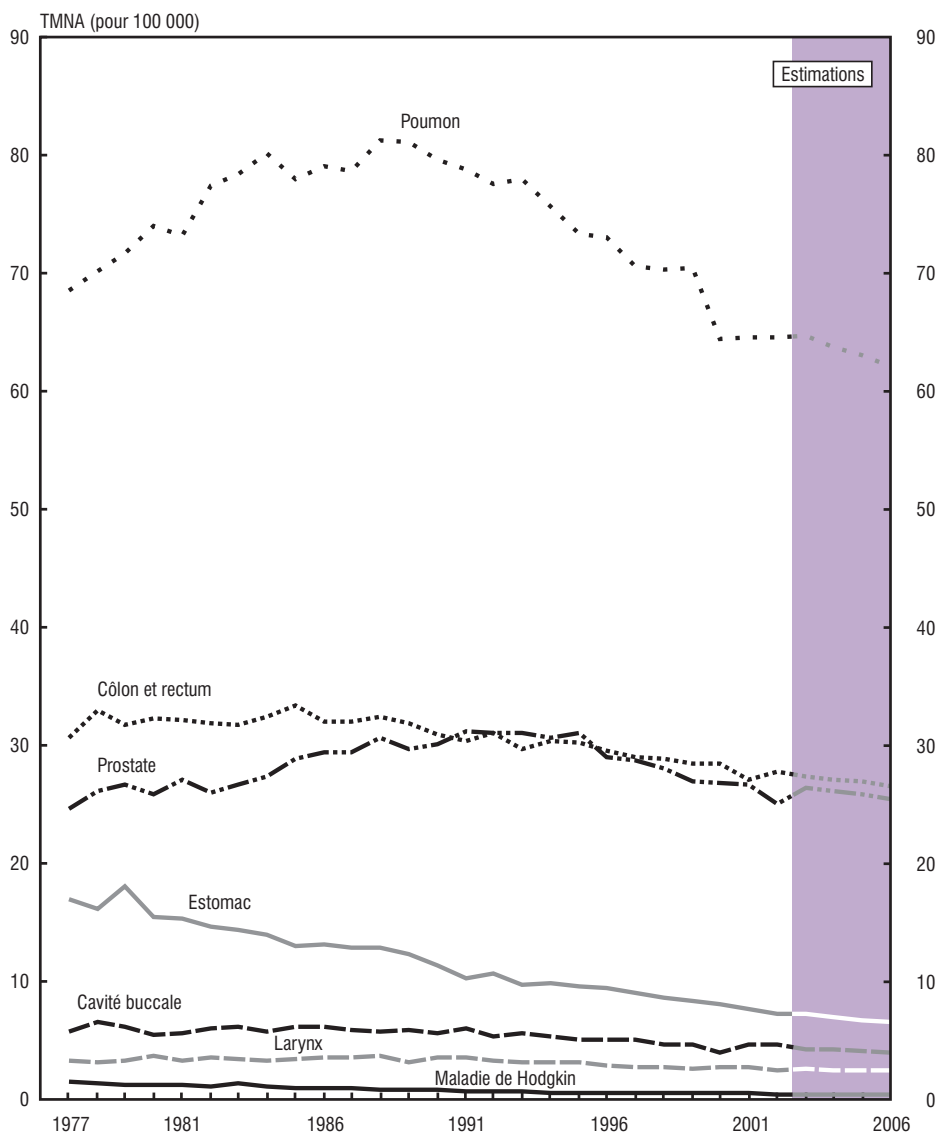


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.1 pour les données. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2003, sauf au Québec où l'incidence est estimée pour 2002-2003 et en Ontario pour 2003. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Figure 4.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006



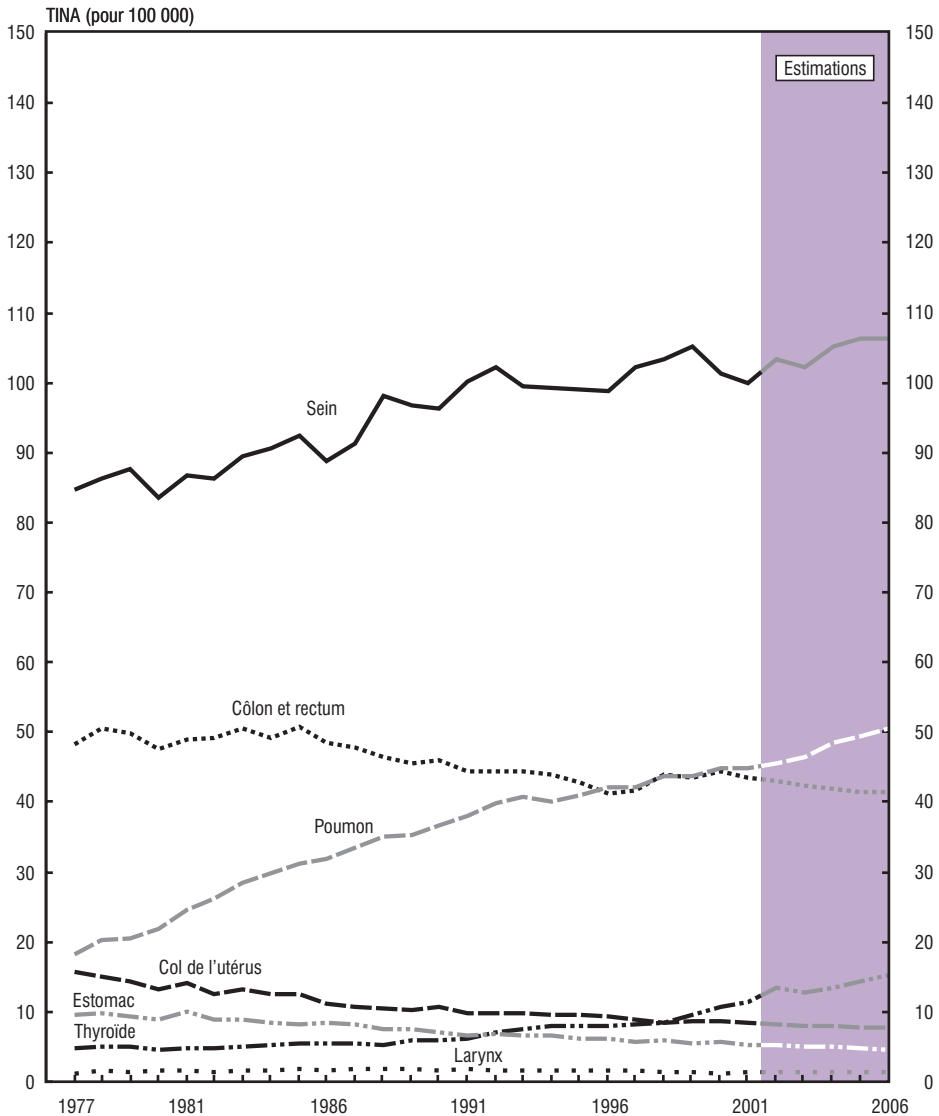
Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.2 pour les données.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 5.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006

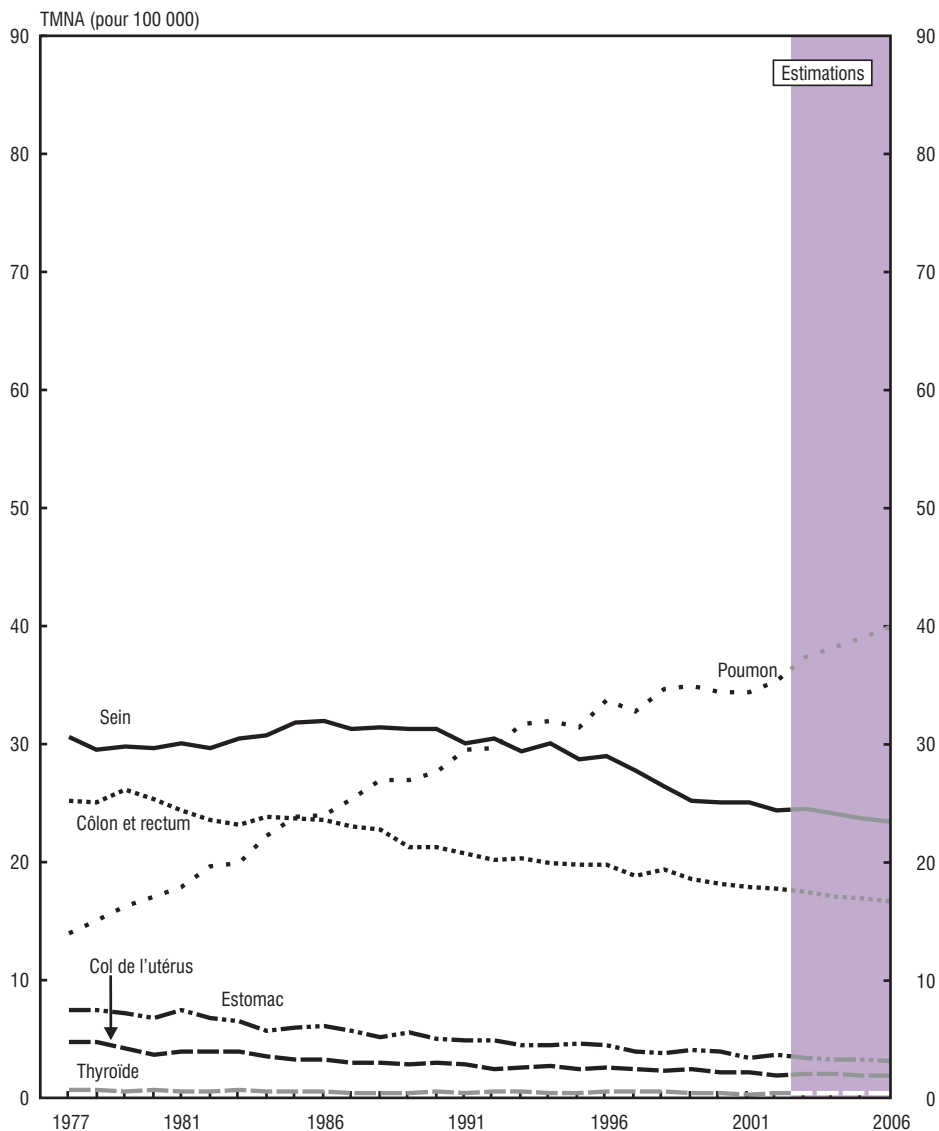


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.1 pour les données. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2003, sauf au Québec où l'incidence est estimée pour 2002-2003 et en Ontario pour 2003. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada.

Figure 5.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006



Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.2 pour les données.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 7.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | | |
|--------|-------------------|----------|--------|-----------------|----------|----------------|---------|--------|----------|
| | Tous les cancers | Prostate | Poumon | Côlon et rectum | Mélanome | Cavité buccale | Estomac | Larynx | Thyroïde |
| 1977 | 391,4 | 67,9 | 78,6 | 57,0 | 5,5 | 22,3 | 20,1 | 8,6 | 2,1 |
| 1978 | 417,2 | 74,0 | 85,1 | 59,9 | 6,4 | 22,2 | 20,9 | 8,4 | 1,7 |
| 1979 | 409,8 | 72,0 | 83,9 | 59,2 | 6,8 | 20,9 | 20,8 | 9,0 | 1,8 |
| 1980 | 406,1 | 71,4 | 83,2 | 57,9 | 7,0 | 20,4 | 19,0 | 9,3 | 1,9 |
| 1981 | 442,2 | 78,5 | 91,2 | 62,6 | 7,0 | 20,0 | 20,5 | 8,4 | 1,9 |
| 1982 | 440,7 | 77,8 | 92,6 | 62,7 | 7,5 | 19,3 | 18,7 | 8,8 | 1,7 |
| 1983 | 448,4 | 79,6 | 95,2 | 63,9 | 7,6 | 19,3 | 20,4 | 9,0 | 2,1 |
| 1984 | 450,1 | 80,9 | 97,1 | 64,7 | 7,5 | 19,7 | 18,4 | 8,9 | 2,0 |
| 1985 | 449,8 | 85,1 | 93,2 | 66,2 | 8,7 | 19,1 | 18,0 | 8,8 | 1,8 |
| 1986 | 451,9 | 86,1 | 96,4 | 64,7 | 9,0 | 18,5 | 18,0 | 8,8 | 2,0 |
| 1987 | 456,3 | 89,6 | 95,0 | 64,7 | 9,7 | 17,7 | 17,4 | 8,8 | 2,2 |
| 1988 | 458,5 | 90,4 | 95,5 | 64,6 | 10,4 | 17,7 | 17,0 | 8,6 | 2,1 |
| 1989 | 451,6 | 91,9 | 93,6 | 63,1 | 9,3 | 17,5 | 16,8 | 8,1 | 2,1 |
| 1990 | 457,7 | 99,9 | 92,7 | 63,0 | 10,1 | 17,5 | 15,8 | 7,7 | 2,2 |
| 1991 | 469,0 | 112,3 | 90,7 | 62,9 | 9,1 | 17,2 | 15,6 | 8,3 | 2,4 |
| 1992 | 489,2 | 125,4 | 90,2 | 64,2 | 10,3 | 16,7 | 14,6 | 8,1 | 2,0 |
| 1993 | 502,2 | 140,5 | 91,3 | 61,8 | 10,3 | 16,0 | 14,3 | 7,4 | 2,6 |
| 1994 | 488,8 | 129,7 | 86,8 | 63,0 | 10,7 | 15,7 | 14,1 | 7,5 | 2,7 |
| 1995 | 464,8 | 111,7 | 84,5 | 61,5 | 11,1 | 15,1 | 13,3 | 7,4 | 2,6 |
| 1996 | 456,6 | 110,0 | 82,2 | 60,6 | 11,0 | 14,7 | 13,6 | 6,9 | 2,6 |
| 1997 | 458,7 | 115,5 | 79,1 | 60,2 | 11,3 | 13,6 | 13,0 | 6,6 | 2,7 |
| 1998 | 457,5 | 114,7 | 80,0 | 62,2 | 10,9 | 13,4 | 12,5 | 6,6 | 2,7 |
| 1999 | 468,6 | 119,3 | 79,3 | 63,2 | 12,6 | 13,2 | 12,5 | 6,6 | 3,2 |
| 2000 | 469,4 | 124,1 | 75,5 | 65,0 | 12,4 | 13,6 | 12,2 | 5,8 | 3,5 |
| 2001 | 474,9 | 132,3 | 75,6 | 64,1 | 12,6 | 13,2 | 11,7 | 5,9 | 3,6 |
| 2002** | 457,2 | 121,1 | 73,3 | 62,2 | 12,2 | 12,5 | 10,9 | 5,8 | 3,9 |
| 2003** | 450,2 | 117,4 | 72,4 | 62,1 | 12,5 | 12,3 | 11,1 | 5,5 | 3,7 |
| 2004* | 454,8 | 119,7 | 71,9 | 62,1 | 13,1 | 12,1 | 10,7 | 5,5 | 3,9 |
| 2005* | 452,7 | 119,3 | 70,7 | 62,0 | 13,4 | 11,8 | 10,4 | 5,4 | 4,1 |
| 2006* | 450,7 | 118,9 | 69,6 | 62,0 | 13,7 | 11,5 | 10,1 | 5,3 | 4,3 |

* Taux estimatifs

** Les taux d'incidence résultent d'une estimation pour le Québec en 2002 et 2003 et pour l'Ontario en 2003.

Nota : Les taux excluent le cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 7.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1977-2006

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | | |
|-------|-------------------|--------|-----------------|----------|---------|----------------|--------|--------------------|-----------|
| | Tous les cancers | Poumon | Côlon et rectum | Prostate | Estomac | Cavité buccale | Larynx | Maladie de Hodgkin | Testicule |
| 1977 | 233,5 | 68,5 | 30,7 | 24,6 | 17,0 | 5,7 | 3,3 | 1,5 | 0,8 |
| 1978 | 236,4 | 70,1 | 32,9 | 26,1 | 16,1 | 6,5 | 3,1 | 1,3 | 0,6 |
| 1979 | 239,4 | 71,7 | 31,8 | 26,7 | 18,0 | 6,2 | 3,3 | 1,2 | 0,4 |
| 1980 | 240,7 | 74,0 | 32,3 | 25,8 | 15,5 | 5,5 | 3,7 | 1,2 | 0,4 |
| 1981 | 239,2 | 73,2 | 32,2 | 27,1 | 15,3 | 5,6 | 3,3 | 1,2 | 0,4 |
| 1982 | 243,5 | 77,4 | 31,9 | 26,0 | 14,6 | 6,0 | 3,6 | 1,1 | 0,4 |
| 1983 | 242,9 | 78,4 | 31,8 | 26,7 | 14,3 | 6,1 | 3,4 | 1,3 | 0,4 |
| 1984 | 247,9 | 80,2 | 32,4 | 27,4 | 13,9 | 5,8 | 3,3 | 1,1 | 0,4 |
| 1985 | 249,0 | 78,0 | 33,4 | 28,9 | 13,0 | 6,2 | 3,4 | 0,9 | 0,4 |
| 1986 | 249,0 | 79,0 | 32,0 | 29,4 | 13,1 | 6,2 | 3,5 | 1,0 | 0,3 |
| 1987 | 248,2 | 78,6 | 32,0 | 29,4 | 12,9 | 5,9 | 3,6 | 0,9 | 0,4 |
| 1988 | 254,8 | 81,3 | 32,4 | 30,7 | 12,8 | 5,8 | 3,7 | 0,8 | 0,4 |
| 1989 | 249,6 | 81,1 | 31,9 | 29,7 | 12,3 | 5,9 | 3,2 | 0,8 | 0,4 |
| 1990 | 246,5 | 79,6 | 30,9 | 30,1 | 11,3 | 5,6 | 3,6 | 0,8 | 0,3 |
| 1991 | 247,2 | 78,8 | 30,4 | 31,2 | 10,3 | 6,0 | 3,5 | 0,7 | 0,3 |
| 1992 | 244,7 | 77,6 | 31,1 | 31,0 | 10,7 | 5,4 | 3,3 | 0,7 | 0,2 |
| 1993 | 242,8 | 77,9 | 29,7 | 31,1 | 9,7 | 5,6 | 3,1 | 0,7 | 0,2 |
| 1994 | 241,8 | 75,6 | 30,3 | 30,7 | 9,8 | 5,3 | 3,2 | 0,6 | 0,4 |
| 1995 | 239,0 | 73,3 | 30,2 | 31,0 | 9,6 | 5,1 | 3,1 | 0,6 | 0,3 |
| 1996 | 236,5 | 73,0 | 29,5 | 29,0 | 9,5 | 5,0 | 2,9 | 0,5 | 0,3 |
| 1997 | 232,3 | 70,6 | 29,0 | 28,7 | 9,0 | 5,0 | 2,8 | 0,6 | 0,3 |
| 1998 | 230,5 | 70,3 | 28,9 | 28,0 | 8,6 | 4,7 | 2,7 | 0,5 | 0,3 |
| 1999 | 229,4 | 70,4 | 28,5 | 26,9 | 8,4 | 4,7 | 2,6 | 0,6 | 0,3 |
| 2000 | 225,4 | 64,4 | 28,5 | 26,8 | 8,1 | 3,9 | 2,8 | 0,5 | 0,2 |
| 2001 | 224,0 | 64,6 | 27,1 | 26,7 | 7,6 | 4,6 | 2,7 | 0,5 | 0,2 |
| 2002 | 219,9 | 64,5 | 27,7 | 25,0 | 7,3 | 4,7 | 2,5 | 0,4 | 0,2 |
| 2003* | 221,3 | 64,7 | 27,4 | 26,4 | 7,2 | 4,3 | 2,6 | 0,4 | 0,2 |
| 2004* | 219,5 | 63,8 | 27,1 | 26,1 | 7,0 | 4,2 | 2,5 | 0,4 | 0,2 |
| 2005* | 217,6 | 63,0 | 26,9 | 25,8 | 6,7 | 4,1 | 2,5 | 0,4 | 0,2 |
| 2006* | 215,9 | 62,1 | 26,6 | 25,5 | 6,5 | 4,0 | 2,4 | 0,4 | 0,2 |

* Taux estimatifs

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

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 8.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | |
|--------|-------------------|-------|--------|-----------------|----------|-----------------|---------|--------|
| | Tous les cancers | Sein | Poumon | Côlon et rectum | Thyroïde | Col de l'utérus | Estomac | Larynx |
| 1977 | 306,0 | 84,4 | 17,9 | 48,0 | 4,6 | 15,4 | 9,3 | 1,0 |
| 1978 | 319,4 | 86,1 | 20,1 | 50,2 | 4,8 | 14,7 | 9,5 | 1,3 |
| 1979 | 313,8 | 87,3 | 20,3 | 49,7 | 4,7 | 14,2 | 9,2 | 1,1 |
| 1980 | 305,5 | 83,3 | 21,7 | 47,4 | 4,4 | 13,0 | 8,6 | 1,4 |
| 1981 | 328,1 | 86,5 | 24,3 | 48,6 | 4,6 | 13,9 | 9,8 | 1,3 |
| 1982 | 321,0 | 86,0 | 25,9 | 48,9 | 4,5 | 12,3 | 8,7 | 1,1 |
| 1983 | 332,8 | 89,3 | 28,3 | 50,2 | 4,8 | 12,9 | 8,7 | 1,3 |
| 1984 | 329,5 | 90,4 | 29,6 | 48,9 | 4,9 | 12,2 | 8,1 | 1,4 |
| 1985 | 335,6 | 92,2 | 30,9 | 50,6 | 5,3 | 12,3 | 8,0 | 1,5 |
| 1986 | 324,9 | 88,6 | 31,7 | 48,2 | 5,2 | 10,9 | 8,3 | 1,4 |
| 1987 | 330,7 | 91,1 | 33,2 | 47,6 | 5,2 | 10,4 | 8,0 | 1,5 |
| 1988 | 336,1 | 97,8 | 34,8 | 46,1 | 5,1 | 10,2 | 7,2 | 1,5 |
| 1989 | 330,0 | 96,4 | 35,0 | 45,3 | 5,6 | 10,0 | 7,2 | 1,6 |
| 1990 | 333,2 | 96,0 | 36,5 | 45,7 | 5,8 | 10,4 | 6,9 | 1,4 |
| 1991 | 337,1 | 100,1 | 37,7 | 44,1 | 5,9 | 9,6 | 6,4 | 1,6 |
| 1992 | 343,5 | 102,0 | 39,7 | 44,2 | 6,9 | 9,6 | 6,5 | 1,3 |
| 1993 | 343,3 | 99,2 | 40,6 | 44,2 | 7,2 | 9,5 | 6,3 | 1,3 |
| 1994 | 342,1 | 99,0 | 39,8 | 43,6 | 7,7 | 9,4 | 6,3 | 1,4 |
| 1995 | 340,8 | 98,8 | 40,8 | 42,5 | 7,7 | 9,3 | 6,0 | 1,4 |
| 1996 | 338,8 | 98,6 | 41,9 | 41,0 | 7,8 | 9,2 | 6,0 | 1,3 |
| 1997 | 342,1 | 101,9 | 41,8 | 41,5 | 7,9 | 8,6 | 5,5 | 1,3 |
| 1998 | 349,6 | 103,0 | 43,4 | 43,8 | 8,2 | 8,3 | 5,6 | 1,2 |
| 1999 | 350,7 | 105,0 | 43,4 | 43,2 | 9,4 | 8,4 | 5,3 | 1,2 |
| 2000 | 350,3 | 101,0 | 44,5 | 44,1 | 10,4 | 8,4 | 5,4 | 1,0 |
| 2001 | 347,3 | 99,6 | 44,5 | 43,2 | 11,2 | 8,1 | 5,1 | 1,1 |
| 2002** | 354,8 | 103,4 | 45,2 | 42,7 | 13,1 | 8,0 | 5,0 | 1,1 |
| 2003** | 347,4 | 101,9 | 46,1 | 42,0 | 12,5 | 7,7 | 4,7 | 1,1 |
| 2004* | 354,3 | 104,9 | 48,2 | 41,6 | 13,2 | 7,7 | 4,7 | 1,1 |
| 2005* | 355,8 | 105,6 | 49,2 | 41,3 | 14,1 | 7,6 | 4,6 | 1,1 |
| 2006* | 357,2 | 106,3 | 50,3 | 41,1 | 15,0 | 7,5 | 4,4 | 1,1 |

* Taux estimatifs

** Les taux d'incidence résultent d'une estimation pour le Québec en 2002 et 2003 et pour l'Ontario en 2003.

Nota : Les taux excluent le cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Tableau 8.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1977-2006

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | | |
|-------|-------------------|--------|------|-----------------|---------|-----------------|----------|--------|--------------------|
| | Tous les cancers | Poumon | Sein | Côlon et rectum | Estomac | Col de l'utérus | Thyroïde | Larynx | Maladie de Hodgkin |
| 1977 | 147,1 | 13,9 | 30,6 | 25,2 | 7,4 | 4,8 | 0,7 | 0,4 | 0,7 |
| 1978 | 147,6 | 15,0 | 29,5 | 25,1 | 7,4 | 4,7 | 0,7 | 0,3 | 0,8 |
| 1979 | 150,2 | 16,3 | 29,8 | 26,1 | 7,2 | 4,2 | 0,6 | 0,4 | 0,7 |
| 1980 | 148,5 | 17,1 | 29,7 | 25,3 | 6,8 | 3,7 | 0,7 | 0,5 | 0,6 |
| 1981 | 149,0 | 17,9 | 30,1 | 24,4 | 7,5 | 3,9 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| 1982 | 149,3 | 19,6 | 29,7 | 23,5 | 6,7 | 3,9 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| 1983 | 149,4 | 19,9 | 30,4 | 23,1 | 6,5 | 3,9 | 0,7 | 0,4 | 0,6 |
| 1984 | 151,9 | 22,2 | 30,7 | 23,8 | 5,7 | 3,5 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| 1985 | 154,8 | 23,8 | 31,8 | 23,7 | 6,0 | 3,3 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| 1986 | 154,4 | 24,0 | 32,0 | 23,5 | 6,1 | 3,2 | 0,5 | 0,6 | 0,5 |
| 1987 | 154,0 | 25,3 | 31,3 | 23,0 | 5,7 | 3,0 | 0,4 | 0,6 | 0,5 |
| 1988 | 155,4 | 26,9 | 31,4 | 22,7 | 5,1 | 3,0 | 0,4 | 0,6 | 0,5 |
| 1989 | 153,1 | 27,0 | 31,2 | 21,3 | 5,5 | 2,9 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| 1990 | 153,1 | 27,6 | 31,3 | 21,3 | 5,0 | 3,0 | 0,5 | 0,5 | 0,4 |
| 1991 | 153,5 | 29,5 | 30,1 | 20,7 | 4,9 | 2,8 | 0,4 | 0,7 | 0,5 |
| 1992 | 153,1 | 29,6 | 30,4 | 20,2 | 4,9 | 2,4 | 0,5 | 0,4 | 0,4 |
| 1993 | 154,8 | 31,7 | 29,4 | 20,3 | 4,5 | 2,6 | 0,6 | 0,5 | 0,5 |
| 1994 | 155,1 | 31,9 | 30,0 | 19,9 | 4,5 | 2,7 | 0,4 | 0,6 | 0,3 |
| 1995 | 152,0 | 31,4 | 28,7 | 19,8 | 4,6 | 2,4 | 0,4 | 0,6 | 0,4 |
| 1996 | 155,2 | 33,7 | 28,9 | 19,7 | 4,4 | 2,6 | 0,5 | 0,4 | 0,3 |
| 1997 | 150,3 | 32,7 | 27,7 | 18,8 | 3,9 | 2,5 | 0,5 | 0,5 | 0,3 |
| 1998 | 151,3 | 34,6 | 26,4 | 19,3 | 3,8 | 2,3 | 0,5 | 0,4 | 0,3 |
| 1999 | 149,8 | 34,9 | 25,2 | 18,6 | 4,0 | 2,4 | 0,4 | 0,5 | 0,3 |
| 2000 | 149,8 | 34,4 | 25,1 | 18,2 | 3,9 | 2,2 | 0,4 | 0,5 | 0,3 |
| 2001 | 148,2 | 34,4 | 25,0 | 17,8 | 3,4 | 2,1 | 0,3 | 0,4 | 0,3 |
| 2002 | 149,3 | 35,3 | 24,4 | 17,7 | 3,6 | 1,9 | 0,4 | 0,4 | 0,2 |
| 2003* | 149,5 | 37,3 | 24,5 | 17,4 | 3,4 | 2,0 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| 2004* | 149,2 | 38,1 | 24,1 | 17,1 | 3,3 | 2,0 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| 2005* | 149,0 | 39,0 | 23,7 | 16,9 | 3,2 | 1,9 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| 2006* | 148,7 | 39,9 | 23,4 | 16,6 | 3,1 | 1,9 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |

* Taux estimatifs

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

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Tableau 9

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1992-2001) et de mortalité (1993-2002) normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada

| | Incidence 1992-2001 | | | | Mortalité 1993-2002 | | | |
|---------------------------|---------------------|------------------------|-------------|------------------------|---------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| | Hommes | | Femmes | | Hommes | | Femmes | |
| | VAMP | Point de retournement† | VAMP | Point de retournement† | VAMP | Point de retournement† | VAMP | Point de retournement† |
| Tous les cancers | 0,8** | 1996 | 0,3* | | -1,1** | | -0,5* | |
| Vessie | -0,7* | 1993 | -0,4 | | -0,1 | | -1,2 | |
| Corps de l'utérus | – | | -0,1 | | – | | -0,5 | |
| Encéphale | -0,1 | | 0,4 | | -0,5 | | -0,3 | |
| Sein | – | | 0,2 | | – | | -2,7** | 1994 |
| Col de l'utérus | – | | -2,0** | | – | | -3,2** | |
| Côlon et rectum | 1,7 | 1997 | 1,2 | 1996 | -1,1** | | -1,6** | |
| Oesophage | 0,3 | | -1,4* | | 0,9* | | -0,6 | |
| Maladie de Hodgkin | -1,1* | | -1,0* | | -4,5** | | -3,9* | |
| Rein | 0,5 | | 0,8 | | -0,5 | | -0,7 | |
| Larynx | -3,3** | | -2,7** | | -2,3** | | -2,6 | |
| Leucémie | -0,2 | | -0,5 | | -0,8* | | -1,7** | |
| Poumon | -1,6* | 1996 | 1,4** | | -2,1** | | 1,3** | |
| Mélanome | 2,4** | | 1,8** | | 1,3* | | -0,5 | |
| Myélome multiple | -0,1 | | 0,4 | | -0,9 | | -0,4 | |
| Lymphomes non-hodgkiniens | 0,9** | | -1,0 | 1997 | 1,3* | | 0,3 | |
| Cavité buccale | -2,7** | | -0,9 | | -2,6** | | -0,5 | |
| Ovaire | – | | -1,1* | | – | | -0,6 | |
| Pancréas | -0,7* | | -0,7 | | -1,1** | | -0,8** | |
| Prostate | 3,4** | 1996 | – | | -2,5** | 1994 | – | |
| Estomac | -2,3** | | -2,7** | | -3,3** | | -3,2** | |
| Testicule | 1,8* | | – | | -4,2 | | – | |
| Thyroïde | 5,1** | | 5,2** | | -0,4 | | -3,2 | |

– Sans objet

* Significatif à p = 0,05

** Significatif à p = 0,01

† Lorsqu'il y a un point de retournement, celui-ci est utilisé comme point de référence plutôt que 1992 pour l'incidence ou 1993 pour la mortalité. Voir l'Annexe II : *Méthodologie* pour de plus amples détails.

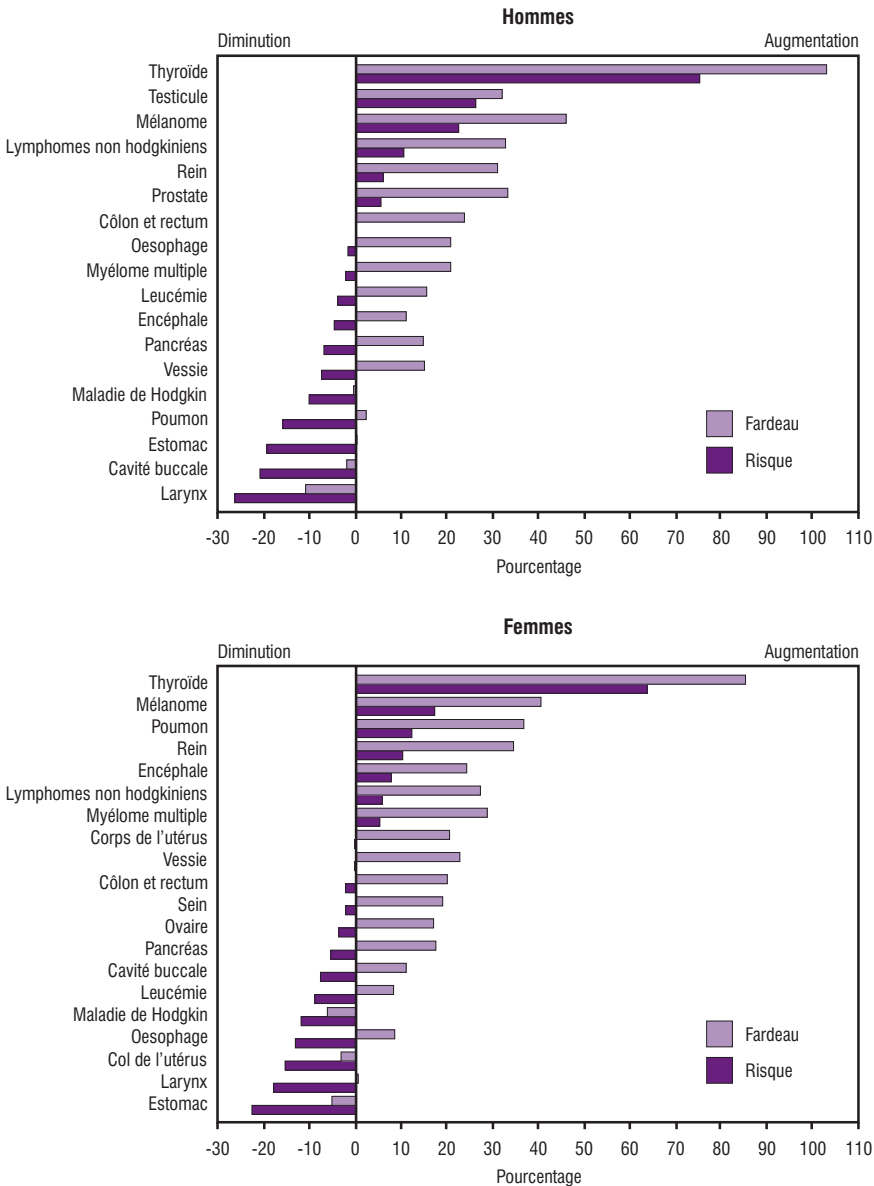
Nota : On calcule la variation annuelle moyenne en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique. Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1986 à 2001 pour l'incidence et de 1986 à 2002 pour la mortalité.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 6.1

Variation en pourcentage du fardeau (nombre total de cas) et du risque de cancer (taux d'incidence normalisés selon l'âge) pour certains sièges ou types de cancer, Canada, décennie de 1992-2001

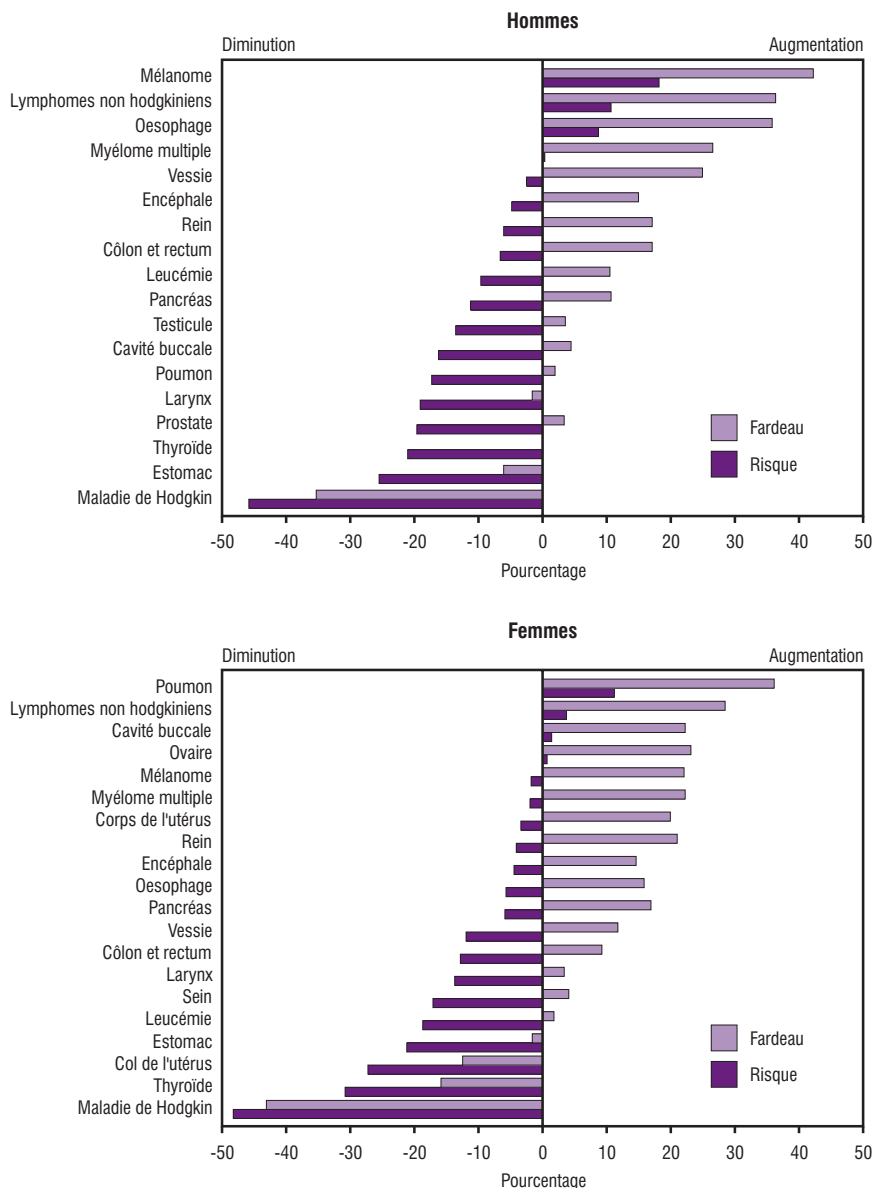


Nota : Voir le tableau 9 pour connaître la variation annuelle moyenne en pourcentage pour tous les sièges et types. Les sièges et types sont classés par ordre décroissant de variation du taux en pourcentage.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Figure 6.2

Variation en pourcentage du fardeau de la mortalité (nombre total de décès) et du risque de décès par cancer (taux de mortalité normalisés selon l'âge) pour certains sièges ou types de cancer, Canada, décennie de 1993-2002



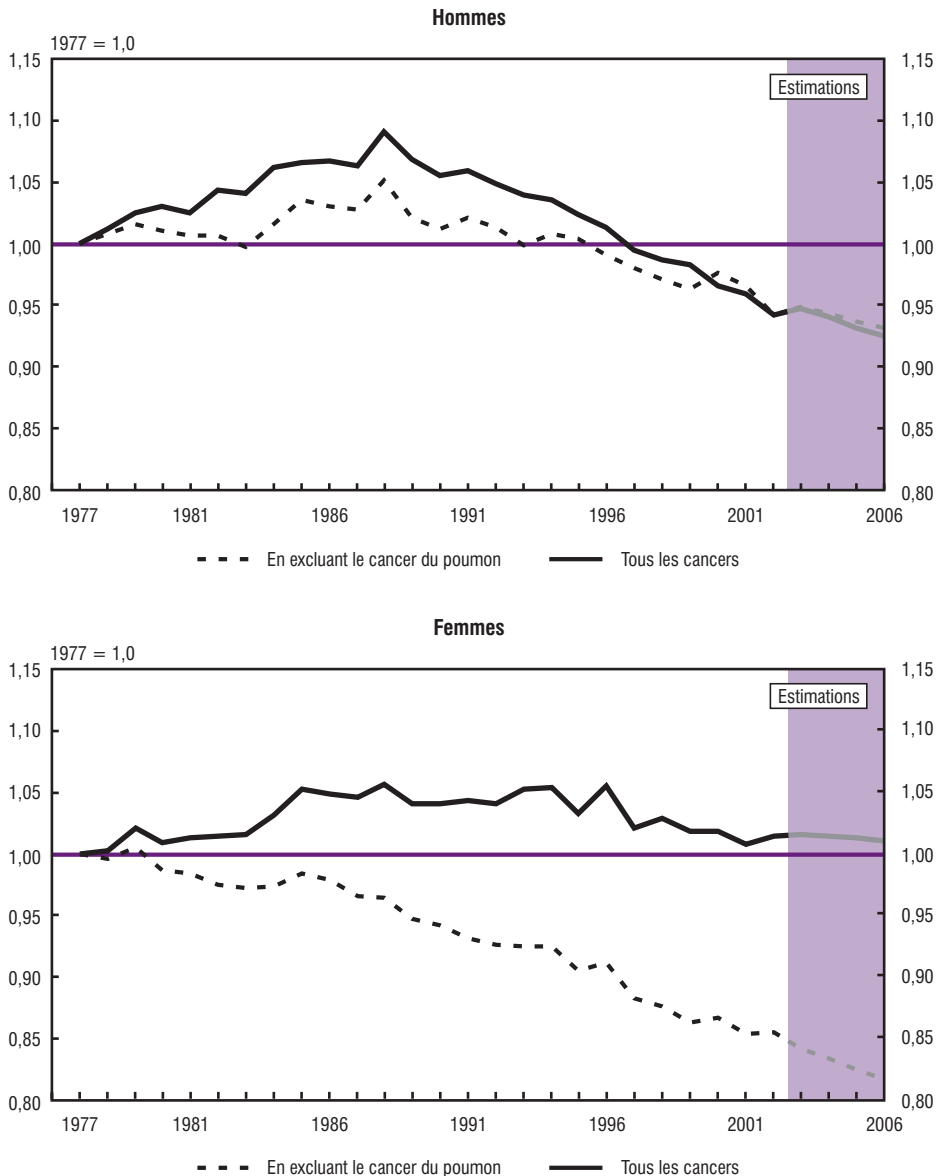
Nota : Voir le tableau 9 pour connaître la variation annuelle moyenne en pourcentage pour tous les sièges et types. Les sièges et types sont classés par ordre décroissant de variation du taux en pourcentage.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 7

Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1977-2006*



* Les taux sont établis par rapport à 1977 (année en cours divisée par le taux de 1977).

Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir aussi le *Glossaire* et l'*Annexe II : Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Le cancer est une maladie qui frappe surtout les personnes âgées. Les estimations pour 2006 présentées au tableau 10 montrent que 66 000 nouveaux cas (43 %) et 42 200 décès dus au cancer (60 %) surviendront dans la population canadienne de 70 ans et plus et qu'en outre, 38 400 nouveaux cas (25 %) et 15 000 décès (21 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans. Par contre, chez les moins de 20 ans, on observera moins de 1 % des nouveaux cas et des décès. 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. La figure 8 illustre les taux par âge d'incidence du cancer et de la mortalité par groupe d'âge de 5 ans pour 2001, la dernière année pour laquelle on dispose de données complètes. Les taux d'incidence et de mortalité augmentent fortement avec l'âge chez les hommes et les femmes. Les taux d'incidence sont environ 100 fois plus élevés chez les 85 ans et plus que chez les 0 à 4 ans pour les deux sexes, alors que les taux de mortalité croissent par un facteur de 800 au cours de l'existence. Les taux d'incidence du cancer sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf entre 15 et 54 ans; les taux de mortalité chez les hommes sont supérieurs sauf entre l'âge de 25 et 54 ans. L'écart est particulièrement important chez les hommes dans les groupes plus âgés.

Le tableau 11 présente la répartition selon l'âge et le sexe des cancers les plus courants chez les 20 ans et plus. Plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du poumon et de cancer colorectal et 45 % des cas de cancer de la prostate seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus. En revanche, 29 % seulement des cancers du sein seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus, et 20 %, chez des femmes de moins de 50 ans.

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers et pour quatre grands groupes d'âge sont représentées graphiquement à la figure 9 (une échelle différente sur l'axe des y étant utilisée pour chaque groupe d'âge, compte tenu du large éventail des taux selon l'âge). Les taux plus élevés chez les femmes dans le groupe des 20 à 49 ans sont particulièrement frappants et sont en grande partie attribuables au cancer du sein, siège de cancer et cause de décès par cancer les plus fréquents chez les femmes de ce groupe (près de 40 % des cas diagnostiqués et de 25 % des décès).

Des hausses soutenues de l'incidence sont enregistrées uniquement dans les groupes plus âgés (50-69 ans et 70 ans et plus), bien que les taux puissent s'être stabilisés ou avoir diminué ces dernières années chez les hommes de 70 ans et plus. L'impact du recours accru au dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour détecter tôt les cancers de la prostate à la fin des années 80 et au début des années 90 est manifeste chez les hommes des deux groupes les plus âgés (voir *Tendances de l'incidence et de la mortalité*). Dans les groupes plus jeunes, l'incidence est soit demeurée stable (0-19 ans, les deux sexes, et 20-49 ans, les femmes) ou a décliné (hommes de 20 à 49 ans) au cours de la dernière décennie. C'est dû probablement en partie à la baisse durable du tabagisme chez les jeunes hommes.

Durant la dernière décennie, les taux de mortalité ont chuté de 3 % par année chez les 0 à 19 ans et de 2 % par année chez les 20 à 49 ans. Des baisses plus modestes mais statistiquement significatives sont également observables chez les hommes et les

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

femmes d'âge moyen (1,8 % et 0,9 % par année, respectivement) et chez les hommes plus âgés (diminution de 0,5 % par année chez les hommes de 70 ans et plus). Ce n'est que chez les femmes de 70 ans et plus que les taux de mortalité continuent de progresser, faisant écho à la hausse de leur taux de mortalité par cancer du poumon.

*Le cancer frappe surtout les Canadiens âgés.
Des baisses notables de la mortalité ont été
observées dans la plupart des groupes d'âge.*

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Tableau 10

Répartition de tous les sièges et types de cancer combinés, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2006

| Groupe d'âge | Population (en milliers) Estimations pour 2006 | | | Nouveaux cas Estimations pour 2006 | | | Décès Estimations pour 2006 | | |
|----------------------|---|---------------|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | Total | H | F |
| 0-19 | 7 595 | 3 887 | 3 707 | 1 250 | 680 | 590 | 180 | 95 | 80 |
| 20-29 | 4 309 | 2 187 | 2 122 | 1 800 | 810 | 960 | 230 | 120 | 100 |
| 30-39 | 4 623 | 2 326 | 2 298 | 4 400 | 1 550 | 2 800 | 740 | 300 | 430 |
| 40-49 | 5 367 | 2 696 | 2 671 | 12 700 | 4 500 | 8 200 | 3 200 | 1 400 | 1 850 |
| 50-59 | 4 429 | 2 198 | 2 231 | 28 500 | 13 300 | 15 200 | 8 800 | 4 400 | 4 400 |
| 60-69 | 2 791 | 1 352 | 1 439 | 38 400 | 22 100 | 16 300 | 15 000 | 8 400 | 6 500 |
| 70-79 | 1 868 | 844 | 1 023 | 39 200 | 22 600 | 16 600 | 20 900 | 11 900 | 9 000 |
| 80+ | 1 143 | 399 | 744 | 26 800 | 12 900 | 14 000 | 21 300 | 10 400 | 11 000 |
| Tous les âges | 32 125 | 15 889 | 16 236 | 153 100 | 78 400 | 74 700 | 70 400 | 37 000 | 33 400 |

Nota : Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*. Les projections de la population pour 2006 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Tableau 11

Répartition de certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2006

| Groupe d'âge | Poumon | | | Côlon et rectum | | | Prostate | Sein |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | H | F |
| Nouveaux cas | | | | | | | | |
| 0-19 | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 |
| 20-29 | 20 | 15 | 10 | 40 | 20 | 20 | – | 75 |
| 30-39 | 140 | 55 | 85 | 220 | 110 | 100 | 5 | 850 |
| 40-49 | 1 050 | 410 | 660 | 1 100 | 570 | 510 | 360 | 3 600 |
| 50-59 | 3 500 | 1 650 | 1 800 | 3 100 | 1 800 | 1 300 | 3 600 | 6 200 |
| 60-69 | 6 400 | 3 500 | 2 900 | 4 800 | 3 000 | 1 850 | 7 400 | 5 100 |
| 70-79 | 7 300 | 4 200 | 3 100 | 5 900 | 3 300 | 2 500 | 6 300 | 3 800 |
| 80+ | 4 200 | 2 200 | 2 000 | 4 800 | 2 000 | 2 800 | 3 000 | 2 600 |
| Tous les âges | 22 700 | 12 000 | 10 600 | 20 000 | 10 800 | 9 100 | 20 700 | 22 200 |
| Décès | | | | | | | | |
| 0-19 | – | – | – | 5 | 5 | – | – | – |
| 20-29 | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | – | 5 |
| 30-39 | 75 | 25 | 45 | 55 | 25 | 30 | – | 110 |
| 40-49 | 740 | 300 | 430 | 300 | 170 | 140 | 15 | 480 |
| 50-59 | 2 600 | 1 300 | 1 250 | 960 | 570 | 390 | 130 | 950 |
| 60-69 | 5 100 | 2 900 | 2 200 | 1 700 | 1 050 | 640 | 520 | 950 |
| 70-79 | 6 500 | 3 800 | 2 700 | 2 400 | 1 400 | 1 000 | 1 400 | 1 150 |
| 80+ | 4 300 | 2 300 | 2 000 | 3 100 | 1 300 | 1 750 | 2 200 | 1 600 |
| Tous les âges | 19 300 | 10 700 | 8 600 | 8 500 | 4 600 | 3 900 | 4 200 | 5 300 |

– Moins de 3 cas ou décès.

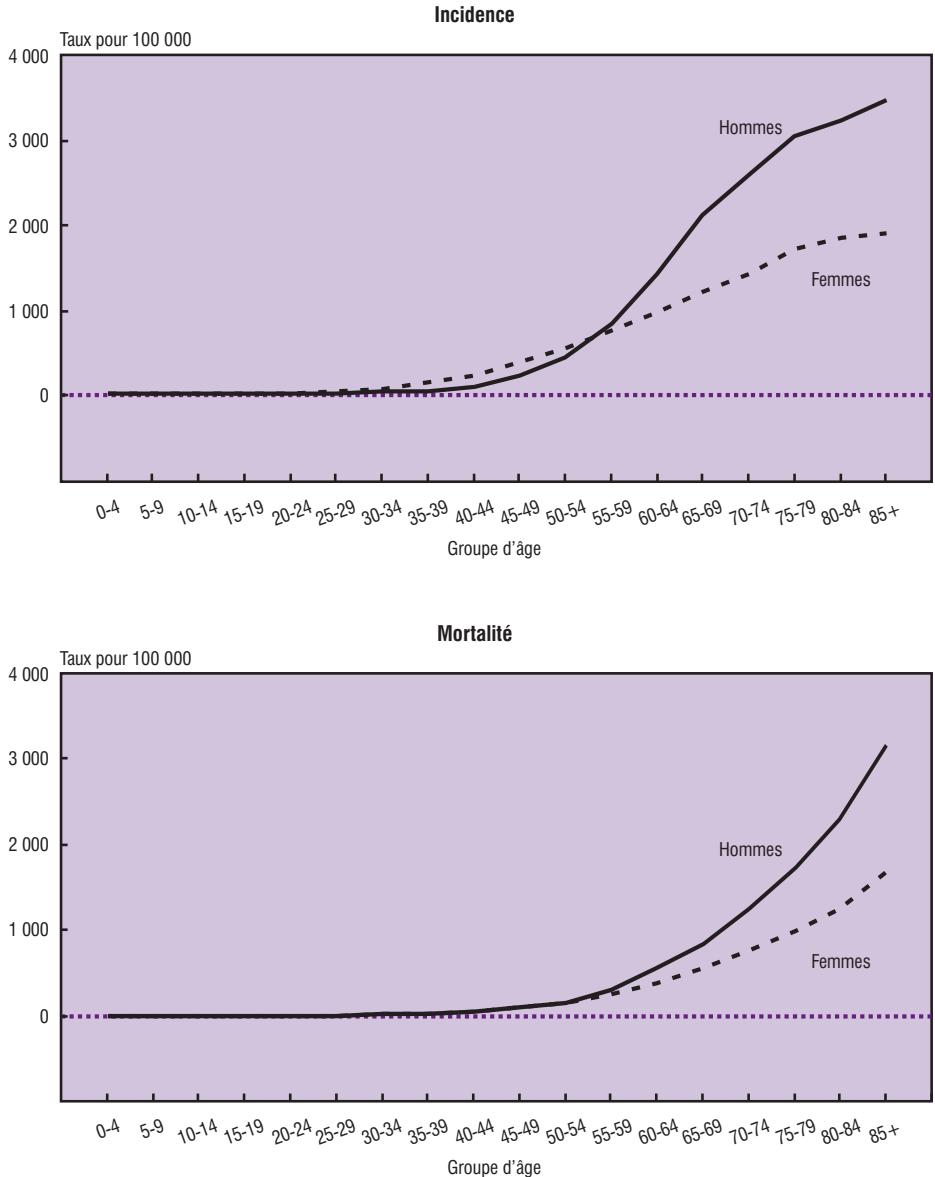
Nota : Les chiffres ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Figure 8

Taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2001



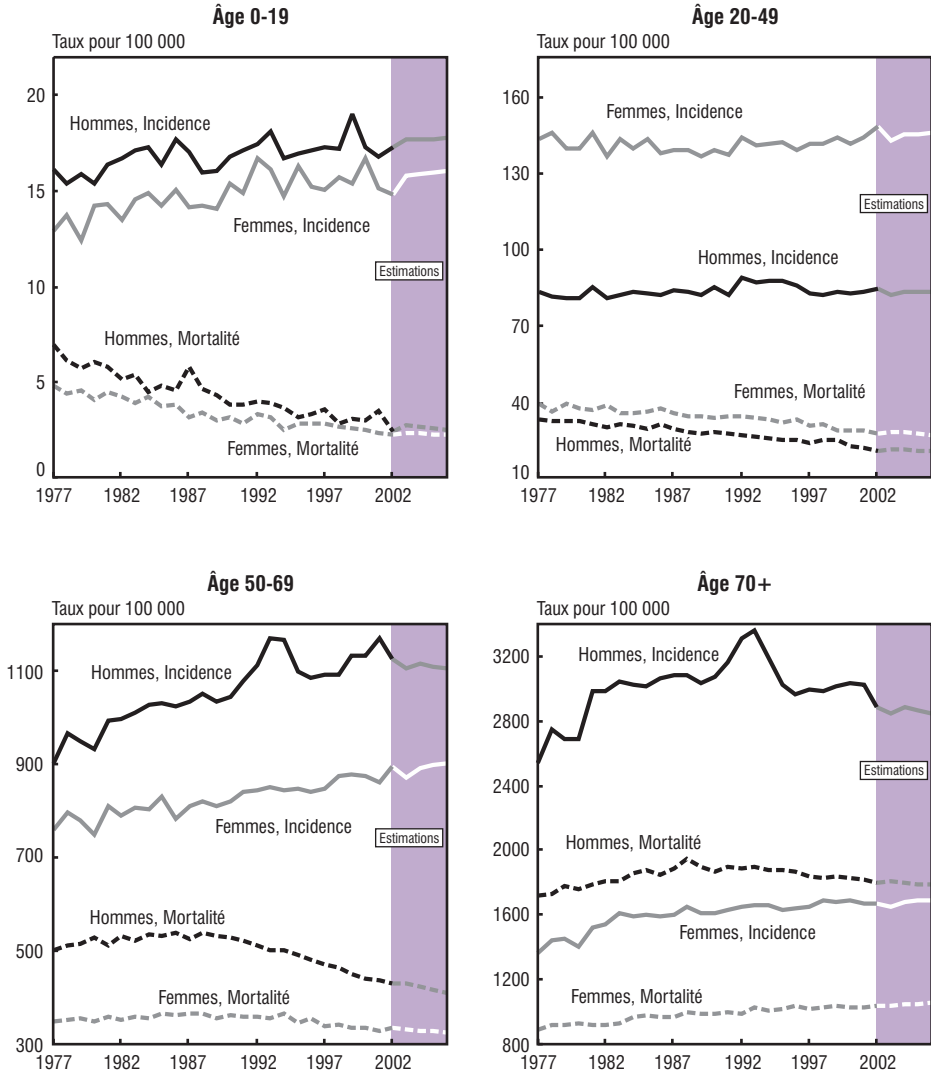
Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

RÉPARTITION DES CAS DE CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Figure 9

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par grand groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1977-2006



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). L'incidence a été estimée pour 2002 à 2003 au Québec, et pour 2003 en Ontario.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

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

Le tableau 12 présente la probabilité (exprimée en pourcentage) que les Canadiens soient atteints des formes de cancer les plus courantes pour certains groupes d'âge de dix ans, ainsi que la probabilité qu'ils soient atteints d'une de ces formes de cancer au cours de leur vie ou qu'ils en meurent.

Le calcul de ces probabilités reflète la survenue du cancer dans une cohorte hypothétique. Par exemple, si l'on suit une cohorte de 1 000 femmes de 50 ans jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de 59 ans, on estime que 63 d'entre elles, soit 6,3 % (1 sur 15,9), seront atteintes d'un cancer au cours de cette période de dix ans. Ce pourcentage représente donc le risque qu'une femme de 50 ans souffre d'un cancer avant l'âge de 60 ans. En suivant le même raisonnement, on estime que le risque qu'un homme de 60 ans soit atteint d'un cancer avant l'âge de 70 ans s'établit à 15,5 % (1 homme sur 6,5). Pour ce qui est de la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de la vie, les données sont présentées en termes de probabilité (en pourcentage) et de probabilité inverse. Par exemple, dans le cas des hommes, la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de la vie s'établit à 0,44 (44 %), tandis que la probabilité inverse est de 1 sur 2,3. Ainsi, on prévoit qu'environ 2 hommes sur 5 seront atteints d'une forme de cancer durant leur vie. De même, 1 femme sur 2,6 (un peu plus de 1 femme sur 3) souffrira d'un cancer à un moment de sa vie. Par ailleurs, 1 homme sur 3,5 et 1 femme sur 4,3, soit environ 1 Canadien sur 4, seront emportés par le cancer.

Au cours de sa vie, 1 femme sur 8,9 sera atteinte du cancer du sein, qui est la forme la plus courante de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome) dont souffrent les femmes, et 1 femme sur 27 sera emportée par cette maladie. De plus, 1 femme sur 16 sera atteinte du cancer colorectal, mais 1 sur 31 seulement en mourra. Enfin, 1 femme sur 17 sera atteinte du cancer du poumon et 1 sur 20 succombera, ce qui en fait la cause la plus probable de décès par cancer chez les Canadiennes. Au cours de sa vie, 1 homme sur 7 sera atteint du cancer de la prostate, mais 1 sur 26 seulement en mourra. Par ailleurs, 1 homme sur 11 sera atteint du cancer du poumon, et 1 sur 12 sera emporté par ce dernier, ce qui en fait de loin la principale cause de décès par cancer chez les Canadiens de sexe masculin.

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 11,2 % (1 femme sur 8,9) 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 3,1 % (1 femme sur 32). 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 12 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 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 6,9 % (1 homme sur 14). 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.

Chez les personnes très âgées (80 à 89 ans), la baisse de la probabilité d'être atteint de nombreux types de cancer ou d'en mourir, qui contraste avec l'augmentation générale du risque avec l'âge, s'explique par l'augmentation de la probabilité de décès par d'autres causes à un âge avancé.

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

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

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

Tableau 12

Probabilité à vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, selon l'âge, 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 | 44,0 | 2,3 | 28,7 | 3,5 | 0,6 | 1,7 | 6,1 | 15,5 | 21,9 | 20,3 |
| Prostate | 14,1 | 7,1 | 3,9 | 25,8 | – | 0,1 | 1,7 | 5,6 | 6,9 | 5,3 |
| Poumon | 8,8 | 11,4 | 8,1 | 12,3 | – | 0,2 | 0,9 | 2,7 | 4,3 | 3,7 |
| Côlon et rectum | 7,3 | 13,7 | 3,5 | 28,4 | – | 0,2 | 0,9 | 2,1 | 3,3 | 3,4 |
| Vessie | 2,7 | 37,1 | 1,0 | 100,0 | – | 0,1 | 0,3 | 0,7 | 1,3 | 1,5 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 2,0 | 49,3 | 1,1 | 94,3 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 0,8 | 0,8 |
| Rein | 1,7 | 57,8 | 0,7 | 140,8 | – | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,6 |
| Leucémie | 1,5 | 65,0 | 1,0 | 98,0 | – | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,6 | 0,7 |
| Cavité buccale | 1,4 | 70,8 | 0,6 | 181,8 | – | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,4 |
| Estomac | 1,4 | 72,4 | 1,0 | 103,1 | – | – | 0,1 | 0,4 | 0,6 | 0,7 |
| Mélanome | 1,3 | 77,1 | 0,3 | 303,0 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,4 |
| Pancréas | 1,2 | 81,6 | 1,3 | 76,9 | – | – | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 0,6 |
| Encéphale | 0,8 | 130,9 | 0,6 | 179,2 | – | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Myélome multiple | 0,7 | 146,2 | 0,6 | 181,8 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| Oesophage | 0,7 | 149,5 | 0,8 | 119,0 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| Femmes | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 38,4 | 2,6 | 23,5 | 4,3 | 1,2 | 3,0 | 6,3 | 10,1 | 13,6 | 13,5 |
| Sein | 11,2 | 8,9 | 3,7 | 26,8 | 0,4 | 1,3 | 2,4 | 3,1 | 3,2 | 2,5 |
| Côlon et rectum | 6,4 | 15,7 | 3,3 | 30,6 | – | 0,2 | 0,6 | 1,3 | 2,3 | 2,9 |
| Poumon | 5,9 | 16,8 | 5,0 | 20,0 | – | 0,2 | 0,8 | 1,7 | 2,3 | 1,8 |
| Corps de l'utérus | 2,3 | 43,4 | 0,5 | 185,2 | – | 0,1 | 0,5 | 0,7 | 0,7 | 0,5 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1,7 | 58,3 | 0,9 | 108,7 | – | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 0,6 |
| Ovaire | 1,5 | 66,7 | 1,1 | 90,9 | – | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,4 |
| Pancréas | 1,3 | 78,5 | 1,3 | 75,2 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,5 | 0,6 |
| Leucémie | 1,1 | 89,0 | 0,7 | 135,1 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,5 |
| Rein | 1,1 | 89,9 | 0,4 | 227,3 | – | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,4 |
| Mélanome | 1,1 | 92,8 | 0,2 | 526,3 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| Vessie | 0,9 | 106,6 | 0,4 | 256,4 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,4 |
| Thyroïde | 0,9 | 107,6 | 0,1 | 428,6 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Col de l'utérus | 0,7 | 138,2 | 0,3 | 384,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Cavité buccale | 0,7 | 148,2 | 0,3 | 400,0 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Encéphale | 0,7 | 152,6 | 0,4 | 232,6 | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Oesophage | 0,3 | 362,1 | 0,3 | 312,5 | – | – | – | – | 0,1 | 0,1 |

– Valeur inférieure à 0,05

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 2001 et sur les tables de mortalité fondées sur les taux pour l'ensemble des causes de 1999 à 2001. 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 2001. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : *Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

La figure 10, qui illustre le classement de 12 causes de décès prématuré au Canada en 2002 représentées en années potentielles de vie perdues (APVP), montre que le cancer vient au premier rang, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les 990 000 APVP dues au cancer représentent 32 % du total attribuable à l'ensemble des causes de décès (tableau 13). Les maladies du cœur viennent au deuxième rang.

Les APVP associées aux divers sièges et types de cancer (tableau 13) indiquent que le cancer du poumon a entraîné à lui seul la perte de 264 000 années potentielles de vie, ce qui correspond à 27 % de la mortalité prématurée due au cancer. En 2002, les trois cancers les plus dévastateurs chez l'homme ont été le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate, ceux-ci étant la cause de 49 % des APVP dues au cancer. Chez la femme, les trois principaux cancers ont été le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal, auxquels on attribue 53 % des APVP à cause du cancer. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'importance relative de ces cancers quant au nombre d'années potentielles de vie perdues n'a pas changé au cours des dernières années. Chez la femme, toutefois, le nombre d'APVP dues au cancer du poumon, qui est supérieur à celui observé pour le cancer du sein, reflète les taux élevés de mortalité par cancer du poumon chez les femmes de 50 à 79 ans. Chez l'homme, bien que le cancer de la prostate soit plus répandu que le cancer du poumon, le nombre d'APVP attribuable au cancer du poumon est quatre fois supérieur au nombre attribuable au cancer de la prostate, ce qui témoigne des taux de mortalité plus élevés associés au cancer du poumon et de l'âge plus jeune auquel les hommes sont atteints de ce type de cancer et en meurent.

Le nombre d'années potentielles de vie perdues est d'autant plus élevé que le cancer est répandu, qu'il se déclare à un jeune âge et qu'il entraîne rapidement la mort. Si l'on prend les cancers les plus fréquents chez l'homme et la femme, on constate que le nombre d'APVP associées au cancer du sein (94 000) dépasse largement celui attribuable au cancer de la prostate (34 000), ce qui tient à l'âge relativement jeune auquel les femmes meurent du cancer du sein. Par contre, dans le cas de la maladie de Hodgkin, ce nombre, qui s'établit à 3 000, indique que ce type de cancer est moins courant et qu'il est relativement curable.

Bien que beaucoup plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes (514 000 contre 476 000), du fait que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que certains décès dus au cancer surviennent à un plus jeune âge chez la femme.

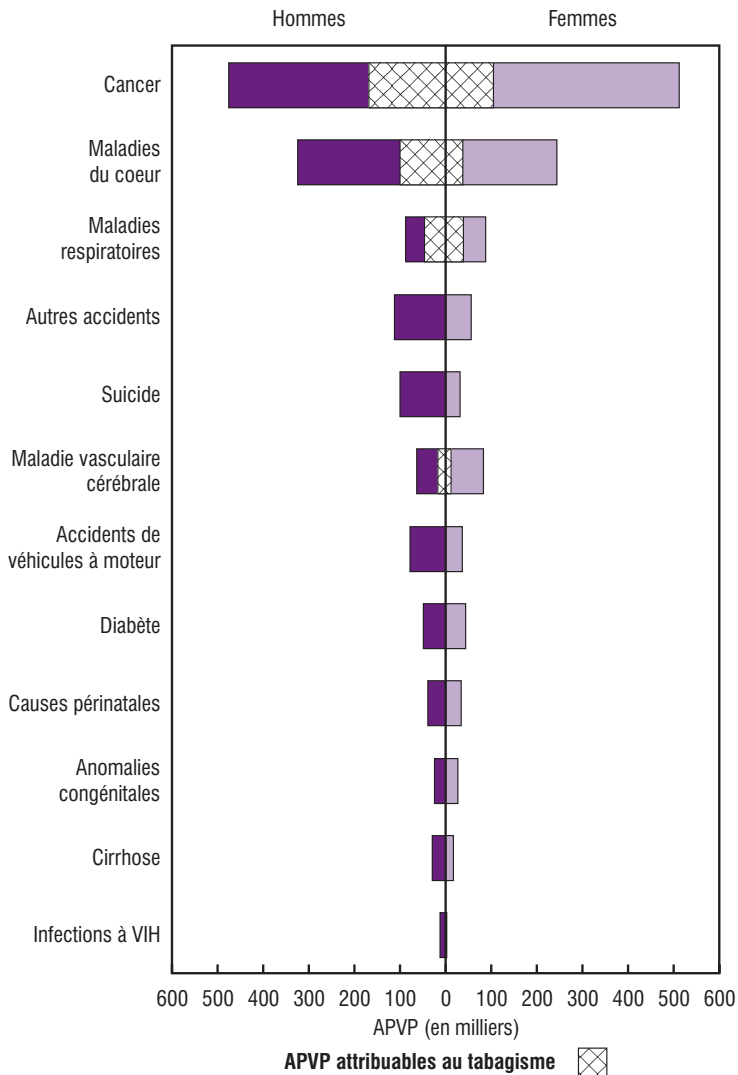
L'usage des produits du tabac constitue la principale cause des décès prématurés évitables dus au cancer. De nombreux décès provoqués par d'autres maladies sont également causés par le tabagisme (figure 10). Chez les hommes, la consommation de tabac est responsable de plus du tiers des APVP découlant de tous les types de cancer, d'environ 30 % des APVP liées aux maladies du cœur et de plus de 50 % des APVP associées aux maladies respiratoires. Chez les femmes, le tabagisme est à l'origine d'environ le cinquième des APVP résultant de tous les types de cancer.

Le cancer est la principale cause de décès prématuré au Canada.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Figure 10

**Causes choisies d'années potentielles de vie perdues (APVP),
Canada, 2002**



Nota : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres ayant été arrondis et certains sièges ou types de cancer ayant été exclus, la somme des nombres et des pourcentages peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les APVP attribuables à la consommation de tabac sont fondées sur les estimations du risque relatif basé sur le suivi de la cohorte CPS-II et les estimations de la consommation de tabac au Canada en 1996. Voir l'Annexe II : *Méthodologie* pour de plus amples détails.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Tableau 13

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 2002

| | Potential Years of Life Lost (PYLL) | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------|-----------|------|-----------|------|
| | Total | | Hommes | | Femmes | |
| | Années | % | Années | % | Années | % |
| TOUTES LES CAUSES | 3 131 000 | – | 1 665 600 | – | 1 465 400 | – |
| Tous les cancers | 989 800 | 100 | 476 000 | 100 | 513 800 | 100 |
| Sièges ou types de cancer | | | | | | |
| Poumon | 264 300 | 26,7 | 142 100 | 29,9 | 122 200 | 23,8 |
| Côlon et rectum | 112 000 | 11,3 | 58 200 | 12,2 | 53 800 | 10,5 |
| Sein | 94 200 | 9,5 | – | – | 94 200 | 18,3 |
| Pancréas | 45 900 | 4,6 | 21 700 | 4,6 | 24 200 | 4,7 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 40 000 | 4,0 | 21 100 | 4,4 | 18 900 | 3,7 |
| Encéphale | 34 400 | 3,5 | 18 700 | 3,9 | 15 700 | 3,1 |
| Prostate | 34 400 | 3,5 | 34 400 | 7,2 | – | – |
| Leucémie | 33 600 | 3,4 | 18 700 | 3,9 | 14 900 | 2,9 |
| Ovaire | 28 900 | 2,9 | – | – | 28 900 | 5,6 |
| Estomac | 27 000 | 2,7 | 15 700 | 3,3 | 11 300 | 2,2 |
| Rein | 21 900 | 2,2 | 13 500 | 2,8 | 8 400 | 1,6 |
| Oesophage | 20 000 | 2,1 | 16 300 | 3,4 | 5 500 | 1,1 |
| Cavité buccale | 18 400 | 1,9 | 12 700 | 2,7 | 5 700 | 1,1 |
| Vessie | 17 000 | 1,7 | 11 900 | 2,5 | 5 100 | 1,0 |
| Myélome multiple | 16 500 | 1,7 | 8 200 | 1,7 | 8 300 | 1,6 |
| Mélanome | 15 300 | 1,5 | 8 800 | 1,8 | 6 500 | 1,3 |
| Corps de l'utérus | 10 300 | 1,0 | – | – | 10 300 | 2,0 |
| Col de l'utérus | 9 300 | 0,9 | – | – | 9 300 | 1,8 |
| Larynx | 7 200 | 0,7 | 5 700 | 1,2 | 1 600 | 0,3 |
| Maladie de Hodgkin | 2 800 | 0,3 | 1 500 | 0,3 | 1 300 | 0,3 |
| Testicule | 1 000 | 0,1 | 1 000 | 0,2 | – | – |

– Sans objet

Nota : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres ayant été arrondis et les autres sièges ou types de cancer ayant été exclus, la somme des nombres et des pourcentages peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

La prévalence désigne le nombre total de personnes qui, à un moment précis, vivaient avec un cancer diagnostiqué. Le tableau 14 présente le nombre estimatif de Canadiens qui, en 2001, étaient toujours vivants après un diagnostic de cancer posé au cours des 15 dernières années. L'estimation de la prévalence est fournie pour les quatre cancers les plus courants, les autres cancers confondus et tous les cancers. Le tableau indique le nombre et le pourcentage de Canadiens qui vivaient avec un cancer diagnostiqué au cours des 15 années précédant l'année 2001 et le taux inverse (c.-à-d., la population dont est issu un cas de cancer). Ces estimations sont basées sur les taux de survie pour la Saskatchewan, qui ont été appliqués aux données canadiennes sur l'incidence.

La prévalence globale du cancer dans la population canadienne est de 2,4 % chez les hommes et de 2,7 % chez les femmes. En 2001, environ 369 800 hommes et 421 600 femmes avaient survécu au cancer, soit un total d'environ 791 400 Canadiens (ou 2,6 % de la population), ce qui signifie que 1 Canadien sur 42 et 1 Canadienne sur 37 ont reçu un diagnostic de cancer à un moment donné au cours des 15 années précédentes.

Chez les hommes, le cancer le plus répandu est le cancer de la prostate, qui touche 113 600 hommes, soit 0,7 % de la population masculine, suivi du cancer colorectal (51 000 cas) et du cancer du poumon (18 000 cas). Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes (155 100 cas, soit 1 % de la population féminine), également suivi du cancer colorectal (51 500 cas) et du cancer du poumon (18 200 cas). Les taux de prévalence sont influencés par les taux d'incidence et la période moyenne de survie, qui dépendent tous deux de l'âge. Par conséquent, bien que les taux d'incidence et de survie ajustés selon l'âge soient plus élevés, dans l'ensemble, pour le cancer de la prostate que pour le cancer du sein, la prévalence du cancer du sein est plus élevée que celle du cancer de la prostate parce que le cancer du sein est plus fréquent dans les groupes d'âge plus jeunes. Dans le cas du cancer du poumon, les taux de survie sont plus faibles; ainsi, même si l'incidence est élevée, la prévalence est relativement faible.

Les taux de survie à l'échelle nationale depuis 15 ans ne sont pas disponibles. Par conséquent, dans l'estimation des taux de prévalence, nous avons tenu pour acquis que les taux de survie pour la Saskatchewan étaient représentatifs des taux pour le Canada. Bien qu'il existe d'autres méthodes d'estimation, celles-ci ne permettent pas de connaître la prévalence nationale pour certains types de cancer. Par exemple, 2 % des répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2002) ont fait état d'antécédents de cancer, pourcentage qui, comme prévu, est légèrement inférieur à la prévalence estimative mentionnée précédemment pour tous les Canadiens (2,6 %) parce que la méthode utilisée sous-estime légèrement la prévalence réelle¹⁵. Une autre méthode, utilisée par le personnel du Registre des cas de cancer de l'Ontario, consistait à calculer le nombre de personnes atteintes de cancer qui, d'après l'information disponible, n'étaient pas décédées, ce qui a donné un taux de prévalence de 0,3 % pour le cancer colorectal (soit un taux identique aux résultats indiqués au tableau 14). Ainsi, il est rassurant de constater que les estimations obtenues au moyen d'autres méthodes ont donné les mêmes taux de prévalence.

La prévalence est un indicateur utile du fardeau que représente le cancer tant pour la personne touchée que pour le système de santé. Bien qu'un grand nombre des 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 pour les personnes atteintes de cancer, leur famille et leurs proches. 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. Le risque de récurrence ou d'apparition d'un second cancer primitif chez les personnes qui ont survécu à un cancer contribue également à accroître la demande de services de santé. Cette augmentation de la demande et la complexité des besoins de santé des survivants doivent être prises en considération lors de la planification et de la mise en œuvre des services de santé interdisciplinaires.

Un grand nombre de Canadiens doivent composer avec les effets du cancer, doivent être soumis à des traitements actifs répétés et ont un besoin constant de ressources et de services de soutien pour lutter contre le cancer.

Tableau 14

Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 2001

| | Prévalence (nombre de cas) 15 ans | | | Prévalence en pourcentage de la population de 2001 | | | Prévalence un sur | | |
|-------------------------|---|----------------|----------------|--|------------|------------|----------------------|-----------|-----------|
| | Les deux | H | F | Les deux | H | F | Les deux | H | F |
| Sein | 155 100 | – | 155 100 | 1,0 | – | 1,0 | 101 | – | 101 |
| Prostate | 113 600 | 113 600 | – | 0,7 | 0,7 | – | 135 | 135 | – |
| Côlon et rectum | 102 500 | 51 000 | 51 500 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 303 | 301 | 304 |
| Poumon | 36 200 | 18 000 | 18 200 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 857 | 854 | 860 |
| Autres cancers | 384 000 | 187 200 | 196 800 | 1,2 | 1,2 | 1,3 | 81 | 82 | 80 |
| Tous les cancers | 791 400 | 369 800 | 421 600 | 2,6 | 2,4 | 2,7 | 39 | 42 | 37 |

Nota : Les taux de survie sont basés sur les données de la Saskatchewan pour la période de 1986 à 2001 de même que sur un suivi jusqu'en 2002.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Les taux de survie au cancer dans une population donnent un aperçu du fardeau que représente cette maladie et reflète en particulier la gravité variée des différents types de cancer. Il convient toutefois de noter que les variations géographiques et temporelles de la survie peuvent être imputables à des différences sur le plan des techniques diagnostiques, du recours à des stratégies de dépistage précoce, de la disponibilité et de l'efficacité des traitements ainsi qu'à des différences dans les types de cancer qui surviennent dans une population donnée.

Le pronostic d'un cas de cancer dépend de facteurs liés à la personne atteinte (p. ex., âge, sexe, groupe ethnique, risque de décès dû à d'autres maladies), de facteurs liés à la tumeur (p. ex., extension de la maladie, sous-type histologique) et de facteurs liés au programme de lutte contre le cancer dans cette population (p. ex., accessibilité et qualité des services de diagnostic et de traitement, qualité des services de dépistage et population desservie). Comme les estimations relatives à la survie dans une population sont basées sur les expériences d'un groupe hétérogène de personnes, elles sont des indicateurs pronostiques « moyens » utiles de l'efficacité des services de santé et peuvent être utilisées pour comparer différentes populations ou différentes périodes¹⁶. La comparaison des estimations de la survie peut aider à déterminer les lacunes, à établir des priorités et à trouver des mesures pour améliorer la survie des patients¹⁷. Ces estimations ne rendent pas nécessairement compte des chances de survie d'une personne au cours d'une période donnée (p. ex., cinq ans) après le diagnostic, et les intervalles de confiance qui les accompagnent représentent la variation des pronostics possibles chez chaque personne atteinte.

Les rapports de survie relative (RSR) à cinq ans au Canada pour les cas diagnostiqués entre 1995 et 1997 et analysés selon la méthode des cohortes sont présentés au tableau 15. Les données englobent tous les cancers envahissants combinés et certains sièges ou types de cancer en ordre alphabétique. Les RSR provinciaux normalisés selon l'âge et les RSR nationaux par âge pour le cancer colorectal, les cancers du poumon, du sein et de la prostate (les quatre cancers les plus souvent diagnostiqués) sont fournis au tableau 16 et au tableau 17, respectivement.

La méthodologie ayant servi à ces analyses et les données présentées ici sont un résumé des résultats plus détaillés d'analyses de la survie publiés par Statistique Canada¹⁸. Les données du Québec ont été exclues parce que sa méthode de détermination de la date du diagnostic des cancers diffère de celle utilisée par d'autres registres, ce qui rend l'estimation des durées de survie plus difficile. Les territoires sont inclus dans les rapports nationaux mais ne sont pas présentés avec les RSR provinciaux parce que les chiffres étaient trop petits pour permettre une normalisation fiable selon l'âge des RSR. Certaines estimations pour l'Île-du-Prince-Édouard ont également été supprimées pour cette raison.

La survie relative est la méthode privilégiée d'analyse de la survie des personnes atteintes de cancer pour des études dans la population. Le RSR à cinq ans pour tous les cancers envahissants combinés était de 59 %. Autrement dit, les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 1995 et 1997 avaient 59 % 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 51 % (données non présentées). La survie observée n'est pas utilisée comme paramètre ici parce que les décès dus à des causes autres que la maladie étudiée réduisent la proportion de la survie observée et

empêche la comparaison des résultats obtenus par des groupes présentant une mortalité générale différente¹⁹.

Les RSR à cinq ans chez les personnes de 15 à 99 ans étaient les plus élevés pour les cancers de la thyroïde (95 %) et du testicule (95 %), suivis du cancer de la prostate (91 %) et du mélanome cutané (90 %) (tableau 15). Chez les hommes, les sièges ou types de cancer pour lesquels le pronostic était le meilleur étaient les suivants : testicule (95 %), thyroïde (91 %) et prostate (91 %); chez les femmes, le pronostic était le plus favorable pour le cancer de la thyroïde (96 %) et le mélanome cutané (93 %). Le RSR le plus faible a été relevé chez les personnes souffrant d'un cancer du pancréas (6 %); venaient après le cancer de l'œsophage (13 %) et celui du poumon et des bronches (16 %). Bien qu'on ait observé une certaine variation dans les RSR réels, ces sièges et leur ordre relatif étaient les mêmes pour les deux sexes. Pour tous les cancers envahissants combinés, la survie relative à cinq ans était meilleure chez les femmes (62 %) que chez les hommes (57 %). Pour tous les sièges analysés, la survie était similaire ou supérieure chez les femmes, sauf pour les cancers du larynx (hommes : 68 %; femmes : 63 %) et de la vessie (hommes : 78 %; femmes : 74 %).

Les RSR normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate variaient de 83 % en Saskatchewan à 92 % en Ontario et en Colombie-Britannique; les estimations pour Terre-Neuve-et-Labrador étaient considérées en général comme artificiellement élevées, et n'ont donc pas été prises en compte dans toutes les comparaisons provinciales (tableau 16). Le RSR provincial normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer colorectal a été enregistré à l'Île-du-Prince-Édouard (66 %) et le plus faible en Nouvelle-Écosse (56 %); sinon, les RSR variaient de 58 % à 60 %. Les RSR normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon et des bronches atteignaient un sommet à l'Île-du-Prince-Édouard et en Ontario (16 %) et étaient les plus bas en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick (13 %). Le RSR provincial normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer du sein a été relevé à l'Île-du-Prince-Édouard (91 %); sinon, les RSR variaient de 85 % à 88 %.

Les RSR à cinq ans étaient constants dans tous les groupes d'âge pour le cancer colorectal et le cancer du sein, à une exception près; la survie relative au cancer du sein (78 %) était la plus faible chez les personnes dont le cancer avait été diagnostiqué avant l'âge de 40 ans (tableau 17). C'est chez les personnes de 50 à 69 ans que le pronostic après un diagnostic de cancer de la prostate était le plus favorable (environ 94 %). La survie relative au cancer du poumon était la meilleure dans le groupe le plus jeune, puis diminuait avec l'âge. Le RSR à cinq ans pour le cancer du poumon est passé de 25 % chez les sujets âgés de 20 à 39 ans au moment du diagnostic à 12 % chez ceux de 70 à 99 ans.

La survie relative des cas diagnostiqués à un âge plus avancé est moins bonne pour de nombreuses formes de cancer^{20,21}. Plusieurs explications peuvent être avancées : l'administration moins fréquente d'un traitement à cause d'un taux de comorbidité plus élevé, une répartition moins favorable selon le stade et un traitement moins agressif (indépendamment de la co-morbidité) chez les personnes plus âgées²¹.

Plusieurs raisons peuvent expliquer la variation observée dans les rapports de survie provinciaux. Citons notamment des profils différents d'utilisation et de diffusion des techniques de dépistage et de détection précoce, des tendances différentes en matière de diagnostic, l'existence et l'accessibilité de traitements anticancéreux, ainsi que les variations dans les méthodes de déclaration des registres. À cause de l'absence de

données sur le stade de la maladie au moment du diagnostic et de détails sur les méthodes de diagnostic, on ignore dans quelle mesure ces différences ont influé sur les rapports de survie relative à cinq ans. Il se peut également que les différences interprovinciales soient un artefact dû au dépistage ou au diagnostic précoce, qui peut avoir gonflé les rapports de survie à cinq ans sans avoir eu d'impact sur la mortalité réelle par cancer²². Par exemple, il est probable qu'au moins une partie de la variation des rapports de survie au cancer de la prostate dans les provinces soit due à une différence dans les rapports de taux de dosage de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate, permettant de diagnostiquer plus tôt ce cancer chez les hommes. De même, le recours au dépistage mammographique du cancer du sein peut être à l'origine d'une partie de la variation interprovinciale de la survie au cancer du sein.

La prudence est donc de mise lorsqu'on interprète les différences interprovinciales. Une étude récente a montré que les rapports de survie relative dans une population sont plus étroitement associés à l'incidence du cancer qu'à la mortalité par cancer²². Il s'ensuit qu'il est plus probable que la variation dans les rapports de survie relative soit un indicateur de la variation dans la survenue de la maladie et de la façon dont elle est détectée, plutôt que de l'effet sur l'issue de la maladie (p. ex., selon le traitement). C'est un point dont il faut particulièrement tenir compte dans les comparaisons relatives à la survie ci-dessus, parce que le stade de la maladie n'était pas indiqué dans les banques de données canadiennes, ce qui nous a empêchés de tenir compte de l'impact du principal facteur pronostique. Il reste donc que ces résultats peuvent illustrer la grande variation dans la gravité de la maladie. Même si le système canadien de surveillance du cancer est l'un des meilleurs au monde, les limites relevées dans les données disponibles montrent également qu'il faut continuer d'améliorer la qualité de ces données, leur exhaustivité et leur accessibilité. Ce n'est qu'en apportant ces améliorations qu'on pourra mieux comprendre et expliquer les tendances relatives à la survie, lesquelles peuvent servir de points de référence pour la planification d'un meilleur système de lutte contre le cancer.

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.

Tableau 15

Rapport de survie relative (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le siège ou type de cancer et selon le sexe, Canada à l'exclusion du Québec, cas diagnostiqués entre 1995 et 1997

| | Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %) | | |
|-------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
| | Les deux sexes | Hommes | Femmes |
| Tous les cancers | 59 (59-60) | 57 (57-57) | 62 (61-62) |
| Vessie (y compris <i>in situ</i>)* | 77 (76-79) | 78 (77-80) | 74 (72-76) |
| Encéphale | 23 (22-25) | 22 (20-24) | 25 (23-27) |
| Sein | 86 (85-86) | 89 (82-95) | 86 (85-86) |
| Col de l'utérus | 72 (70-74) | – | 72 (70-74) |
| Côlon et rectum | 60 (59-60) | 59 (58-60) | 60 (60-61) |
| Corps de l'utérus | 87 (86-88) | – | 87 (86-88) |
| Oesophage | 13 (11-14) | 12 (10-14) | 15 (12-18) |
| Maladie de Hodgkin | 85 (83-87) | 85 (82-88) | 86 (83-88) |
| Rein et bassinnet du rein | 65 (63-66) | 64 (62-66) | 66 (64-68) |
| Larynx | 67 (64-69) | 68 (65-70) | 63 (57-69) |
| Leucémie | 46 (45-47) | 46 (44-48) | 45 (43-48) |
| Poumon et bronches | 16 (15-16) | 14 (14-15) | 18 (17-18) |
| Myélome multiple | 31 (29-33) | 31 (28-33) | 32 (29-35) |
| Lymphomes non hodgkiniens | 56 (55-58) | 53 (52-55) | 60 (59-62) |
| Cavité buccale et pharynx | 62 (61-63) | 61 (60-63) | 63 (61-66) |
| Ovaire | 38 (37-40) | – | 38 (37-40) |
| Pancréas | 6 (6-7) | 6 (5-7) | 7 (6-8) |
| Prostate | 91 (91-92) | 91 (91-92) | – |
| Mélanomes cutanés | 90 (89-91) | 87 (85-88) | 93 (92-95) |
| Estomac | 23 (22-24) | 20 (19-22) | 27 (25-30) |
| Testicule | 95 (94-96) | 95 (94-96) | – |
| Thyroïde | 95 (94-96) | 91 (88-93) | 96 (95-97) |

– Sans objet

* Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer *in situ* de la vessie.

Nota : Les différences dans les définitions des sièges par rapport aux autres sections sont indiquées à l'Annexe II : *Méthodologie*.

Source : Statistique Canada. Statistiques sur le cancer - Statistiques sur la survie au cancer. Ottawa : Division de la statistique de la santé, No 84-601-XIF – 001 au catalogue, 2005. (affiché sur le site : <http://www.statcan.ca/french/freepub/84-601-XIF/2005001.htm>).

Tableau 16

Rapport de survie relative normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le sexe et la province pour certains sièges ou types de cancer, cas diagnostiqués entre 1995 et 1997

| | | Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %) | | | |
|-----------------------|---------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | Côlon et rectum | Poumon | Sein | Prostate |
| Les deux sexes | Canada | 60 (59-61) | 15 (15-16) | 86 (86-87) | 91 (90-91) |
| | T.-N.-L.* | 69 (65-74) | 20 (16-23) | 87 (83-90) | 92 (87-97) |
| | Î.-P.-É.** | 66 (57-73) | 16 (12-21) | 91 (85-97) | 90 (84-96) |
| | N.-É. | 56 (52-59) | 13 (12-15) | 85 (83-88) | 90 (87-93) |
| | N.-B. | 58 (55-62) | 13 (11-15) | 85 (82-87) | 91 (88-94) |
| | Ont. | 60 (59-61) | 16 (16-17) | 86 (85-87) | 92 (91-93) |
| | Man. | 58 (55-61) | 15 (13-17) | 87 (85-89) | 89 (87-91) |
| | Sask. | 60 (57-63) | 14 (12-16) | 88 (86-90) | 83 (80-85) |
| | Alb. | 59 (57-61) | 14 (13-15) | 85 (83-86) | 88 (86-89) |
| | C.-B. | 60 (58-62) | 14 (13-15) | 87 (86-88) | 92 (91-94) |
| Hommes | Canada | 59 (58-60) | 14 (13-15) | – | 91 (90-91) |
| | T.-N.-L.* | 72 (66-78) | 18 (15-22) | – | 92 (87-97) |
| | Î.-P.-É.** | – | 11 (6-19) | – | 90 (84-96) |
| | N.-É. | 58 (53-62) | 12 (10-15) | – | 90 (87-93) |
| | N.-B. | 58 (53-63) | 12 (10-14) | – | 91 (88-94) |
| | Ont. | 60 (59-61) | 15 (15-16) | – | 92 (91-93) |
| | Man. | 56 (52-60) | 12 (10-15) | – | 89 (87-91) |
| | Sask. | 58 (54-62) | 12 (10-15) | – | 83 (80-85) |
| | Alb. | 59 (56-62) | 12 (11-14) | – | 88 (86-89) |
| | C.-B. | 58 (55-60) | 13 (12-14) | – | 92 (91-94) |
| Femmes | Canada | 61 (60-62) | 17 (17-18) | 86 (86-87) | – |
| | T.-N.-L.* | 67 (61-72) | 23 (17-30) | 87 (83-90) | – |
| | Î.-P.-É.** | – | 22 (14-31) | 91 (85-96) | – |
| | N.-É. | 54 (50-58) | 14 (12-17) | 85 (83-88) | – |
| | N.-B. | 59 (54-64) | 14 (11-17) | 85 (82-87) | – |
| | Ont. | 61 (60-62) | 18 (17-19) | 86 (85-87) | – |
| | Man. | 59 (55-63) | 18 (15-21) | 87 (85-89) | – |
| | Sask. | 62 (57-66) | 16 (13-20) | 88 (86-90) | – |
| | Alb. | 61 (57-64) | 17 (15-19) | 85 (83-86) | – |
| | C.-B. | 63 (60-65) | 16 (14-17) | 87 (85-88) | – |

– Sans objet ou estimations non disponibles

* Les rapports pour le cancer colorectal et le cancer du poumon à T.-N.-L. semblent être associés à une survie artificiellement élevée. On en ignore la raison.

** Toutes les proportions pour la survie prévue à l'Île-du-Prince-Édouard ont été tirées des tables de mortalité canadienne car il était impossible de produire des estimations stables pour chaque âge dans ces régions à cause de la petite taille de la population. Les estimations de la survie relative à l'Île-du-Prince-Édouard peuvent être biaisées dans la mesure où la survie prévue de la population générale n'était pas la même dans cette province que dans l'ensemble du Canada.

Nota : Les différences dans les définitions des sièges par rapport aux autres sections sont indiquées à l'Annexe II : *Méthodologie*.

Source : Statistique Canada. Statistiques sur le cancer - statistiques sur la survie au cancer. Ottawa : Division de la statistique de la santé, No 84-601-XIF - 001 au catalogue, 2005. (affiché sur le site : <http://www.statcan.ca/french/freepub/84-601-XIF/2005001.htm>).

Tableau 17

Rapport de survie relative (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le groupe d'âge et pour certains sièges ou types de cancer, cas diagnostiqués entre 1995 et 1997, Canada à l'exclusion du Québec

| | Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %) | | | | |
|-----------------|--|------------|------------|------------|------------|
| | 20-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-99 |
| Côlon et rectum | 61 (57-65) | 61 (59-64) | 61 (59-62) | 61 (59-62) | 59 (58-60) |
| Poumon | 26 (22-30) | 20 (18-22) | 19 (18-20) | 17 (16-17) | 12 (12-13) |
| Sein | 78 (76-79) | 85 (84-86) | 87 (86-88) | 88 (87-89) | 86 (85-87) |
| Prostate | – | 85 (81-89) | 93 (92-94) | 95 (94-95) | 88 (87-89) |

– Estimations non disponibles

Nota : Les différences dans les définitions des sièges par rapport aux autres sections sont indiquées à l'Annexe II : *Méthodologie*.

Source : Statistique Canada. Statistiques sur le cancer - Statistiques sur la survie au Cancer. Ottawa : Division de la statistique de la santé, No 84-601-XIF – 001 au catalogue, 2005. (affiché sur le site : <http://www.statcan.ca/french/freepub/84-601-XIF/2005001.htm>).

Le tableau 18 présente le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge, et le nombre de décès et les taux de mortalité normalisés selon l'âge (1997-2001) chez les enfants et les jeunes canadiens de 0 à 19 ans. En moyenne, durant cette période, 1 285 cas de cancer ont été diagnostiqués chez des enfants et 227 enfants sont morts du cancer chaque année. La leucémie a été à l'origine de 26 % des nouveaux cas et de 30 % des décès dus au cancer chez les enfants et demeure le cancer infantile le plus répandu. Les cancers de l'encéphale et de la moelle épinière, qui représentent le deuxième groupe le plus fréquent de cancers infantiles, ont été responsables d'environ 17 % des nouveaux cas et de 25 % des décès, alors que les lymphomes ont produit 17 % des nouveaux cas et 8 % des décès.

La figure 11 présente par ordre d'importance neuf causes de décès prématuré chez les enfants et les jeunes canadiens en 2002, selon le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP). Le cancer se classait au sixième rang des causes d'APVP après les troubles périnataux, les anomalies congénitales, les accidents de véhicules à moteur, les autres accidents et le suicide. Le nombre total d'APVP associées à la mortalité par cancer chez les enfants et les jeunes canadiens (de 0 à 19 ans) en 2002 était de 12 878 années.

Le rapport du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, qui peut être calculé à partir des données indiquées au tableau 15, donne une indication du pronostic de la maladie. Pour l'ensemble des cancers infantiles réunis, ce rapport est d'environ 0,18, ce qui indique que moins du cinquième des cas se sont soldés par un décès. Les rapports les plus élevés ($> 0,25$) s'observent chez les enfants atteints d'un cancer du foie, de tumeurs du système nerveux sympathique, en particulier de neuroblastomes, de tumeurs osseuses ainsi que de tumeurs de l'encéphale et de la moelle épinière. Le rapport élevé dans le cas des neuroblastomes témoigne du stade avancé auquel est souvent diagnostiquée cette maladie. De même, le pronostic est assez sombre pour le sarcome des tissus mous (0,20), en particulier le rhabdomyosarcome (0,25). Le rapport relativement élevé pour l'ensemble des leucémies s'explique par le rapport beaucoup plus élevé enregistré pour la leucémie aiguë non lymphocytaire (0,37) que pour la leucémie aiguë lymphocytaire (0,11). Bien que le pronostic associé aux lymphomes soit en général assez bon, le rapport décès-nouveaux cas pour la maladie de Hodgkin (0,02) est beaucoup plus faible que celui des lymphomes non hodgkiniens (0,16). Enfin, les faibles rapports associés aux rétinoblastomes et aux tumeurs des cellules germinales indiquent la faible mortalité liée à ces tumeurs.

Les faibles taux de mortalité associés à la leucémie aiguë lymphocytaire, à la maladie de Hodgkin et aux tumeurs des cellules germinales rendent compte des progrès immenses réalisés dans le traitement de ces cancers au cours des 30 dernières années. Depuis le début des années 50, les taux de mortalité par cancer infantile ont reculé de plus de 50 %, les baisses les plus importantes étant survenues après 1970. L'amélioration de la survie a été particulièrement spectaculaire dans le cas du cancer infantile le plus fréquent, la leucémie aiguë lymphocytaire, de même que pour les lymphomes et le cancer du rein. Il y a 50 ans, pratiquement personne ne survivait à la leucémie infantile²³, mais aujourd'hui, environ 80 % des enfants et des adolescents canadiens atteints de leucémie aiguë lymphocytaire vivent encore cinq ans après le diagnostic²⁴. L'amélioration de la survie chez les enfants par rapport à la plupart des adultes cancéreux témoigne des différences biologiques propres au cancer entre ces deux groupes, ainsi que des différences dans les modalités thérapeutiques. Les essais cliniques ont permis d'identifier de nouveaux agents et modalités thérapeutiques, et

une plus forte proportion d'enfants que d'adultes souffrant de cancer participent à ces essais. De même, le virage en faveur des soins multidisciplinaires a amélioré les résultats thérapeutiques et réduit la morbidité.

*Les enfants canadiens sont rarement touchés
par le cancer, et la majorité des enfants atteints
survivront à cette maladie.*

CANCER CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

Tableau 18

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour divers types histologiques chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada, 1997-2001

| Groupe diagnostique ² | Nouveaux cas (1997-2001) ¹ | | TINA pour 1 000 000 par année | Décès (1997-2001) | | TMNA pour 1 000 000 par année | Ratio décès: cas |
|--|---------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------|------------------|
| | Nombre | % | | Nombre | % | | |
| Leucémie | 1 653 | 25,7 | 42,5 | 337 | 29,6 | 8,49 | 0,20 |
| Aiguë lymphocytaire | 1 255 | 19,5 | 32,3 | 138 | 12,1 | 3,45 | 0,11 |
| Aiguë non lymphocytaire | 264 | 4,1 | 6,8 | 97 | 8,5 | 2,44 | 0,37 |
| Encéphale et moelle épinière | 1 086 | 16,9 | 27,4 | 285 | 25,1 | 7,17 | 0,26 |
| Astrocytome | 498 | 7,7 | 12,5 | 75 | 6,6 | 1,85 | 0,15 |
| T. neuro-ectodermique primitive | 246 | 3,8 | 6,3 | 74 | 6,5 | 1,88 | 0,30 |
| Épendymome | 87 | 1,4 | 2,3 | 29 | 2,6 | 0,74 | 0,33 |
| Lymphomes | 1 082 | 16,8 | 26,4 | 91 | 8,0 | 2,22 | 0,08 |
| Maladie de Hodgkin | 587 | 9,1 | 14,2 | 14 | 1,2 | 0,34 | 0,02 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 486 | 7,6 | 12,0 | 77 | 6,8 | 1,88 | 0,16 |
| Carcinome | 554 | 8,6 | 13,4 | 31 | 2,7 | 0,77 | 0,06 |
| Thyroïde | 221 | 3,4 | 5,3 | 1 | 0,1 | 0,02 | 0,00 |
| Mélanome | 151 | 2,3 | 3,7 | 2 | 0,2 | 0,05 | 0,01 |
| À cellules germinales et autres t. gonadiques | 440 | 6,8 | 10,9 | 26 | 2,3 | 0,64 | 0,06 |
| T. gonadiques à cellules germinales | 274 | 4,3 | 6,7 | 5 | 0,4 | 0,12 | 0,02 |
| Tissus mous | 386 | 6,0 | 9,7 | 77 | 6,8 | 1,95 | 0,20 |
| Rhabdomyosarcome | 150 | 2,3 | 3,8 | 38 | 3,3 | 0,96 | 0,25 |
| Fibrosarcome | 68 | 1,1 | 1,7 | 5 | 0,4 | 0,12 | 0,07 |
| Os | 346 | 5,4 | 8,4 | 103 | 9,1 | 2,50 | 0,30 |
| Ostéosarcome | 170 | 2,6 | 4,1 | 57 | 5,0 | 1,38 | 0,34 |
| Sarcome d'Ewing | 130 | 2,0 | 3,2 | 40 | 3,5 | 0,97 | 0,31 |
| Système nerveux sympathique | 325 | 5,1 | 8,9 | 90 | 7,9 | 2,29 | 0,28 |
| Neuroblastome | 307 | 4,8 | 8,5 | 90 | 7,9 | 2,29 | 0,29 |
| Rein | 286 | 4,4 | 7,6 | 42 | 3,7 | 1,05 | 0,15 |
| Tumeur de Wilm | 263 | 4,1 | 7,0 | 35 | 3,1 | 0,87 | 0,13 |
| Rétinoblastome | 105 | 1,6 | 2,9 | 2 | 0,2 | 0,05 | 0,02 |
| Tumeurs hépatiques | 72 | 1,1 | 1,9 | 26 | 2,3 | 0,67 | 0,36 |
| Autres cancers | 92 | 1,4 | 2,4 | 27 | 2,4 | 0,70 | 0,29 |
| Total (5 ans) | 6 427 | 100,0 | 162,4 | 1 137 | 100,0 | 28,50 | 0,18 |
| Moyenne par année | 1 285 | | | 227 | | | |

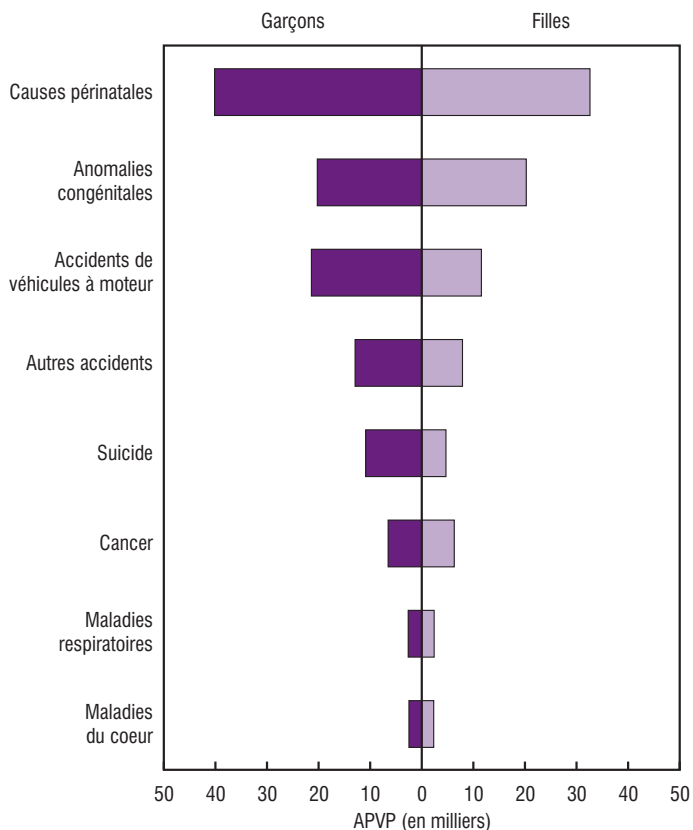
¹ Les données présentées portent sur la plus récente période de cinq ans disponible et excluent les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et les carcinomes in situ, à l'exception du carcinome du rein. Les données sont groupées selon l'International Classification Scheme for Childhood Cancer de l'Organisation mondiale de la santé (1996) et classés selon le nombre de cas. Les taux sont corrigés 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.

² Seules les principales sous-catégories dans chaque groupe sont incluses. Les leucémies aiguës lymphocytaires incluent toutes les leucémies lymphoïdes, dont 99 % sont aiguës. Les lymphomes non hodgkiniens englobent le lymphome de Burkitt et les lymphomes non précisés. La catégorie des neuroblastomes comprend les ganglioneuroblastomes; la tumeur de Wilm englobe les sarcomes rhabdoïdes et à cellules claires; les rhabdomyosarcomes incluent les sarcomes embryonnaires; et les fibrosarcomes englobent les autres tumeurs fibromateuses.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada, et Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Figure 11

Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP) chez les enfants de 0 à 19 ans, Canada, 2002



Nota : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont basés sur l'espérance de vie. Voir l'*Annexe II : Méthodologie* pour de plus amples détails.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Introduction

Pour ce sujet particulier, nous avons tablé sur les connaissances qui existent relativement aux programmes de dépistage du cancer du sein dans la population. L'information est répartie en deux sections, l'une pour les interventions de dépistage dans la population pour lesquelles il existe des données scientifiques à l'appui d'une réduction de la mortalité et l'autre pour les interventions non suffisamment étayées par des données. Nous présentons également des renseignements, lorsque c'est possible, sur le dépistage *organisé* et *opportuniste* (moins coordonné ou ponctuel) actuel en nous appuyant sur les données fournies dans la publication de Santé Canada, *Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada*, de même que dans les publications revues par des pairs, les rapports de programmes de dépistage et les enquêtes nationales. Comme les enquêtes sont basées sur des auto-déclarations, les estimations de la participation au dépistage dans ces enquêtes peuvent être plus élevées que celles des bases de données des programmes provinciaux de dépistage. Cet écart peut survenir lorsque des personnes présentant des symptômes évocateurs d'un cancer signalent par erreur avoir subi un dépistage plutôt qu'un test diagnostique ou lorsqu'un test de dépistage est effectué en dehors du programme organisé de dépistage provincial et n'est donc pas inclus dans une base de données sur le dépistage provincial. Des données montrent également que les répondants à des enquêtes sous-estiment le temps écoulé depuis le dernier test (p. ex., ils peuvent indiquer qu'ils ont subi leur dernier test au cours des deux années précédentes alors que celui-ci remonte à il y a trois ans)¹. L'utilisation de données d'enquête entraînerait également une surestimation de la participation au dépistage.

Les programmes de dépistage du cancer dans la population visent à détecter le cancer ou des lésions précancéreuses chez les sujets asymptomatiques. L'objectif du dépistage du cancer est de réduire le taux de mortalité par cancer et, en détectant tôt le cancer avant l'apparition de signes ou de symptômes, à accroître les chances de succès d'un traitement. Comme le dépistage comporte un risque potentiel pour des personnes apparemment en bonne santé, les programmes de dépistage en population ne sont recommandés que lorsque : a) il a été démontré que le test de dépistage réduisait la mortalité; b) le test de dépistage permet de détecter la maladie à un stade préclinique; c) le test permet de prédire exactement si une personne souffre d'un cancer (degré élevé de sensibilité) ou n'en souffre pas (degré élevé de spécificité); d) le test est considéré sûr et n'expose pas la personne à un risque inacceptable; et e) si un cancer est détecté au moyen du dépistage, un traitement efficace est disponible. Une fois ces critères satisfaits, d'autres facteurs peuvent être pris en compte avant d'implanter un dépistage dans la population fondé sur les preuves, tels que l'acceptabilité du test, le coût de l'intervention et la mesure dans laquelle le système est capable non seulement d'effectuer le test de dépistage mais également de confirmer le diagnostic par la suite et d'offrir un traitement à ceux qui ont obtenu des résultats anormaux.

Le dépistage dans la population est le plus efficace et le plus rentable lorsqu'il est offert dans le cadre d'un programme *organisé* de dépistage qui intègre tous les éléments du processus de dépistage, notamment des lignes directrices fondées sur des preuves pour le dépistage et le suivi, des stratégies de recrutement et de fidélisation pour maximiser la participation, et des systèmes intégrés d'information et d'assurance de la qualité pour garantir que le fonctionnement, la surveillance et l'évaluation du programme sont optimaux. Un dépistage offert à l'extérieur d'un programme *organisé* de dépistage est souvent

appelé « opportuniste » ou « ponctuel »; au Canada, un tel dépistage comprendrait au moins certains des éléments d'un programme organisé. Toutefois, si un programme n'est pas complètement organisé, son fonctionnement, son rendement et son efficacité peuvent être sous-optimaux.

Des données scientifiques confirment actuellement l'utilité d'un dépistage dans la population des cancers du col utérin, du sein et du côlon-rectum (tableau 19). Bien qu'il existe une certaine variation en ce qui concerne l'intervalle entre les dépistages et la population cible, toutes les provinces et tous les territoires au Canada respectent les recommandations de base relatives au cancer du sein et du col de l'utérus. Il n'existe pas de programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal. Même si un dépistage est généralement recommandé pour toutes les personnes moyennement à risque dans la population cible spécifiée (c.-à-d., les hommes et les femmes de 50 ans et plus pour le cancer colorectal), certains sous-groupes risquent moins de participer que d'autres. S'il est vrai que les déterminants spécifiques de la participation au dépistage peuvent varier pour ces trois cancers, il reste qu'en général, les personnes issues d'un milieu défavorisé, celles qui vivent en région rurale ou les immigrants de fraîche date sont moins nombreux à participer au dépistage^{2,3}.

Cancers pour lesquels on dispose de suffisamment de données pour effectuer un dépistage en population

Cancer du col de l'utérus

En 2006, on estime qu'il y aura 1 350 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 390 décès dus à ce cancer au Canada. Bien que les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus au Canada soient passés de 15,4 à 7,5 pour 100 000 entre 1977 et 2006, ce cancer demeure le onzième cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiennes et la treizième cause de décès liés au cancer (tableau 8.1).

Le test de Pap, qui consiste à racler la surface du col utérin avec une spatule ou une brosse, à placer les cellules recueillies sur une lame et à examiner la lame au microscope, est offert au Canada comme test de dépistage du cancer de l'utérus depuis plus de 50 ans. Le test de Pap permet d'identifier tant les lésions précancéreuses, qui peuvent être traitées de façon à prévenir l'apparition du cancer, que les cancers à un stade présymptomatique peu avancé lorsqu'un traitement a le plus de chances d'être efficace. Le dépistage du cancer du col de l'utérus a entraîné des réductions importantes des taux d'incidence et de mortalité, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, de même que de légères améliorations de la survie.

La Colombie-Britannique a lancé en 1949 le premier programme de dépistage du cancer du col utérin au pays, programme qui comportait bon nombre des éléments d'un programme organisé⁴. D'autres provinces offrent des programmes dont le degré d'organisation varie considérablement, mais toutes déploient des efforts en vue d'offrir un plus grand nombre de programmes organisés. Un examen par un groupe d'experts du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a conclu que même sans un programme de dépistage complètement organisé, un corpus suffisant de données montre qu'un dépistage du cancer du col de l'utérus offert à l'intérieur d'un programme de qualité est efficace. Le rapport du CIRC fait cependant remarquer que

PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : LE DÉPISTAGE

le dépistage dans le cadre de programmes bien organisés est plus rentable que le dépistage opportuniste, causant moins de torts liés au sur-dépistage et au surtraitement⁵.

Certaines provinces ou certains territoires au Canada recommandent maintenant le recours à la cytologie en milieu liquide (CML), une variante du test de Pap classique qui offre certains avantages par rapport à ce dernier. La CML est plus sensible, a une spécificité équivalente, donne une proportion plus élevée d'échantillons satisfaisants et offre la possibilité de détecter l'ADN du virus du papillome humain (VPH) de même que les lésions précancéreuses⁶. Les types de VPH à risque élevé (oncogènes) constituent la principale cause du cancer du col de l'utérus. L'analyse de l'ADN du VPH est de plus en plus recommandée pour le triage des femmes dont les résultats au test initial sont équivoques (p. ex., cellules atypiques de signification inconnue), en particulier si le test initial est une CML^{6,7}. Ce test aide à distinguer les femmes qui peuvent avoir intérêt à subir un examen additionnel du col utérin de celles qui peuvent n'en retirer aucun bienfait.

La proportion de Canadiennes âgées de 18 à 69 ans n'ayant pas subi d'hystérectomie (et courant donc un risque de cancer du col de l'utérus) qui ont indiqué en 2003 avoir fait l'objet d'un test de Pap au cours des trois années précédentes est de 79 % (figure 12.1). Cette proportion varie de 70 % au Nunavut et de 76 % au Québec à 85 % et 88 % au Nouveau-Brunswick et au Yukon, respectivement (figure 12.1). Vu qu'un dépistage du cancer du col utérin de qualité est offert au Canada depuis longtemps, il se peut qu'on en ait retiré déjà presque tous les bienfaits potentiels. Il est cependant toujours possible d'améliorer la mise en œuvre du dépistage (p. ex., inclusion d'un plus grand nombre d'éléments d'un programme organisé, recours à de meilleures techniques et réduction du sur-dépistage) et ainsi réduire les taux d'incidence et de mortalité. Ce sont les personnes qui courent le plus grand risque de cancer du col de l'utérus qui devraient retirer une bonne part des bienfaits additionnels.

Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes canadiennes et vient au deuxième rang après le cancer du poumon comme principale cause de décès par cancer dans ce groupe. En 2006, la maladie sera diagnostiquée chez quelque 22 200 femmes, et 5 300 en mourront (tableau 1). Juste un peu plus de 50 % de tous les cas de cancer du sein surviennent entre l'âge de 50 et 69 ans (tableau 11).

Les recommandations en matière de dépistage au Canada consistent en la réalisation d'une mammographie (habituellement une radiographie à deux incidences) et d'un examen clinique des seins (ECS) tous les deux ans chez les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans^{8,9}. Des données récentes semblent indiquer qu'un tel dépistage pourrait entraîner une baisse de la mortalité par cancer du sein pouvant atteindre 25 %¹⁰ lorsque les taux de participation sont élevés et lorsque tous les éléments du programme sont appliqués pendant une longue période. Comme la majorité des études évaluant la mammographie ont également examiné l'ECS, il est difficile de connaître la contribution précise de l'ECS à la réduction de la mortalité observée. On ne dispose pas de suffisamment de données permettant de dire si le dépistage par mammographie chez les femmes de moins de 50 ans ou de plus de 69 ans a un effet bénéfique important sur la mortalité. Les recommandations relatives au dépistage chez les femmes dans ces

groupes d'âge demeurent par conséquent controversées. L'utilité de la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans est actuellement étudiée dans le cadre d'un vaste essai entrepris au Royaume-Uni. Des résultats préliminaires donnent à penser que le dépistage dans ce groupe d'âge peut être associé à une réduction de la mortalité, mais que cette réduction est probablement beaucoup moins marquée que chez les femmes de 50 à 69 ans¹¹.

En 2003, toutes les provinces et tous les territoires (à l'exception du Nunavut) disposaient d'un programme organisé de dépistage offrant un examen mammographique bisannuel aux femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui n'avaient pas d'antécédents de cancer du sein. Bien qu'aucun de ces programmes organisés n'ait atteint la cible nationale de 70 % pour le taux de participation (figure 12.2), la proportion de femmes participant au dépistage organisé a progressé avec le temps, atteignant 34 % à l'échelle nationale en 2002¹². La participation aux programmes organisés de dépistage a probablement augmenté grâce à des campagnes plus efficaces de sensibilisation et de recrutement et aux efforts déployés en vue d'accroître l'accès au dépistage, notamment par des centres mobiles de mammographie. Environ 61 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir subi récemment* un dépistage mammographique en 2003 (figure 12.3), soit une proportion beaucoup plus grande que celle de 53 % signalée en 2000-2001. Des hausses similaires ont été observées dans toutes les provinces et tous les territoires sauf au Nunavut. Dans certaines provinces, un nombre beaucoup plus grand de femmes disent avoir subi un test de dépistage que ce que ne montrent les chiffres des programmes provinciaux correspondants pour la même année (p. ex., en 2000-2001, 54 % des Ontariennes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir subi récemment une mammographie alors que seulement 22 % des femmes du groupe d'âge cible ont participé au programme organisé de dépistage). Il est probable que cela tient au fait que des mammographies de dépistage sont également effectuées dans des centres non affiliés à des programmes organisés.

Les femmes qui disent avoir de la difficulté à avoir accès aux soins de santé (p. ex., n'ont pas de médecin régulier ou n'ont pas consulté le médecin au cours de l'année précédant l'enquête), qui vivent en région rurale, ont un faible niveau de scolarité ou sont nées en Asie sont moins nombreuses à avoir subi une mammographie¹³. Il est intéressant de noter que des données longitudinales montrent que les Canadiennes faisant partie de groupes auparavant mal desservis (p. ex., les femmes peu scolarisées ou nées à l'extérieur du Canada) étaient les plus nombreuses à commencer à consulter pour une mammographie, en particulier entre 1994 et 1996¹⁴.

Cancer colorectal

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes et les femmes au Canada. Il vient au deuxième rang des causes de décès par cancer chez les hommes et au troisième rang chez les femmes (nombre estimatif de 4 600 décès chez les hommes et de 3 900 décès chez les femmes en 2006) (tableau 1). Environ 90 % des 20 000 nouveaux cas de cancer colorectal en 2006 seront diagnostiqués chez des hommes et des femmes de plus de 50 ans (tableau 11).

La recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) consiste à placer un petit échantillon de selles sur un carton, puis à ajouter une solution chimique. Si l'on

* Au cours des deux dernières années.

PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : LE DÉPISTAGE

détecte du sang occulte, un autre test est nécessaire pour déterminer la source du saignement. Un dépistage régulier au moyen de la RSOS peut réduire les taux de mortalité par cancer colorectal de 15 à 33 %¹⁵⁻¹⁸. Au Canada, on estime pouvoir faire régresser de 17 % la mortalité par cancer colorectal si 7 Canadiens de 50 à 74 ans sur 10 faisaient l'objet d'une RSOS tous les deux ans¹⁹. En outre, le dépistage par RSOS peut abaisser l'incidence du cancer colorectal en détectant le sang dans les selles provenant de polypes précancéreux. Une fois découverts, ces polypes peuvent être excisés par coloscopie ou sigmoïdoscopie avant de devenir cancéreux. Bien qu'il existe d'autres interventions de dépistage du cancer (p. ex., coloscopie et sigmoïdoscopie à sonde souple), les risques sont plus élevés que pour le dépistage par RSOS. Par exemple, la coloscopie est associée à un risque modeste mais accru de complications graves, telles que perforation de l'intestin (10/10 000 interventions), hémorragie importante (30/10 000) et mort (1-3/10 000)²⁰.

On ne dispose de données d'enquête sur l'utilisation du dépistage du cancer colorectal que pour quelques régions seulement, vu que les questions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 2.1) portant sur le cancer colorectal ont été posées uniquement en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve-et-Labrador (pour toute la population de ces deux provinces), en Saskatchewan (63 % de la population) et en Ontario (27 %; Toronto n'étant pas inclus)¹⁹. Comme la structure démographique de la population des régions visées peut ne pas être représentative de l'ensemble de la population canadienne, il faut interpréter avec prudence les résultats à l'échelle nationale (ou à l'échelle provinciale pour la Saskatchewan et l'Ontario), vu que ceux-ci peuvent ne pas donner un aperçu moyen exact des habitudes de dépistage du cancer colorectal dans tout le Canada.

La prévalence d'un dépistage récent* par RSOS est faible chez les Canadiens de 50 ans et plus, en particulier chez les femmes et les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador (figure 12.4), variant entre 4 % chez les femmes à Terre-Neuve-et-Labrador et 13-14 % chez les hommes de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Ontario. Les répondants étaient plus nombreux à avoir subi récemment une RSOS s'ils avaient un médecin régulier, s'ils faisaient régulièrement de l'exercice et s'ils ne fumaient pas.

Cancers pour lesquels on ne dispose pas de suffisamment de données à l'appui d'un dépistage dans la population

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes canadiens et se classe au troisième rang des causes de décès par cancer. En 2006, environ 20 700 nouveaux cas seront diagnostiqués et 4 200 décès seront attribuables au cancer de la prostate au Canada. Parmi ces cas de cancer de la prostate, plus de 98 % sont diagnostiqués chez des hommes de 50 ans ou plus (tableau 11).

Aucun test de dépistage fondé sur des preuves n'est recommandé pour la détection précoce du cancer de la prostate, bien que le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) soit souvent utilisé à cette fin. Le dosage de l'APS consiste à mesurer dans le sang une substance produite par les cellules prostatiques. Deux raisons

* Au cours des deux dernières années.

expliquent pourquoi le dosage de l'APS demeure controversé : tout d'abord, il ne permet pas de distinguer les cancers qui nécessitent un traitement des autres (une fois qu'un cancer est diagnostiqué, les hommes peuvent subir un traitement inutile qui comporte des risques connus, notamment l'impuissance, l'incontinence urinaire et la mort); deuxièmement, bien que la détection précoce du cancer de la prostate puisse aider à améliorer l'efficacité du traitement, on ne dispose pas de suffisamment de données scientifiques indiquant que le dépistage réduira le nombre de décès par cancer de la prostate.

Le U.S. Preventive Services Task Force a conclu récemment qu'il n'existe pas suffisamment de données pour recommander ou décourager le dépistage systématique du cancer de la prostate soit par dosage de l'APS ou par toucher rectal (TR). Le Task Force estimait qu'il y avait des données satisfaisantes montrant que le dosage de l'APS aide à détecter tôt le cancer de la prostate, mais qu'il n'y avait pas assez de données indiquant que la détection précoce améliore les résultats cliniques (surtout la mortalité). Un certain nombre d'organisations au Canada ont cependant élaboré des recommandations relatives au dépistage du cancer de la prostate; celles-ci témoignent de l'importance de la prise en commun de décisions éclairées, compte tenu de l'ambiguïté des données scientifiques à l'appui de la mise en œuvre d'interventions à l'échelle d'une population. La recommandation de 1993 du Forum sur le cancer de la prostate suivant laquelle les hommes de plus de 50 ans devraient discuter avec leur médecin des avantages et des risques potentiels de la détection précoce du cancer de la prostate au moyen du dosage de l'APS et du TR continue de rendre compte de l'opinion scientifique courante, à savoir qu'on ne dispose pas de suffisamment de données définitives sur l'utilité de la détection d'un cancer de la prostate débutant pour pouvoir recommander à des hommes courant un risque moyen de subir régulièrement un dépistage. Deux essais de dépistage de grande envergure en Europe et aux États-Unis tentent d'évaluer si le dosage de l'APS réduit les taux de mortalité par cancer de la prostate.

À l'instar du dépistage du cancer colorectal, seules quelques régions ont recueilli des données sur l'utilisation du dosage de l'APS durant l'ESCC; tout comme pour le dépistage par RSOS, la prudence est de mise dans l'interprétation de ces données. Malgré l'absence de données à l'appui du dépistage du cancer de la prostate à l'échelle d'une population, la prévalence à vie du dépistage par le dosage de l'APS chez les hommes de 50 ans et plus dépassait 47 % en 2000-2001²¹. En 2003, de 15 à 27 % des hommes de 40 ans et plus ont déclaré avoir subi un dosage de l'APS au cours des douze mois précédents (figure 12.5). Cette proportion variait selon l'âge de même que selon la province/territoire/région, de 9 % chez les hommes de 40 à 49 ans à environ 35 % chez les hommes de 60 à 69 ans (figure 12.6). Un autre groupe de 10 à 20 % avait fait l'objet récemment d'un dosage de l'APS pour faciliter ou écarter le diagnostic de cancer de la prostate ou surveiller le traitement et la progression de la maladie.

Autres cancers

On ne possède pas assez de données indiquant que le dépistage dans la population d'autres cancers à l'aide des tests de dépistage actuellement disponibles apportera des bienfaits en réduisant la mortalité.

PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : LE DÉPISTAGE

De plus, l'exécution de tests de dépistage peut avoir des effets délétères. Par exemple, des recherches semblent indiquer que le dépistage dans la population du cancer du poumon au moyen de radiographies, avec ou sans cytologie des expectorations, est associé à un taux élevé de faux-positifs (détection incorrecte d'un cancer qui n'existe pas), qui peut entraîner des tests de contrôle effractifs et inutiles et qui, selon les données, ne semble pas réduire la mortalité par cancer du poumon²². De même, des études portant sur l'utilisation potentielle de biomarqueurs (p. ex., CA125) ou d'investigations cliniques systématiques (p. ex., examens pelviens, échographies transvaginales ou tomodensitométrie) pour la détection précoce du cancer de l'ovaire n'ont pas établi de lien avec une réduction de la mortalité par cancer de l'ovaire, mais ont montré que ces interventions augmentaient le risque de chirurgie effractive²³. Par conséquent, même s'il existe un certain nombre d'essais comparatifs randomisés comparant les modalités de dépistage du cancer du poumon en particulier, aucune recommandation nationale en matière de dépistage n'a encore été formulée pour le dépistage du cancer du poumon ou du cancer de l'ovaire chez les personnes asymptomatiques en bonne santé.

Répercussions

Bien qu'à de nombreux égards, le dépistage organisé dans la population continue de progresser au Canada, la participation demeure sous-optimale. Moins de 80 % des femmes à risque de cancer du col utérin ont subi un test de Pap au cours des trois dernières années; aucun des programmes provinciaux de dépistage organisé par mammographie n'atteint les cibles nationales pour le recrutement des femmes de 50 à 69 ans; au moment d'aller sous presse, il n'existait au pays aucun programme organisé de dépistage du cancer colorectal en population. On ne réalise donc pas pleinement les gains possibles en matière de réduction de l'incidence et de la mortalité pour ces cancers. Par contre, plus de trois fois plus d'hommes ont subi un dépistage du cancer de la prostate qu'un dépistage du cancer colorectal, malgré les recommandations équivoques relatives au dépistage systématique du cancer de la prostate et les recommandations fondées sur les preuves à l'appui du dépistage du cancer colorectal.

Pour obtenir le maximum d'avantages du dépistage à l'échelle individuelle, organisationnelle et systémique, il faut adopter une approche multidimensionnelle. Premièrement, le Canada doit renforcer sa capacité d'examiner les données scientifiques et d'élaborer des recommandations judicieuses touchant les politiques sanitaires. Deuxièmement, il faut offrir un financement et un appui adéquats aux programmes de dépistage en population qui se fondent sur un corpus suffisant de données scientifiques. Par exemple, d'autres ressources peuvent être nécessaires pour atteindre les populations mal desservies, former des professionnels de la santé (p. ex., coloscopistes pour assurer le suivi des personnes ayant obtenu des résultats positifs à la RSOS) ou pour coordonner avec plus d'efficacité et d'efficacités les tests de dépistage et de contrôle. Troisièmement, il est nécessaire d'identifier les tests de dépistage efficaces dans le cas de ces cancers pour lesquels on dispose de suffisamment de données justifiant la mise en œuvre d'un programme à l'échelle d'une population. L'évaluation continue du dépistage du cancer de la prostate au moyen du dosage de l'APS et du dépistage du cancer du poumon à l'aide de la tomodensitométrie est particulièrement justifiée, car ces deux cancers entraînent près de 24 000 décès chaque année au Canada. Une approche intégrée, qui met entre autres davantage l'accent sur

la conversion de données scientifiques en politiques dans un milieu propice doté de ressources suffisantes, peut réduire les coûts globaux en offrant un dépistage approprié (ni trop souvent ni pas assez souvent) et en détectant la maladie plus tôt, à un stade où le traitement est en général plus efficace.

L'expansion des programmes de dépistage au Canada est une tâche complexe; le moyen le plus efficace pour y arriver serait d'adopter une approche concertée et intégrée qui tient compte des besoins des personnes dans les collectivités du Canada. La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer mobilisera dans un effort commun les dirigeants provinciaux et fédéraux, les membres de la population canadienne et les organisations œuvrant dans le domaine de la lutte contre le cancer. Des efforts complémentaires déployés à l'intérieur de programmes provinciaux accroîtront l'impact du dépistage du cancer et pourront éventuellement réduire de façon appréciable le fardeau que représente cette maladie au Canada.

Le dépistage du cancer effectué dans le cadre d'un programme organisé offre la possibilité de réduire grandement les taux d'incidence (cancer du col de l'utérus et cancer colorectal) et de mortalité (cancers du col de l'utérus, du sein et cancer colorectal).

Toutefois la participation aux programmes de dépistage existants est faible et il n'existe pas encore de programme organisé de dépistage du cancer colorectal au Canada. Une utilisation plus efficace du dépistage fondé sur des preuves et des recherches additionnelles pour identifier les tests de dépistage efficaces dans les cas où aucun test n'existe encore (cancers du poumon et de l'ovaire) amélioreront notre capacité de réduire le fardeau du cancer au Canada.

Références

1. Walter SD, Clarke EA, Hatcher J, Stitt LW. *A comparison of physician and patient reports of Pap smear histories*. J Clin Epidemiol 1988;41:401-10.
2. Goel V. *Factors associated with cervical cancer screening: results from the Ontario Health Survey*. CJPH 1994;85:125-7.
3. Swan J, Breen N, Coates RJ, Rimer BK, Lee NC. *Progress in cancer screening practices in the United States: results from the 2000 National Health Interview Survey*. Cancer 2003;97:1528-40.
4. Parboosingh E. et coll. *Cervical Cancer Screening: Are the 1989 Recommendations Still Valid?* CMAJ. 1996;154:1847-1853. [http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-154/1847.htm].
5. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Prevention Strategies. *Cervix cancer Screening*. IARC handbooks of Cancer Prevention Vol.10 IARC Press: Lyon, France, 2005.
6. Cancer Care Ontario: *Insight on Cancer. News and Information on Cervical Cancer*. Toronto: Canadian Cancer Society (Ontario Division), 2005.
7. Stuart G, Taylor G, Bancej CM, Beaulac J, Colgan T, Franco EL, Kropp RY et coll. *Report of the Pan-Canadian Forum on Cervical Cancer Prevention and Control*. J Obstet Gynaecol Can. 2004 nov;26(11):1004-28.
8. Santé Canada. *Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002.
9. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada, 2004. *Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada*. N° de cat. H39-4/50-2004F. ISBN 0-662-77458-6 [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/prccc-relccc/index_f.html].
10. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Breast cancer screening*. IARC, Lyon, France: 2002.
11. Moss S, Waller M, Anderson TJ, Cuckle H for the Trial management Group. *Randomised controlled trial of mammographic screening in women from age 40: predicted mortality based on surrogate outcome measures*. Br J Ca 2005; 92:955-60.
12. Agence de santé publique du Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, Rapport de 2001 et 2002*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2005; N° de cat. H1-9/13-2000.
13. Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J. *Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey* CMAJ 2001;164 (3).

14. Maxwell C, Jelinski S, Bancej C, Onysko J. *Change in mammography utilization in a cohort of women aged forty and older: prediction of initiation and maintenance at two and four year follow-up.* Can J Public Health 2005;96(5):364-8.
15. Mandel JS, Bond JH, Church TR et coll. *Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood.* Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med 1993;328:672.
16. Mandel JS, Church TR, Ederer F et coll. *Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood.* J Natl Cancer Inst 1999; 91:434-37.
17. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE et coll. *Randomised controlled trial of faecal-occult blood screening for colorectal cancer.* Lancet 1996; 348:1472-7.
18. Kronborg O, Fenger C, Olsen J et coll. *Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal occult blood test.* Lancet 1996;348:1467-71.
19. Bancej C, Nichol M, Jones-McLean E, Mai V. *Prevalence and Correlates of Colorectal Cancer Screening Among Adults Aged 50 to 74 in Four Canadian Provinces.* Unpublished.
20. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F et coll. *Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale.* Gastroenterology 1997;112:594-642
21. Beaulac JA, Fry R, Onysko J. *Lifetime and recent prostate specific antigen (PSA) screening of men for prostate cancer in Canada.* Can J Public Health [sous presse, 2005]
22. U.S. Preventive Services Task Force: *Lung Cancer Screening with Sputum Cytologic Examinaton, Chest Radiography, and Computed Tomography.* May 2004.
23. U.S. Preventive Services Task Force: *Screening for Ovarian Cancer,* May 2004.

PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : LE DÉPISTAGE

Tableau 19

Recommandations fondées sur les preuves pour le dépistage du cancer dans la population¹

| Cancer | Intervention de dépistage ² | Population cible ² | Source d'examen des données | Commentaires |
|-----------------|--|--|---|--|
| Col de l'utérus | Test de Pap ou cytologie en milieu liquide ³ chaque année jusqu'à l'obtention de deux résultats normaux, puis tous les 1 à 3 ans. | Femmes, dès qu'elles commencent à être sexuellement actives jusqu'à l'âge de 69 ans. | Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994); U.S. Preventive Services Task Force (2003) | |
| Sein | Mammographie et examen clinique des seins tous les 2 ans. | Femmes de 50 à 69 ans | Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994), U.S. Preventive Services Task Force (2002) | Les données ne permettent pas de dire s'il faut inclure ou exclure d'un programme de dépistage en population les femmes de 40 à 49 ans ou de plus de 70 ans. |
| Colon et rectum | Recherche de sang occulte dans les selles au moins tous les 2 ans | Hommes et femmes de 50 ans ou plus | Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2001), Comité national canadien sur le dépistage du cancer colorectal (2002); U.S. Preventive Services Task Force (2002) | |

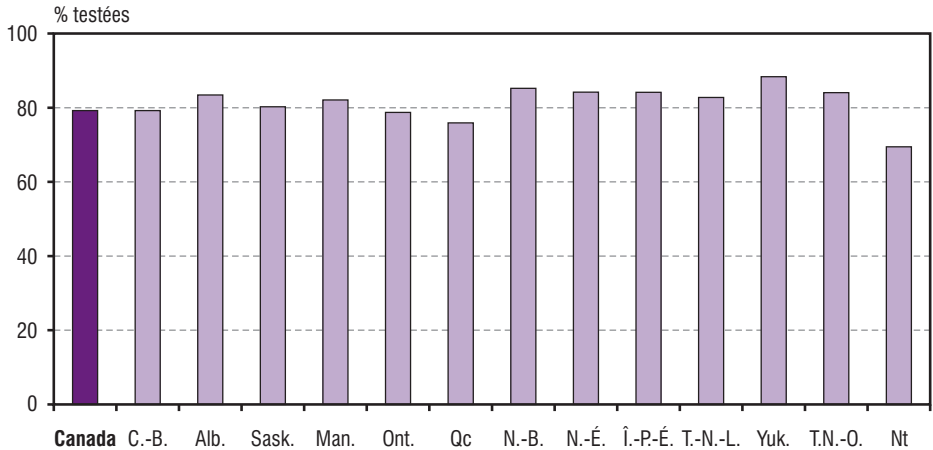
¹ Les recommandations s'appliquent aux personnes moyennement à risque; dans le cas des maladies pour lesquelles des sous-groupes ont été identifiés comme courant un risque beaucoup plus élevé que le risque moyen, des âges, des interventions ou des intervalles différents peuvent être recommandés pour le dépistage.

² Les recommandations spécifiques des programmes pour l'intervalle de dépistage et la population cible peuvent varier légèrement selon la province, le territoire ou la source.

³ La cytologie en milieu liquide est une variante du test de Pap qui présente certains avantages, notamment une sensibilité améliorée, une spécificité équivalente et un taux plus élevé d'échantillons satisfaisants. Elle facilite également les analyses de l'ADN du VPH pour le triage.

Figure 12.1

Dépistage du cancer du col de l'utérus : pourcentage de femme de 18 à 69 ans déclarant avoir subi un test de Pap au cours des trois dernières années, selon la province ou le territoire, 2003

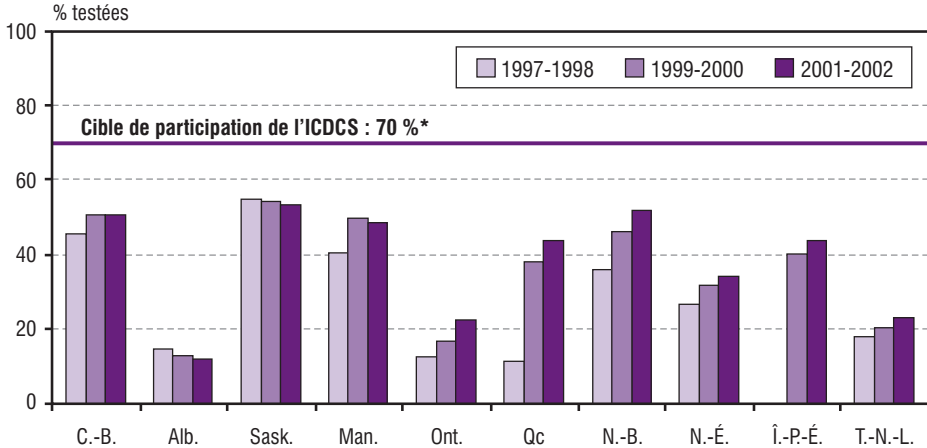


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC), cycle 2.1, Statistique Canada. Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population féminine de l'ESCC de 2003 âgée entre 18 et 69 ans. Les répondantes déclarant avoir subi une hystérectomie ont été exclues.

PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : LE DÉPISTAGE

Figure 12.2

Dépistage du cancer du sein : pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui participent à un programme organisé, selon la province ou le territoire, de 1997-1998 à 2001-2002



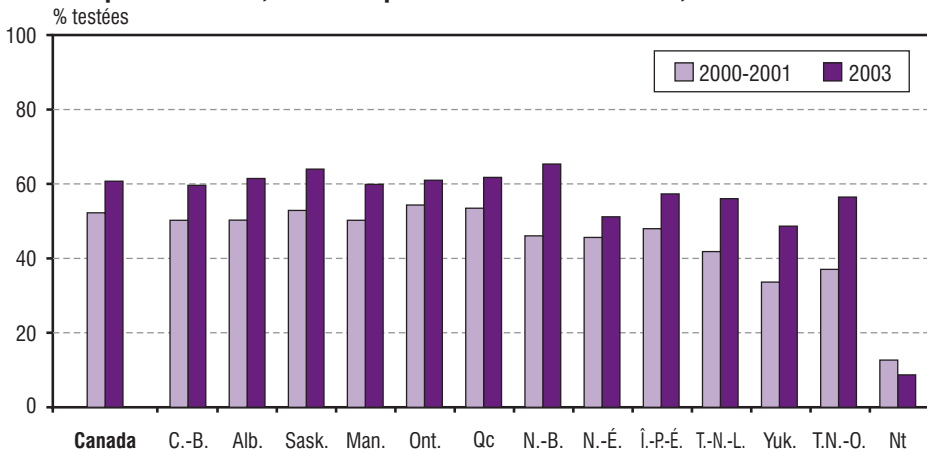
Source : Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, rapports de 1997-1998, 1999-2000 et 2001-2002.

* Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS)

Nota : Un programme organisé de dépistage est également offert au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, mais aucune donnée n'était disponible.

Figure 12.3

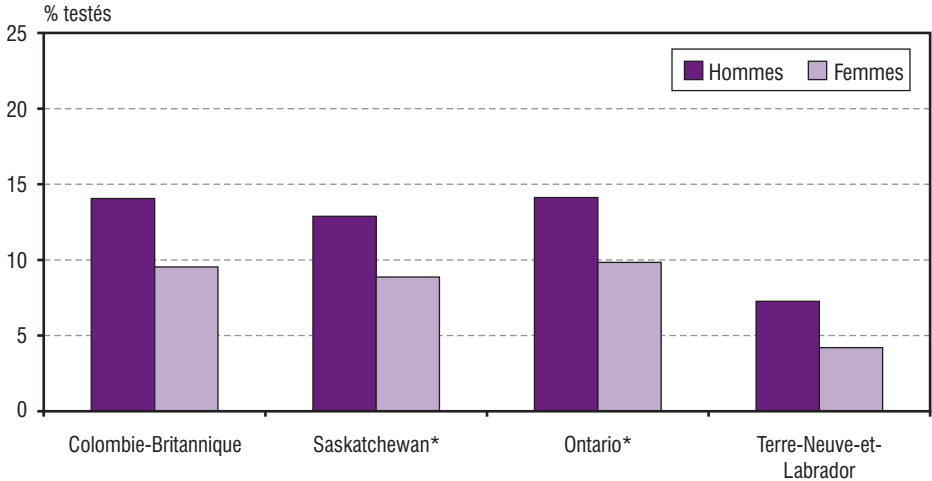
Dépistage du cancer du sein : pourcentage de femmes de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, selon la province ou le territoire, 2000-2001 et 2003



Source : Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et de 2003 (cycles 1.1 et 2.1), Statistique Canada

Figure 12.4

Dépistage du cancer colorectal : pourcentage d'hommes et de femmes de 50 ans et plus déclarant avoir fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années précédentes, selon la province (C.-B., T.-N.-L.) ou dans certaines régions (à l'intérieur de la Sask., Ont.)*, 2003



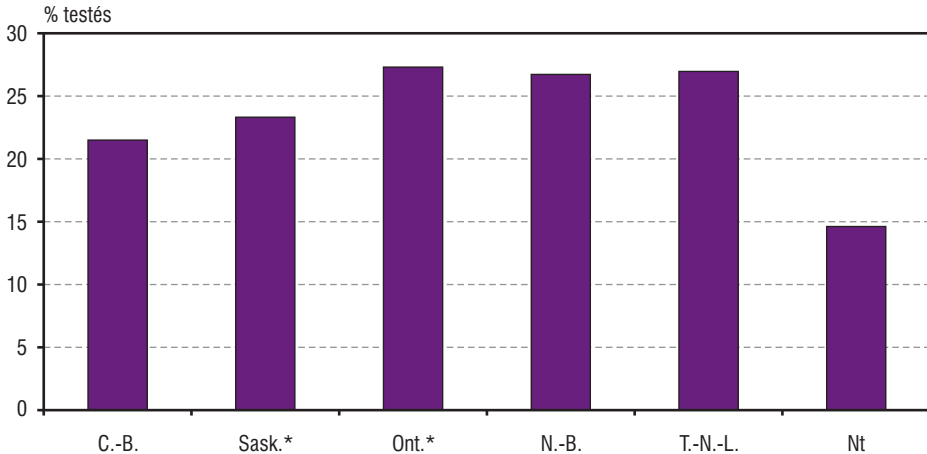
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC), cycle 2.1, Statistique Canada. Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population de l'ESCC de 2003 âgée de 50 et plus. Les répondants déclarant souffrir d'un cancer colorectal ont été exclus.

* Données basées sur certaines unités d'échantillonnage (régions) où des données pertinentes ont été recueillies : 7 unités sur 11 en Saskatchewan (63 % de la population de la Sask.) et 14 unités sur 37 en Ontario (27 % de la population ontarienne; Toronto non inclus)

PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : LE DÉPISTAGE

Figure 12.5

Dépistage du cancer de la prostate : pourcentage d'hommes de 40 ans et plus déclarant avoir subi un dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) au cours des 12 mois précédents, selon la province ou le territoire (C.-B., N.-B., T.-N.-L., Nt) ou dans certaines régions (Sask., Ont.)*, 2003

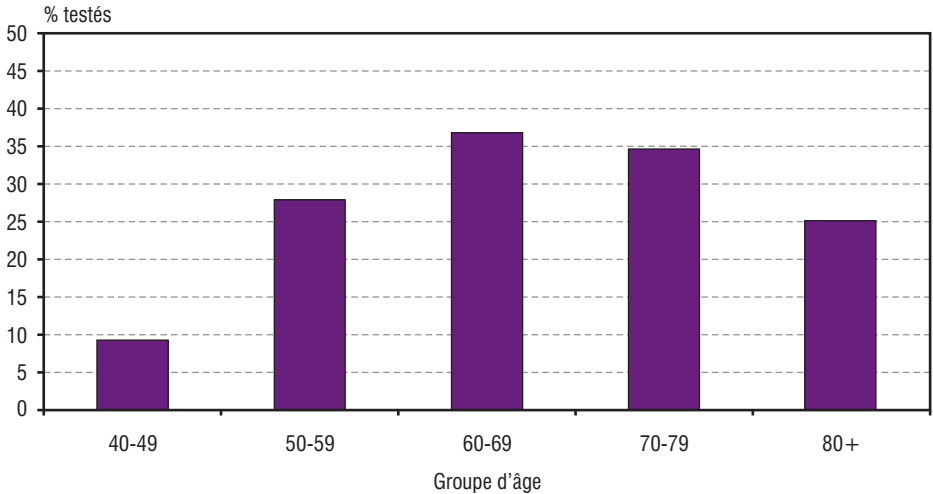


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC), cycle 2.1, Statistique Canada. Normalisation directe selon l'âge en fonction de la population de l'ESCC de 2003 âgée de 40 et plus. Les répondants déclarant souffrir d'un cancer de la prostate ont été exclus.

* Données basées sur certaines unités d'échantillonnage (régions) où des données pertinentes ont été recueillies : 1 des 11 unités en Saskatchewan (région sanitaire de Regina seulement, 25 % de la population de la Sask.) et 24 unités sur 37 en Ontario (51 % de la population ontarienne; Toronto non inclus)

Figure 12.6

Dépistage du cancer de la prostate : pourcentage d'hommes de 40 ans et plus déclarant avoir subi un dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) au cours des 12 mois précédents, par groupe d'âge*, 2003



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC), cycle 2.1, Statistique Canada. Les répondants déclarant souffrir d'un cancer de la prostate ont été exclus.

* Basées sur l'ensemble des répondants de la C.-B., du N.-B., de T.-N.-L. et du Nt et sur les sujets dans certaines unités d'échantillonnage en Sask. et en Ont. (voir figure 12.5)

| | |
|--|---|
| Âge | Âge de la personne (en années révolues) au moment du diagnostic ou du décès. |
| CIM-O-3 | Classification internationale des maladies – Oncologie – troisième édition ²⁵ . |
| CIM-10 | Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ²⁶ . |
| Incidence | Nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués pendant l'année. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de cancer plutôt que la personne. |
| Mortalité | Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer qui surviennent pendant l'année. Sont inclus les décès des cas de cancer diagnostiqués dans le passé ou pendant l'année et les cas de cancer diagnostiqués après le décès. |
| Proportion de survie observée | Un (1) moins la proportion de personnes atteintes d'un cancer qui sont mortes, quelle que soit la cause, au cours d'une période donnée. |
| Années potentielles de vie perdues (APVP) | Mesure des répercussions relatives de diverses maladies basée sur la mortalité prématurée. |
| Province et territoire | En ce qui concerne l'incidence du cancer et la mortalité par cancer, il s'agit de la province ou du 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. |
| Rapport de survie relative | Rapport entre la survie observée dans un groupe de patients atteints du 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 (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. |
| Sensibilité | Proportion des personnes réellement atteintes dans la population participant au dépistage chez qui le test de dépistage permet de détecter la maladie. La sensibilité est une mesure de la probabilité de diagnostiquer correctement un cas ou de la probabilité qu'un cas donné sera détecté par le test. |
| Spécificité | Proportion des personnes bien portantes qui sont reconnues comme telles par le test de dépistage. C'est une mesure de la probabilité que le test de dépistage reconnaisse une personne qui n'est pas atteint. |

Taux d'incidence, de mortalité et de prévalence

| | |
|---|--|
| Taux brut | Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans la population. |
| Taux par âge | Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans un groupe d'âge donné. |
| Taux normalisé selon l'âge | Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer pour 100 000 personnes qu'on aurait relevés dans la population type (population canadienne de 1991) si les taux par âge réels observés dans une population donnée avaient correspondu à ceux de la population type. |
| Indice des taux normalisés selon l'âge | Le taux normalisé selon l'âge de l'année de base (1977) est fixé à 1. Les points d'indice pour les années suivantes sont calculés en divisant le taux normalisé selon l'âge pour l'année en cause par le taux de 1977. |
| Prévalence | Proportion d'une population atteinte d'une maladie à un moment déterminé, appelée prévalence complète. Dans le présent document, notre estimation correspond plutôt à la prévalence durant une période de durée limitée, soit 15 ans. Il s'agit, en l'occurrence, de la prévalence des cas diagnostiqués au cours des 15 années précédant le moment où l'estimation est établie. Cette estimation devrait toujours être inférieure à la prévalence complète, et l'ampleur de la sous-estimation dépend du siège ou du type de cancer ²⁷ |

Population canadienne en 1991/population type mondiale

La distribution selon l'âge de la population utilisée pour les taux normalisés est la suivante :

| Groupe d'âge | Population | | Groupe d'âge | Population | | Groupe d'âge | Population | |
|--------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| | Canadienne | Type mondiale | | Canadienne | Type mondiale | | Canadienne | Type mondiale |
| 0-4 | 6 946,4 | 12 000 | 30-34 | 9 240,0 | 6 000 | 60-64 | 4 232,6 | 4 000 |
| 5-9 | 6 945,4 | 10 000 | 35-39 | 8 338,8 | 6 000 | 65-69 | 3 857,0 | 3 000 |
| 10-14 | 6 803,4 | 9 000 | 40-44 | 7 606,3 | 6 000 | 70-74 | 2 965,9 | 2 000 |
| 15-19 | 6 849,5 | 9 000 | 45-49 | 5 953,6 | 6 000 | 75-79 | 2 212,7 | 1 000 |
| 20-24 | 7 501,6 | 8 000 | 50-54 | 4 764,9 | 5 000 | 80-84 | 1 359,5 | 500 |
| 25-29 | 8 994,4 | 8 000 | 55-59 | 4 404,1 | 4 000 | 85+ | 1 023,7 | 500 |
| TOTAL | | | | | | | | 100 000 |

Source : 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 population type mondiale est utilisée dans *Cancer Incidence in Five Continents*.

Définition des sièges

Les données sur le cancer figurant dans la présente monographie sont classées, sauf indication contraire, selon les catégories de sièges ou types de cancer suivants :

| Siège/type | Siège/type CIM-O-3 ¹ (incidence) | CIM-10 (mortalité) |
|--|---|---|
| Cavité buccale | C00-C14 | C00-C14 |
| Oesophage | C15 | C15 |
| Estomac | C16 | C16 |
| Côlon et rectum | C18-C21,C26.0 | C18-C21,C26.0 |
| Pancréas | C25 | C25 |
| Larynx | C32 | C32 |
| Poumon | C34 | C34 |
| Mélanome | Types 8720-8790 | C43 |
| Sein | C50 | C50 |
| Col de l'utérus | C53 | C53 |
| Corps de l'utérus | C54-C55 | C54-C55 |
| Ovaire | C56 | C56 |
| Prostate | C61 | C61 |
| Testicule | C62 | C62 |
| Vessie (y compris <i>in situ</i>) | C67 | C67 |
| Rein | C64-C66,C68 | C64-C66,C68 |
| Encéphale | C70-C72 | C70-C72 |
| Thyroïde | C73 | C73 |
| Maladie de Hodgkin ¹ | Types 9650-9667 | C81 |
| Lymphomes non hodgkiniens ¹ | Types 9590-9596,9670-9719,9727-9729 Type 9823, tous les sièges/types sauf C42.0.,1.,4 Type 9827, tous les sièges/types sauf C42.0.,1.,4 | C82-C85,C96.3 |
| Myélome multiple ¹ | Types 9731,9732,9734 | C88,C90 |
| Leucémie ¹ | Types 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 Types 9823 et 9827, sièges/types C42.0.,1.,4 | C91-C95 |
| Tous les autres sièges/types | Tous les sièges/types C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus | Tous les sièges/types C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus |
| Tous les cancers sauf le cancer du poumon | C00-C97 sauf C34 | C00-C97 sauf C34 |
| Tous les autres sièges/types et les sièges/types non précisés (groupés seulement dans les tableaux 1 et 2) | Types 9140,9740,9741,9750-9758, 9760-9769, 9950-9962, 9965-9989 C76.0-C76.8 (types 8000-9589) C80.9 (types 8000-9589) C42.0-C42.4 (types 8000-9589) C77.0-C77.9 (types 8000-9589) | C44,C46,C76-C80,C96.0-.2, C96.7-.9, C97 |
| Tous les sièges/types de cancer | Tous les cancers envahissants | Tous les cancers envahissants |

¹ Les types histologiques 9590-9989 (leucémies, 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. Les chiffres concernent les cancers envahissants, notamment le cancer *in situ* de la vessie mais non les cancers de la peau autres que le mélanome.

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 (2001) et de décès (2002) survenus au Canada et précisent les codes CIM-O-3 utilisés pour définir chaque groupe diagnostique. 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 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 de 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 disposons de données (en août 2005, 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 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, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2001

| Siège/type | Siège/type CIM-O-3 ¹ | Total | Hommes | Femmes |
|---|--------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| Tous les sièges/types de cancer | Tous les cancers envahissants | 139 557 | 73 758 | 65 799 |
| Cavité buccale et pharynx | C00-C14 | 3 134 | 2 155 | 979 |
| Lèvres | C00 | 397 | 305 | 92 |
| Langue | C01-C02 | 666 | 427 | 239 |
| Glandes salivaires | C07-C08 | 335 | 195 | 140 |
| Bouche | C03-C06 | 658 | 397 | 261 |
| Nasopharynx | C11 | 233 | 175 | 58 |
| Oropharynx | C10 | 130 | 100 | 30 |
| Autres et non précisés | C09,C12-C14 | 715 | 556 | 159 |
| Appareil digestif | C15-C26,C48 | 29 171 | 16 156 | 13 015 |
| Oesophage | C15 | 1 247 | 903 | 344 |
| Estomac | C16 | 2 838 | 1 819 | 1 019 |
| Intestin grêle | C17 | 455 | 255 | 200 |
| Côlon | C18,C26.0 | 12 197 | 6 095 | 6 102 |
| Rectum et anus | C19-C21 | 6 386 | 3 867 | 2 519 |
| Foie | C22.0 | 1 105 | 836 | 269 |
| Vésicule biliaire | C23 | 376 | 129 | 247 |
| Pancréas | C25 | 3 230 | 1 602 | 1 628 |
| Autres et non précisés | C22.1,C24,C26.1-.9,C48 | 1 337 | 650 | 687 |
| Appareil respiratoire | C30-C36,C38.1-.9,C39 | 21 632 | 12 848 | 8 784 |
| Larynx | C32 | 1 144 | 945 | 199 |
| Poumon | C34 | 20 174 | 11 712 | 8 462 |
| Autres et non précisés | C30-31,C33,C35-36,C38.1-.9,C39 | 314 | 191 | 123 |
| Os | C40-C41 | 287 | 175 | 112 |
| Tissus mous (y compris le cœur) | C38.0,C47,C49 | 781 | 417 | 364 |
| Peau (mélanome) | Types 8720-8790 | 3 849 | 2 025 | 1 824 |
| Sein | C50 | 18 829 | 149 | 18 680 |
| Organes génitaux | C51-C63 | 29 064 | 21 360 | 7 704 |
| Col de l'utérus | C53 | 1 374 | – | 1 374 |
| Corps de l'utérus | C54 | 3 423 | – | 3 423 |
| Utérus, sans précision | C55 | 101 | – | 101 |
| Ovaire | C56 | 2 196 | – | 2 196 |
| Prostate | C61 | 20 376 | 20 376 | – |
| Testicule | C62 | 806 | 806 | – |
| Autres et non précisés | C51-52,C57,C58,C60,C63 | 788 | 178 | 610 |
| Organes urinaires | C64-C68 | 9 936 | 6 821 | 3 115 |
| Vessie | C67 | 5 798 | 4 294 | 1 504 |
| Rein et autres organes urinaires | C64-C66,C68 | 4 138 | 2 527 | 1 611 |
| Oeil | C69 | 233 | 126 | 107 |
| Encéphale et système nerveux central | C70-C72 | 2 284 | 1 237 | 1 047 |
| Glandes endocrines | C37,C73-C75 | 2 623 | 666 | 1 957 |
| Thyroïde | C73 | 2 417 | 566 | 1 851 |
| Autres glandes endocrines | C37,C74-C75 | 206 | 100 | 106 |
| Leucémie¹ | Voir le glossaire | 3 723 | 2 177 | 1 546 |
| Autres tissus lymphatiques et hématopoïétiques¹ | Voir les 3 éléments ci-après | 7 989 | 4 327 | 3 662 |
| Maladie de Hodgkin | Types 9650-9667 | 774 | 435 | 339 |
| Lymphomes non hodgkiniens | Voir le glossaire | 5 516 | 3 001 | 2 515 |
| Myélome multiple | Types 9731,9732,9734 | 1 699 | 891 | 808 |
| Mésothéliomes¹ | Types 9050-9055 | 399 | 320 | 79 |
| Tous les autres sièges/types et sièges/types non précisés | Voir le glossaire | 5 623 | 2 799 | 2 824 |

– Sans objet

¹ Les types histologiques 9590-9989 (leucémies, 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. Les données concernent les cancers envahissants et ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome. Pour plus d'information, consulter le site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/index.html>.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

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

Tableau A2

Données réelles sur les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2002

| Siège/type | CIM-10 | Total | Hommes | Femmes |
|--|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Tous les sièges/types de cancer | C00-C97 | 65 103 | 34 415 | 30 688 |
| Cavité buccale et pharynx | C00-C14 | 1 088 | 755 | 333 |
| Lèvres | C00 | 12 | 11 | 1 |
| Langue | C01-C02 | 254 | 166 | 88 |
| Glandes salivaires | C07-C08 | 93 | 59 | 34 |
| Bouche | C03-C06 | 201 | 127 | 74 |
| Nasopharynx | C11 | 104 | 73 | 31 |
| Oropharynx | C10 | 86 | 63 | 23 |
| Autres et non précisés | C09,C12-C14 | 338 | 256 | 82 |
| Appareil digestif | C15-C26,C48 | 17 126 | 9 394 | 7 732 |
| Oesophage | C15 | 1 473 | 1 081 | 392 |
| Estomac | C16 | 1 904 | 1 138 | 766 |
| Intestin grêle | C17 | 135 | 68 | 67 |
| Côlon | C18,C26.0 | 6 593 | 3 410 | 3 183 |
| Rectum et anus | C19-C21 | 1 565 | 919 | 646 |
| Foie | C22.0,C22.2-.9 | 1 073 | 712 | 361 |
| Vessie | C23 | 269 | 94 | 175 |
| Pancréas | C25 | 3 202 | 1 555 | 1 647 |
| Autres et non précisés | C22.1,C24,C26.1-.9,C48 | 912 | 417 | 495 |
| Appareil respiratoire | C30-C36,C38.1-.9,C39 | 17 782 | 10 660 | 7 122 |
| Larynx | C32 | 494 | 405 | 89 |
| Poumon | C34 | 17 173 | 10 185 | 6 988 |
| Autres et non précisés | C30-31,C33,C35-36,C38.1-.9,C39 | 115 | 70 | 45 |
| Os | C40-C41 | 129 | 72 | 57 |
| Tissus mous (y compris le cœur) | C38.0,C47,C49 | 360 | 180 | 180 |
| Peau (mélanome) | C43 | 753 | 460 | 293 |
| Sein | C50 | 5 017 | 40 | 4 977 |
| Organes génitaux | C51-C63 | 6 576 | 3 779 | 2 797 |
| Col de l'utérus | C53 | 362 | - | 362 |
| Corps de l'utérus | C54 | 332 | - | 332 |
| Utérus, sans précision | C55 | 354 | - | 354 |
| Ovaire | C56 | 1 587 | - | 1 587 |
| Prostate | C61 | 3 708 | 3 708 | - |
| Testicule | C62 | 28 | 28 | - |
| Autres et non précisés | C51-52,C57,C58,C60,C63 | 205 | 43 | 162 |
| Organes urinaires | C64-C68 | 2 965 | 1 979 | 986 |
| Vessie | C67 | 1 525 | 1 090 | 435 |
| Rein et autres organes urinaires | C64-C66,C68 | 1 440 | 889 | 551 |
| Oeil | C69 | 40 | 20 | 20 |
| Encéphale et système nerveux central | C70-C72 | 1 517 | 865 | 652 |
| Glandes endocrines | C73,C74-C75 | 230 | 95 | 135 |
| Thyroïde | C73 | 135 | 50 | 85 |
| Autres glandes endocrines | C73,C74-C75 | 95 | 45 | 50 |
| Leucémie | C91-C95 | 2 077 | 1 201 | 876 |
| Autres tissus lymphatiques et hématopoïétiques | C81-C90,C96.3 | 3 872 | 2 054 | 1 818 |
| Maladie de Hodgkin | C81 | 100 | 59 | 41 |
| Lymphomes non hodgkiniens | C82-C85,C96.3 | 2 530 | 1 349 | 1 181 |
| Myélome multiple | C88,C90 | 1 242 | 646 | 596 |
| Mésothéliomes | C45 | 331 | 271 | 60 |
| Tous les autres sièges/types et sièges/types non précisés | Voir le glossaire | 5 240 | 2 590 | 2 650 |

- Sans objet

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

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

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

Tableau A3

Données réelles sur l'incidence des sièges et types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente¹, 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 | 73 800 | 1 150 | 420 | 2 600 | 2 000 | 18 000 | 27 500 | 2 700 | 2 600 | 6 700 | 9 400 | 45 | 40 | 25 |
| Prostate | 20 400 | 260 | 140 | 670 | 500 | 3 600* | 8 000 | 680 | 820 | 2 100 | 2 600 | 10 | 5 | – |
| Poumon | 11 700 | 180 | 60 | 430 | 390 | 3 800 | 3 900 | 410 | 330 | 850 | 1 300 | 5 | 5 | 10 |
| Côlon et rectum | 10 000 | 240 | 55 | 410 | 250 | 2 600 | 3 800 | 390 | 360 | 820 | 1 200 | 10 | 10 | 5 |
| Vessie** | 4 300 | 70 | 25 | 170 | 140 | 1 350 | 1 200 | 180 | 160 | 370 | 680 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | | | | | | | | | | | | | | |
| Rein | 3 000 | 30 | 15 | 100 | 95 | 740 | 1 150 | 130 | 120 | 270 | 440 | – | – | – |
| Rein | 2 500 | 40 | 10 | 95 | 65 | 670 | 1 000 | 110 | 95 | 220 | 260 | – | – | – |
| Cavité buccale | 2 200 | 45 | 5 | 85 | 60 | 540 | 780 | 85 | 70 | 160 | 290 | – | – | – |
| Leucémie | 2 200 | 20 | 20 | 50 | 45 | 560 | 910 | 95 | 90 | 220 | 240 | – | – | – |
| Mélanome | 2 000 | 35 | 10 | 100 | 55 | 280 | 890 | 55 | 55 | 190 | 350 | – | – | – |
| Estomac | 1 800 | 40 | 10 | 65 | 60 | 480 | 640 | 80 | 60 | 160 | 220 | – | – | – |
| Pancréas | 1 600 | 15 | 10 | 55 | 60 | 460 | 510 | 70 | 60 | 160 | 220 | – | – | – |
| Encéphale | 1 250 | 25 | 10 | 40 | 35 | 330 | 460 | 30 | 30 | 120 | 150 | – | – | – |
| Larynx | 950 | 20 | 5 | 20 | 20 | 330 | 300 | 30 | 20 | 55 | 95 | – | – | – |
| Oesophage | 900 | 15 | 5 | 50 | 30 | 220 | 370 | 35 | 25 | 95 | 160 | – | – | – |
| Myélome multiple | 890 | 10 | 5 | 25 | 25 | 210 | 390 | 25 | 30 | 70 | 100 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 65 800 | 1 000 | 360 | 2 200 | 1 700 | 16 800 | 26 200 | 2 600 | 2 200 | 5 800 | 8 400 | 40 | 40 | 25 |
| Sein | 18 700 | 290 | 110 | 590 | 480 | 4 900 | 7 400 | 720 | 590 | 1 700 | 2 400 | 15 | 20 | 5 |
| Côlon et rectum | 8 600 | 200 | 50 | 330 | 230 | 2 200 | 3 300 | 340 | 310 | 680 | 1 050 | 5 | 5 | 5 |
| Poumon | 8 500 | 85 | 40 | 310 | 220 | 2 300 | 3 000 | 390 | 270 | 690 | 1 150 | 5 | 5 | 10 |
| Corps de l'utérus | 3 500 | 50 | 15 | 100 | 75 | 820 | 1 550 | 170 | 120 | 370 | 510 | 5 | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | | | | | | | | | | | | | | |
| Ovaire | 2 500 | 35 | 15 | 85 | 60 | 610 | 1 050 | 110 | 90 | 210 | 360 | – | – | – |
| Ovaire | 2 200 | 20 | 5 | 70 | 55 | 540 | 970 | 90 | 60 | 170 | 250 | – | – | – |
| Thyroïde | 1 850 | 30 | 5 | 40 | 45 | 380 | 1 200 | 45 | 40 | 220 | 160 | – | – | – |
| Mélanome | 1 800 | 30 | 10 | 100 | 55 | 270 | 800 | 50 | 55 | 170 | 280 | – | – | – |
| Pancréas | 1 650 | 10 | 10 | 50 | 55 | 460 | 610 | 75 | 55 | 130 | 240 | – | – | – |
| Rein | 1 600 | 30 | 10 | 75 | 55 | 440 | 600 | 60 | 45 | 120 | 130 | – | – | – |
| Leucémie | 1 550 | 20 | 5 | 40 | 40 | 420 | 660 | 65 | 60 | 140 | 170 | – | – | – |
| Vessie** | 1 500 | 20 | 5 | 75 | 50 | 470 | 440 | 55 | 65 | 170 | 220 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 1 350 | 25 | 10 | 55 | 45 | 340 | 520 | 40 | 50 | 150 | 150 | – | – | – |
| Encéphale | 1 050 | 15 | 5 | 20 | 25 | 280 | 390 | 25 | 30 | 85 | 110 | – | – | – |
| Estomac | 1 000 | 35 | 5 | 25 | 30 | 270 | 370 | 40 | 25 | 90 | 95 | – | – | – |
| Cavité buccale | 980 | 15 | 5 | 30 | 20 | 200 | 430 | 45 | 35 | 85 | 130 | – | – | – |
| Myélome multiple | 810 | 10 | 5 | 20 | 15 | 220 | 300 | 30 | 20 | 55 | 80 | – | – | – |
| Oesophage | 340 | 5 | – | 10 | 10 | 75 | 150 | 20 | 10 | 30 | 70 | – | – | – |

– Moins de 3 cas

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas, voir l'Annexe II : Méthodologie.

** Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie. Voir texte.

¹ 2001 pour le Canada et le Québec; 2002 pour l'Ontario; 2003 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 1999-2003 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Une moyenne est utilisée pour les territoires. Les chiffres ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

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

Tableau A4

Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente¹, Canada

| | Taux 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 | 475 | 399 | 570 | 512 | 483 | 483 | 452 | 446 | 458 | 472 | 407 | 398 | 341 | 500 |
| Prostate | 132 | 92 | 187 | 130 | 122 | 97* | 132 | 113 | 147 | 154 | 111 | 92 | 59 | – |
| Poumon | 76 | 63 | 84 | 83 | 94 | 103 | 64 | 67 | 60 | 62 | 56 | 73 | 59 | 249 |
| Côlon et rectum | 64 | 82 | 69 | 79 | 61 | 69 | 62 | 63 | 65 | 58 | 52 | 78 | 99 | 82 |
| Vessie** | 28 | 25 | 35 | 33 | 34 | 36 | 20 | 28 | 28 | 27 | 29 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | | | | | | | | | | | | | | |
| Rein | 19 | 9 | 22 | 19 | 22 | 19 | 18 | 21 | 21 | 19 | 19 | – | – | – |
| Leucémie | 14 | 7 | 24 | 10 | 11 | 16 | 15 | 15 | 16 | 15 | 11 | – | – | – |
| Cavité buccale | 13 | 16 | 7 | 16 | 15 | 14 | 12 | 13 | 12 | 10 | 12 | – | – | – |
| Mélanome | 13 | 13 | 13 | 20 | 12 | 7 | 14 | 9 | 10 | 12 | 15 | – | – | – |
| Estomac | 12 | 15 | 13 | 13 | 14 | 13 | 11 | 13 | 10 | 11 | 9 | – | – | – |
| Pancréas | 10 | 5 | 13 | 10 | 15 | 12 | 8 | 12 | 10 | 12 | 9 | – | – | – |
| Encéphale | 8 | 8 | 12 | 8 | 9 | 9 | 8 | 5 | 6 | 8 | 7 | – | – | – |
| Oesophage | 6 | 5 | 7 | 9 | 7 | 6 | 6 | 6 | 4 | 7 | 7 | – | – | – |
| Larynx | 6 | 6 | 3 | 4 | 5 | 8 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | – | – | – |
| Myélome multiple | 6 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 347 | 310 | 399 | 355 | 339 | 350 | 359 | 348 | 337 | 348 | 316 | 324 | 348 | 653 |
| Sein | 100 | 87 | 122 | 92 | 97 | 103 | 103 | 100 | 94 | 100 | 90 | 101 | 131 | 36 |
| Poumon | 44 | 27 | 47 | 48 | 46 | 48 | 41 | 52 | 43 | 43 | 42 | 30 | 55 | 312 |
| Côlon et rectum | 43 | 59 | 49 | 50 | 43 | 43 | 43 | 42 | 44 | 40 | 38 | 40 | 75 | 130 |
| Corps de l'utérus | 19 | 15 | 16 | 16 | 14 | 17 | 21 | 23 | 21 | 22 | 19 | 23 | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | | | | | | | | | | | | | | |
| Ovaire | 13 | 11 | 18 | 14 | 12 | 13 | 14 | 14 | 14 | 12 | 14 | – | – | – |
| Thyroïde | 12 | 6 | 7 | 11 | 11 | 11 | 13 | 12 | 9 | 10 | 9 | – | – | – |
| Mélanome | 11 | 10 | 5 | 8 | 11 | 9 | 19 | 8 | 9 | 14 | 7 | – | – | – |
| Pancréas | 10 | 8 | 15 | 17 | 12 | 6 | 11 | 6 | 9 | 10 | 12 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 8 | 2 | 9 | 8 | 10 | 9 | 8 | 8 | 7 | 8 | 9 | – | – | – |
| Vessie** | 8 | 8 | 17 | 11 | 11 | 8 | 8 | 6 | 9 | 9 | 6 | – | – | – |
| Rein | 8 | 6 | 6 | 11 | 10 | 9 | 6 | 7 | 9 | 10 | 8 | – | – | – |
| Leucémie | 8 | 9 | 9 | 12 | 11 | 9 | 8 | 9 | 7 | 7 | 5 | – | – | – |
| Encéphale | 8 | 7 | 7 | 7 | 8 | 9 | 9 | 9 | 10 | 8 | 7 | – | – | – |
| Cavité buccale | 6 | 5 | 7 | 3 | 5 | 7 | 6 | 4 | 6 | 5 | 5 | – | – | – |
| Estomac | 5 | 5 | 7 | 5 | 4 | 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | – | – | – |
| Myélome multiple | 5 | 10 | 4 | 3 | 6 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | – | – | – |
| Oesophage | 4 | 2 | 6 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | – | – | – |
| Oesophage | 2 | 1 | – | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | – | – | – |

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

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas, voir l'Annexe II : Méthodologie.

** Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie. Voir texte.

¹ 2001 pour le Canada et le Québec; 2002 pour l'Ontario; 2003 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 1999-2003 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

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

Tableau A5

Données réelles sur la mortalité pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2002¹

| | 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 | 34 400 | 670 | 160 | 1 250 | 910 | 9 400 | 12 600 | 1 300 | 1 300 | 2 600 | 4 200 | 25 | 20 | 15 |
| Poumon | 10 200 | 200 | 60 | 370 | 300 | 3 400 | 3 400 | 320 | 320 | 680 | 1 100 | 10 | 5 | 10 |
| Côlon et rectum | 4 300 | 100 | 20 | 170 | 100 | 1 150 | 1 650 | 180 | 170 | 290 | 500 | 5 | 5 | 5 |
| Prostate | 3 700 | 60 | 20 | 130 | 110 | 790 | 1 400 | 170 | 210 | 350 | 490 | – | – | – |
| Pancréas | 1 550 | 25 | 5 | 50 | 35 | 430 | 560 | 50 | 65 | 140 | 200 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 350 | 15 | 5 | 35 | 40 | 330 | 520 | 55 | 50 | 110 | 190 | – | – | – |
| Leucémie | 1 200 | 25 | 5 | 45 | 30 | 260 | 460 | 50 | 50 | 110 | 160 | – | – | – |
| Estomac | 1 150 | 45 | 5 | 35 | 35 | 340 | 400 | 35 | 40 | 70 | 130 | – | – | – |
| Oesophage | 1 100 | 15 | 5 | 40 | 25 | 220 | 430 | 45 | 40 | 95 | 160 | – | – | – |
| Vessie | 1 100 | 20 | 5 | 45 | 25 | 260 | 430 | 50 | 35 | 75 | 140 | – | – | – |
| Rein | 890 | 15 | 5 | 40 | 25 | 250 | 290 | 40 | 35 | 75 | 110 | – | – | – |
| Encéphale | 870 | 20 | – | 25 | 15 | 230 | 320 | 35 | 30 | 75 | 110 | – | – | – |
| Cavité buccale | 760 | 15 | 5 | 30 | 20 | 200 | 280 | 30 | 25 | 50 | 95 | – | – | – |
| Myélome multiple | 650 | 10 | – | 25 | 20 | 150 | 260 | 30 | 20 | 45 | 90 | – | – | – |
| Mélanome | 460 | 5 | – | 15 | 5 | 90 | 230 | 20 | 15 | 35 | 50 | – | – | – |
| Larynx | 410 | 15 | – | 20 | 10 | 130 | 130 | 10 | 10 | 35 | 40 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 30 700 | 530 | 150 | 1 150 | 790 | 8 200 | 11 400 | 1 250 | 1 000 | 2 300 | 3 900 | 15 | 15 | 15 |
| Poumon | 7 000 | 90 | 40 | 260 | 160 | 2 000 | 2 500 | 280 | 240 | 550 | 900 | 5 | 5 | 10 |
| Sein | 5 000 | 110 | 20 | 170 | 130 | 1 300 | 1 900 | 200 | 160 | 400 | 590 | 5 | – | – |
| Côlon et rectum | 3 800 | 75 | 30 | 160 | 85 | 1 100 | 1 450 | 180 | 110 | 240 | 440 | – | – | – |
| Pancréas | 1 650 | 25 | 5 | 60 | 50 | 420 | 610 | 65 | 50 | 130 | 240 | – | – | – |
| Ovaire | 1 600 | 30 | 5 | 65 | 40 | 380 | 620 | 65 | 50 | 120 | 220 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 200 | 20 | 5 | 35 | 30 | 310 | 440 | 65 | 45 | 90 | 140 | – | – | – |
| Leucémie | 880 | 5 | 5 | 25 | 20 | 230 | 340 | 40 | 30 | 75 | 110 | – | – | – |
| Estomac | 770 | 20 | – | 20 | 20 | 230 | 240 | 35 | 30 | 60 | 110 | – | – | – |
| Corps de l'utérus | 690 | 10 | 5 | 25 | 20 | 180 | 270 | 30 | 20 | 50 | 65 | – | – | – |
| Encéphale | 650 | 10 | 5 | 25 | 15 | 190 | 240 | 20 | 15 | 50 | 75 | – | – | – |
| Myélome multiple | 600 | 10 | – | 20 | 15 | 150 | 240 | 15 | 25 | 40 | 75 | – | – | – |
| Rein | 550 | 15 | 5 | 25 | 20 | 150 | 170 | 20 | 20 | 50 | 65 | – | – | – |
| Vessie | 430 | 10 | – | 15 | 20 | 100 | 170 | 15 | 10 | 35 | 50 | – | – | – |
| Oesophage | 390 | 5 | 5 | 15 | 10 | 70 | 170 | 15 | 10 | 25 | 65 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 360 | 10 | 5 | 30 | 5 | 80 | 130 | 15 | 10 | 35 | 45 | – | – | – |
| Cavité buccale | 330 | 5 | – | 10 | 5 | 65 | 140 | 15 | 15 | 30 | 50 | – | – | – |
| Mélanome | 290 | 5 | – | 15 | 10 | 45 | 130 | 10 | 10 | 20 | 40 | – | – | – |

– Moins de 3 décès

¹ Moyenne de 1998-2002 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Une moyenne est utilisée pour les territoires.

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

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

Tableau A6

Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les sièges ou types de cancer les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2002¹

| | Taux 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 | 220 | 249 | 217 | 247 | 227 | 253 | 213 | 212 | 221 | 198 | 186 | 261 | 216 | 362 |
| Poumon | 65 | 74 | 78 | 73 | 76 | 89 | 57 | 52 | 55 | 51 | 49 | 100 | 75 | 210 |
| Côlon et rectum | 28 | 38 | 30 | 34 | 25 | 31 | 28 | 30 | 30 | 22 | 22 | 36 | 37 | 74 |
| Prostate | 25 | 23 | 25 | 26 | 28 | 24 | 25 | 27 | 34 | 28 | 23 | – | – | – |
| Pancréas | 10 | 10 | 6 | 10 | 8 | 11 | 9 | 8 | 11 | 11 | 9 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 9 | 5 | 5 | 7 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | – | – | – |
| Leucémie | 8 | 9 | 7 | 9 | 7 | 7 | 8 | 8 | 9 | 8 | 7 | – | – | – |
| Oesophage | 7 | 6 | 8 | 7 | 6 | 6 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | – | – | – |
| Estomac | 7 | 16 | 6 | 7 | 9 | 9 | 7 | 6 | 7 | 5 | 6 | – | – | – |
| Vessie | 7 | 8 | 6 | 9 | 7 | 8 | 8 | 8 | 6 | 6 | 6 | – | – | – |
| Rein | 6 | 6 | 7 | 8 | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | – | – | – |
| Cavité buccale | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | – | – | – |
| Encéphale | 5 | 6 | – | 5 | 4 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | – | – | – |
| Myélome multiple | 4 | 4 | – | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | – | – | – |
| Larynx | 3 | 5 | – | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | – | – | – |
| Mélanome | 3 | 2 | – | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 149 | 159 | 154 | 168 | 149 | 158 | 147 | 157 | 143 | 142 | 138 | 181 | 178 | 448 |
| Poumon | 35 | 29 | 42 | 41 | 33 | 40 | 33 | 37 | 37 | 35 | 34 | 34 | 36 | 260 |
| Sein | 24 | 33 | 21 | 25 | 23 | 25 | 25 | 25 | 24 | 24 | 21 | 39 | – | – |
| Côlon et rectum | 18 | 22 | 27 | 22 | 15 | 20 | 18 | 21 | 14 | 14 | 15 | – | – | – |
| Pancréas | 8 | 6 | 4 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 | 7 | 8 | 8 | – | – | – |
| Ovaire | 8 | 9 | 5 | 10 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 8 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 6 | 7 | 3 | 5 | 6 | 6 | 6 | 8 | 6 | 5 | 5 | – | – | – |
| Estomac | 4 | 6 | – | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | – | – | – |
| Leucémie | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | – | – | – |
| Corps de l'utérus | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | – | – | – |
| Encéphale | 3 | 4 | 8 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | – | – | – |
| Myélome multiple | 3 | 3 | – | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | – | – | – |
| Rein | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | – | – | – |
| Cavité buccale | 2 | 1 | – | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | – | – | – |
| Oesophage | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 2 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | – | – | – |
| Vessie | 2 | 3 | – | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | – | – | – |
| Mélanome | 1 | 1 | – | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | – | – | – |

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

¹ Moyenne de 1998-2002 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

Source : Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Sources et traitement des données

Les données réelles sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer utilisées pour préparer la présente monographie proviennent de trois sources, à savoir les fichiers de données sur la mortalité (1950 à 2002)²⁸, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969 à 1991) et le Registre canadien du cancer (RCC, 1992 à 2003)¹. Ces bases de données sont toutes tenues à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada.

L'Agence de santé publique du Canada a utilisé les données réelles sur la mortalité pour l'ensemble des provinces et territoires pour la période de 1969 à 2002. Les données sur l'incidence étaient disponibles pour toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec et l'Ontario, pour la période 1969-2003. Les données sur l'incidence ont été communiquées pour le Québec jusqu'en 2001 et pour l'Ontario jusqu'en 2002.

Après leur extraction, nous avons classé les enregistrements provenant de chaque province selon le sexe et le groupe d'âge et selon le siège ou type de cancer définis dans le *Glossaire*. Puis nous avons calculé les totaux nationaux pour certains sièges ou types de cancer en additionnant les totaux obtenus pour les dix provinces et les trois territoires.

Les chiffres de population pour le Canada, les provinces et les territoires ont été tirés d'estimations intercensitaires pour la période de 1971 à 2000²⁹, d'estimations post-censitaires pour la période **2001 à 2004**²⁹ et du scénario 2 des projections de la population pour **2005 à 2006**³⁰. Les estimations démographiques de **1971 à 2004** et les projections démographiques incluent les résidents non permanents. En outre, des corrections ont été faites pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour au pays, et la date de référence pour les estimations annuelles est désormais le 1^{er} juillet plutôt que le 1^{er} juin. Les projections sont fondées sur les hypothèses d'accroissement démographique naturel, d'immigration et de migration interne, qui correspondent le mieux à la réalité canadienne. Ces hypothèses sont révisées régulièrement pour tenir compte des changements les plus récents.

Les estimations de l'incidence et de la mortalité pour 2006 ont été extrapolées à partir de modèles adaptés à un sous-ensemble des données décrites ci-dessus. Nous avons sélectionné les séries de données de manière à ce qu'elles commencent en 1986, à la fois pour les données sur l'incidence et celles sur la mortalité. Cette méthode garantit que les estimations de la mortalité et de l'incidence sont cohérentes et qu'elles représentent bien les tendances actuelles. Pour estimer les taux de mortalité, les données pour la période de 1986 à 2002 ont été utilisées; pour les estimations de l'incidence, nous avons eu recours aux données de 1986 à l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles.

Nous avons calculé les taux réels d'incidence et de mortalité selon la province ou le territoire, le sexe, le siège ou le type de cancer et l'année en divisant le nombre de cas par le chiffre de la population provinciale ou territoriale correspondante. Dans les éditions antérieures, des taux distincts avaient été établis pour le groupe des « moins de 45 ans » et celui des « 45 ans et plus ». Pour étudier la répartition par âge pour tous les cancers et les principaux sièges de cancer (poumon, côlon et rectum, prostate et sein), nous avons calculé séparément les taux pour les groupes d'âge de 0 à 19 ans, de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à

79 ans, et de 80 ans et plus. Depuis l'édition de 2003, nous avons calculé et analysé les taux par groupe d'âge de cinq ans : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite jusqu'à 80 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Nous avons calculé les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour chaque siège ou type de cancer en nous fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991. Par contre, pour les éditions antérieures à 1995, le calcul des taux était basé sur la population mondiale³¹. La décision de ne plus utiliser cette dernière comme population de référence tient au fait qu'elle représente une population beaucoup plus jeune que la population du Canada en 1991. Par conséquent, les taux estimés normalisés selon l'âge d'avant 1995 ne sont pas comparables avec les estimations ultérieures.

Depuis l'édition 2000 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*, le découpage géographique des Territoires du Nord-Ouest n'est plus le même que dans le passé. Leurs frontières ont été modifiées, ce qui en a réduit la superficie et formé un nouveau territoire, le Nunavut³².

Pour tous les cancers, même ceux associés à une survie courte, tels que les cancers du pancréas et du poumon, le nombre annuel de nouveaux cas devrait être similaire ou plus élevé que le nombre de décès. Dans certaines situations, cependant, le nombre de décès observés ou prévus dépasse le nombre correspondant de nouveaux cas. À Terre-Neuve-et-Labrador, ce dépassement est dû au fait que le registre ne reçoit pas l'information sur tous les certificats de décès portant la mention cancer, ce qui entraîne une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations. Lorsque le registre de Terre-Neuve recevra des données lui permettant de comptabiliser ces cas, cet écart devrait disparaître. Les décès peuvent correspondre à des cas diagnostiqués dans les années antérieures; la variation d'une année à l'autre constitue donc un autre facteur à considérer dans le cas des sièges ou types de cancer rares.

Estimations de l'incidence (nouveaux cas) en 2006

Pour chaque groupe d'âge, siège de cancer et pour chaque sexe, nous avons estimé le nombre de nouveaux cas en adaptant des modèles de régression de Poisson aux valeurs annuelles des provinces et territoires. La régression de Poisson repose sur la prémisse que les dénombrements de l'incidence annuelle 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) d'incidence.

La méthodologie utilisée aux fins des projections a été modifiée dans le cadre de l'édition de 2003. Dans les éditions antérieures à 2003, un modèle distinct où l'année est la seule variable indépendante a servi à établir les taux d'incidence bruts pour chaque province et territoire, chaque groupe d'âge, siège de cancer et chaque sexe. La nouvelle méthodologie prévoit un facteur à 18 niveaux pour l'âge, 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. Les estimations pour 2006 ont été obtenues en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques pour la même année. Comme nous disposons de séries de données plus longues pour certaines provinces que pour d'autres, nous avons calculé les estimations pour le Canada en additionnant les estimations obtenues pour les provinces et territoires.

Parfois, lorsque les données initiales indiquaient de fortes fluctuations, le modèle choisi n'a pas permis d'obtenir des résultats suffisamment précis. Nous avons alors estimé les nouveaux cas pour 2006 (après avoir consulté les provinces et les territoires) en nous fondant sur une moyenne sur cinq ans des données les plus récentes disponibles : Terre-Neuve-et-Labrador (prostate, vessie chez l'homme); Île-du-Prince-Édouard (poumon chez l'homme); Nouvelle-Écosse (prostate chez l'homme); Ontario (prostate chez l'homme); Manitoba (côlon et rectum, myélome multiple, prostate, leucémie chez l'homme; estomac, mélanome, leucémie chez la femme); Saskatchewan (prostate, testicule chez l'homme; encéphale, poumon chez la femme); Alberta (prostate chez l'homme); Colombie-Britannique (vessie chez l'homme; vessie chez la femme); Territoires du Nord-Ouest (tous les cancers, prostate chez l'homme; tous les cancers chez la femme); Yukon (tous les cancers, prostate chez l'homme; tous les cancers chez la femme); et Nunavut (tous les cancers, prostate chez l'homme; tous les cancers chez la femme).

L'utilisation de la CIM-O-3 à partir de l'édition 2004 explique les quelque 100 cas de cancer de l'ovaire de moins par rapport au nombre obtenu dans l'édition antérieure, pour un nombre total de 2 184 cas au Canada en 2000. Cependant, la CIM-O-3 ne considère plus comme malin le cancer de l'ovaire à la limite de la malignité. D'après la définition contenue dans la CIM-O-3, tant en 1998 qu'en 2000, le nombre de cas de cancer de l'ovaire a effectivement augmenté de 50 en 2000.

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée pour l'édition de 2003, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cette observation des taux sommaires ne s'applique pas aux taux selon l'âge. Depuis 1981, les taux selon l'âge au Canada chez les hommes de moins de 40 ans ont révélé peu de changements et n'ont signalé aucune tendance; chez les 40 à 59 ans, une tendance à la hausse marquée a débuté autour de 1991, et n'a pas encore changé de cap; chez les hommes de 60 à 74 ans, les taux suivent les tendances des taux normalisés selon l'âge depuis 1991; et chez les hommes de plus de 75 ans, la brève montée des taux du début au milieu des années 90 a été suivie d'une baisse abrupte pour atteindre les niveaux de 1981 ou plus bas. Par conséquent, les projections des taux selon l'âge basées sur le modèle de régression de Poisson adapté aux données obtenues entre 1981 et 1989 ont été abandonnées en faveur des modèles de régression de Poisson adaptés aux données de 1991 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données sur l'incidence étaient disponibles (2001 pour le Québec, 2002 pour l'Ontario et 2003 ailleurs). Le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Colombie-Britannique sont les provinces pour lesquelles cette méthodologie a été appliquée.

Pour estimer l'incidence de « tous les cancers », nous avons additionné les cas estimés de cancer de la prostate et l'estimation de « tous les cancers moins celui de la prostate », à l'aide du modèle linéaire standard (basé sur les données depuis 1986). À compter de l'édition de 2004, la classification de tous les cas de cancer est basée sur la CIM-O-3 pour les données de l'année 1992 et les années suivantes, ce qui explique les 1 200 cas de plus par année par rapport au nombre obtenu lorsque la définition de la CIM-9 était utilisée pour la catégorie des autres types de cancer et le total pour tous les cancers.

Estimations de la mortalité (décès) en 2006

Nous avons estimé le nombre de décès pour chaque groupe d'âge, siège ou type de cancer et selon le sexe en suivant une méthode similaire à celle utilisée pour l'incidence. Un modèle linéaire, basé sur un facteur à 18 niveaux pour l'âge et des paramètres relatifs aux tendances choisis au moyen d'un algorithme de sélection progressive, a servi à établir les taux de mortalité, pour chaque province et territoire. Nous avons tiré le nombre global de décès selon le siège du cancer pour le Canada directement des dénombrements provinciaux et territoriaux.

Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avons utilisé les codes 153-154 de la 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 ont crû considérablement par rapport aux chiffres publiés avant ce changement.

Dans les cas où les données originales présentent d'importantes fluctuations, le modèle n'a pas pu fournir des résultats avec une précision satisfaisante. Pour ces exceptions, le nombre de décès pour 2006 a été estimé (à la suite de consultations avec les provinces et les territoires) en utilisant une moyenne quinquennale des données les plus récentes disponibles : Nouvelle-Écosse (côlon et rectum chez l'homme; poumon chez la femme); Manitoba (myélome multiple, rein chez l'homme; estomac, poumon chez la femme); Saskatchewan (œsophage, estomac, rein chez l'homme; poumon, utérus, lymphomes non hodgkiniens, rein chez la femme); Colombie-Britannique (côlon et rectum chez l'homme); Territoires du Nord-Ouest (tous les cancers chez l'homme; tous les cancers chez la femme); Yukon (tous les cancers chez l'homme; tous les cancers chez la femme); et Nunavut (tous les cancers chez l'homme; tous les cancers chez la femme).

Estimations des taux d'incidence (TINA) et de mortalité (TMNA) normalisés selon l'âge en 2006

Depuis l'édition de 2003, les taux normalisés selon l'âge ont été calculés directement à partir des projections par âge. Ce changement dans la méthodologie a éliminé la nécessité de recourir à une méthodologie distincte pour la projection des taux par âge et des taux normalisés selon l'âge, en plus de garantir que les taux normalisés selon l'âge sont une moyenne pondérée des taux par âge. Dans les versions du présent document antérieures à 2003, les taux d'incidence et de mortalité étaient généralement estimés par régression des moindres carrés pondérés, **sauf dans certains cas**. Nous avons utilisé comme poids l'inverse des estimations de la variance des taux normalisés selon l'âge réel. Les variances ont été calculées en supposant que les dénombrements par âge qui ont servi au calcul des taux normalisés selon l'âge suivent des distributions de Poisson indépendantes. Les régressions ont été effectuées pour l'ensemble du Canada et pour chaque province ou territoire, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, au moyen d'un modèle linéaire où l'année était la seule variable indépendante.

Encore une fois, dans les cas où les données originales sont sujettes à de fortes fluctuations, le modèle choisi n'a pu fournir des résultats d'une précision satisfaisante. Pour cette raison, et pour maintenir une cohérence entre les estimations selon l'âge et

les estimations normalisées selon l'âge, nous avons estimé les taux d'incidence annuels normalisés selon l'âge en 2006 à partir des taux d'incidence réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacun des cas expliqués précédemment dans la section « Estimation de l'incidence ». Nous avons également estimé les taux annuels de mortalité normalisés selon l'âge en 2006 à partir des taux de mortalité réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacune des régions et chacun des sièges ou types de cancer combinés présentés dans la section « Estimations de la mortalité ».

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée à compter de l'édition de 2003, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cependant, cette nouvelle tendance n'a pas atteint le niveau projeté d'après un modèle linéaire adapté aux données de 1981 à 1989. Plusieurs options ont été explorées, et nous croyons que les projections les plus précises ont été obtenues simplement en calculant le taux normalisé selon l'âge à partir des nombres projetés selon l'âge (tel que décrit ci-dessus) en utilisant les données réelles à partir de 1991. Au même titre que la projection des nombres de nouveaux cas, les provinces pour lesquelles on applique cette méthode d'estimation des taux sont le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Colombie-Britannique.

Exactitude et précision des estimations

L'exactitude d'une estimation est liée au biais, soit la mesure dans laquelle une estimation fournit vraiment la valeur qui nous intéresse. La précision d'une estimation fait référence à la variabilité inhérente à toute estimation; il est en effet impossible de « connaître » la valeur exacte d'une estimation, laquelle ne peut donc fournir qu'une idée de la valeur inconnue réelle qui nous intéresse.

L'erreur-type et le coefficient de variation, de même que l'intervalle de confiance, sont calculés pour déterminer la précision de chaque estimation. L'erreur-type donne une estimation du degré de variation d'une estimation, alors que le coefficient de variation établit une relation entre cette variation et la taille réelle de la quantité estimée. À partir de l'erreur-type, l'intervalle de confiance définit une fourchette de valeurs plausibles pour la quantité estimée. Ces valeurs peuvent être obtenues sur demande auprès de la Division de la surveillance, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada. Ensemble, ces mesures évaluent la précision (ou l'imprécision) d'une estimation, mais non son exactitude. À noter que toute estimation est sujette à erreur et que le degré de précision dépend principalement du nombre de cas observés et de la taille de la population pour chaque combinaison siège/sexe/province, alors que l'exactitude dépend de la pertinence du modèle utilisé pour l'estimation.

Les estimations de l'incidence et de la mortalité 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 cinquième dizaine (50) la plus 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.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer

La variation annuelle moyenne en pourcentage a été calculée pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle fondé sur l'hypothèse que le taux de variation des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge est constant, autrement dit en appliquant un modèle linéaire à ces taux normalisés selon l'âge après transformation logarithmique. 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 eu recours à l'analyse par point de retournement pour déterminer la tendance linéaire la plus récente en utilisant les données simples relatives aux TINA ou aux TMNA de 1986 à 2001 pour l'incidence et de 1986 à 2002 pour la mortalité. Pour déceler une tendance nouvelle, il fallait au moins cinq données simples, de sorte que la dernière tendance nouvelle serait décelée en 1997 pour les TINA ou en 1998 pour les TMNA. Nous avons utilisé les données de 1992 à 2001/2002 pour l'incidence/la mortalité, à moins que l'analyse par point de retournement ait permis de déceler une tendance nouvelle ayant débuté après 1992, auquel cas nous avons utilisé la dernière tendance linéaire pour estimer la VAMP.

Estimations de l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome en 2006 au Canada

Les estimations relatives au cancer de la peau autre que le mélanome pour 2006 correspondaient à la moyenne des estimations obtenues par l'application des taux de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick à la population canadienne. 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 (carcinome basocellulaire et carcinome squameux). On croit toutefois qu'il y a une certaine sous-déclaration du cancer de la peau autre que le mélanome. Pour produire une estimation minimale du nombre de cas au Canada dans son ensemble, nous avons appliqué les taux d'incidence selon l'âge et selon le sexe en Colombie-Britannique en 2003 aux estimations de la population canadienne. Ces projections étaient basées sur un enregistrement de 90 % des rapports d'anatomopathologie pour les cancers de la peau autre que le mélanome et sur l'hypothèse que les cas sont enregistrés de façon aléatoire pour ce qui est de la répartition par âge et par sexe. Pour le Manitoba, les estimations ont été obtenues en appliquant à la population canadienne les taux par âge et par sexe prévus pour 2006 dans les graphiques de Demers et coll.³³. Pour le Nouveau-Brunswick, des dénombrements sommaires des nouveaux cas de carcinomes basocellulaires et squameux entre 1992 et 2004 par groupe d'âge ont été fournis par le registre du cancer et les taux ont été projetés jusqu'en 2006 au moyen d'une régression linéaire.

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 2001, et d'après les taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 1999 à 2001. La méthodologie employée est celle de Zdeb³⁴ et de Seidman et coll.³⁵.

Les méthodes utilisées pour établir les tables de mortalité se fondent 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 ces taux peuvent ne pas correspondre à ceux qui ont cours au moment où les sujets atteignent un certain âge, les probabilités devraient être considérées uniquement comme des approximations des taux réels.

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 2001. 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.

Nombre total de nouveaux cas ou de décès reflétant l'évolution du risque de cancer, la croissance démographique et le changement de la structure par âge de la population

Les figures 3.1 et 3.2 illustrent les déterminants de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, respectivement. Les trois séries de données représentées par chaque courbe sont basées sur des données à partir de l'année de référence, soit 1977. La courbe supérieure rend compte des dénombrements réels ou prévus des cas/décès liés au cancer. La courbe intermédiaire reflète une estimation de l'incidence du cancer ou des décès si la répartition des âges de 1977 n'avait pas évolué au fil des ans. La courbe inférieure représente une estimation du nombre prévu de cas/décès si la taille et la répartition de la population de 1977 étaient demeurées constantes jusqu'à l'année en cours.

En attendant de présenter de façon plus rigoureuse la façon dont ces séries ont été calculées, disons que $P_{i,t}$ représente la population totale de chaque sexe au Canada pour l'année t , où $i = H$ pour hommes ou $i = F$ pour femmes. Autrement dit, $P_{F,1977}$ représente la population féminine totale au Canada en 1977. Ensuite, $TNA_{i,t}$ représente le taux d'incidence/mortalité normalisé selon l'âge pour tous les cancers et pour chaque sexe, la population de référence étant la population canadienne de 1977 du sexe correspondant à i , qui est soit $i = H$ pour hommes ou $i = F$ pour femmes. Par exemple, $TNA_{F,2001}$ est le taux normalisé selon l'âge pour les Canadiennes en l'an 2001.

Série supérieure : Nombre annuel de cas/décès liés au cancer dans la population de sexe i dans une année donnée, disons t .

Série intermédiaire : Population totale en l'année t multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année t ou, en symboles, $P_{i,t} TNA_{i,t}$.

Série inférieure : Population totale de 1977 multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année t ou, en symboles, $P_{i,1977} TNA_{i,t}$.

Niveau de référence : Nombre observé de cas de cancer ou de décès par cancer dans la population de sexe i survenus en 1977.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur a été calculé en déterminant le nombre de décès pour les groupes de moins de 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans, ... et de 90 ans et plus au Canada en 2002, et l'espérance de vie au point milieu des groupes d'âge. Les APVP sont le nombre total d'années de vie perdues calculées en multipliant, pour chaque groupe d'âge, le nombre de décès par l'espérance de vie des survivants³⁶.

Fraction étiologique du risque

Les estimations de la fraction étiologique du risque ont été établies en combinant les données sur la mortalité, le tabagisme et les estimations du risque relatif selon le sexe, l'âge et la maladie. L'estimation du tabagisme a été établie à partir de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada³⁷, tandis que les estimations du risque relatif ont été établies au moyen du programme SAMMEC II³⁸. Par conséquent, la mortalité attribuable au tabagisme a été calculée³⁹ pour les types de maladies qui comportent un risque relatif élevé connu se situant à l'intérieur de l'intervalle de variation pour la maladie. Le taux de mortalité attribuable au tabagisme s'entend du produit de la fraction attribuable au tabagisme (FAT) et du nombre de décès selon le sexe, l'âge et le type de maladie. Le calcul de cette fraction a été fait selon la formule suivante :

$$\text{SAF} = ([P_0 + P_1 (RR_1) + P_2 (RR_2)] - 1) / [P_0 + P_1 (RR_1) + P_2 (RR_2)] ,$$

où P_0 , P_1 et P_2 dénotent respectivement qu'une personne n'a jamais fumé, qu'elle fume et qu'elle a déjà fumé, et où RR_1 et RR_2 indiquent respectivement le risque relatif actuel et passé. Le calcul de la fraction étiologique du risque a été fait en divisant la mortalité totale attribuable au tabagisme par le nombre de décès pour chaque sexe, âge et groupe de maladies.

Prévalence

La prévalence du cancer chez les Canadiens a été évaluée selon le siège ou le type de cancer à la lumière des diagnostics posés dans les 15 années précédant l'année cible. Les données sur l'incidence du cancer proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer (avant 1992) et du Registre du cancer du Canada (1992-2003), et les données sur la survie proviennent de la Division de la gestion de l'information de la Saskatchewan Cancer Agency. Pour chaque siège ou type de cancer, les données ont été ventilées selon le mois du diagnostic, l'âge lors du diagnostic et le sexe. Nous avons ensuite multiplié le taux brut de survie selon l'âge par le nombre de nouveaux cas pour établir les prévisions quant à la prévalence. Les estimations par strate ont été combinées pour chaque siège ou type de cancer.

Les taux de survie sont basés sur les données du Saskatchewan Cancer Registry. Les données ont d'abord été stratifiées selon le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 34 ans, de 35 à 64 ans et de 65 ans et plus, puis les taux de survie mensuels ont été calculés à partir des tables de mortalité utilisées dans la version 8.02 du SAS (correction pour la censure à droite, selon la méthode habituelle). Ces estimations se fondent sur les cas diagnostiqués entre le début de 1986 et la fin de 2001, un suivi ayant été effectué jusqu'à la fin de 2002.

Les données nationales annuelles sur l'incidence du cancer ont été stratifiées selon l'année du diagnostic, le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 1 an, 2 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite, par groupes d'âge de cinq ans jusqu'au groupe des 85 ans et plus. Ces données ont ensuite été réparties également

sur chaque mois de l'année en divisant par 12 le nombre de cas dans chaque strate. Compte tenu d'un nombre maximal de 15 années de survie, la prévalence pour 2001 a été estimée en multipliant le taux de survie brut par le nombre de cas correspondant. Nous avons limité les estimations à un nombre maximal de 15 années de survie, lequel est très semblable à la prévalence à vie, et avons utilisé des estimations de la survie dans la mesure où celles-ci étaient fiables.

Survie relative

Les cas de cancer sont définis d'après la troisième édition de la Classification internationale des maladies – Oncologie⁴⁰. Pour définir les sièges de cancer, nous avons utilisé les groupes du programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), sans classer la maladie de Kaposi et le mésothéliome dans des groupes séparés⁴¹. Les définitions des sièges diffèrent à certains égards de celles figurant dans le Glossaire (voir référence 41). Nous avons limité les analyses aux premiers enregistrements de tumeur primitive envahissante diagnostiquée entre le 1^{er} janvier 1995 et le 31 décembre 1997, inclusivement. Ces années d'incidence ont été retenues parce que les données sur la mortalité de 2002 étaient les données les plus récentes dont nous disposions pour l'analyse. Nous avons recueilli, le cas échéant, les antécédents tumoraux avant 1992 des personnes inscrites dans le RCC en couplant les données du RCC avec celles 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. Des renseignements supplémentaires sur la province de l'Ontario ont également été utilisés.

Les cas diagnostiqués dans la province de Québec n'ont pas été inclus, en partie parce que la méthode de détermination de la date de diagnostic des cas de cancer dans cette province différait nettement de celle employée par les autres registres provinciaux du cancer⁴². Les enregistrements étaient exclus lorsque le diagnostic reposait uniquement sur les résultats de l'autopsie ou le certificat de décès.

La durée de survie correspondait à la différence en jours entre la date du diagnostic et la date de la dernière observation (date du décès ou le 31 décembre, la date la plus rapprochée étant retenue) jusqu'à concurrence de cinq ans. Pour un faible pourcentage de sujets pour lesquels nous ne disposions pas d'information sur le jour/mois du diagnostic, et/ou le jour/mois du décès, la durée de survie a été estimée⁴². Nous avons déterminé si la personne était encore en vie ou non au cours des cinq premières années au moyen de recoupements avec la Base canadienne de données sur la mortalité ou de renseignements communiqués par les registres provinciaux/territoriaux du cancer. Lorsque les décès étaient signalés par un registre provincial mais n'étaient pas confirmés par le processus de couplage des données, nous avons présumé que la personne était morte à la date indiquée par la province déclarante.

L'analyse de survie s'appuyait sur un algorithme rédigé par Paul Dickman qui a été légèrement adapté. Les rapports de survie relative ont été estimés de la façon suivante : rapport de la survie observée des cancéreux à la survie prévue dans la population générale du même âge, sexe, de la même province de résidence et durant la même période. Les proportions de la survie observée ont été estimées à l'aide de la méthode des cohortes. Les proportions de la survie prévue ont été dérivées des tables complètes et abrégées de mortalité provinciales selon le sexe produites par Statistique Canada, au moyen de la méthode Ederer II⁴³. Toutes les proportions de la survie prévue pour

l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ont été tirées des tables de mortalité canadiennes car des estimations stables pour chaque âge ne pouvaient être produites pour ces régions à cause de la petite taille de leur population.

Les estimations de la survie par âge et pour tous les âges (de 15 à 99 ans) nous renseignent sur la survie réelle du groupe de patients. Des estimations de la survie normalisées selon l'âge ont été fournies à des fins de comparaison. Les estimations normalisées selon l'âge ont été obtenues au moyen de la méthode directe. 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. Les estimations de la survie normalisées selon l'âge peuvent être interprétées comme l'estimation globale de la survie qui aurait été obtenue si la répartition par âge du groupe de patients étudié était la même que celle de la population type. À moins d'avoir été normalisées en fonction de la même population, les estimations de la survie provenant d'autres sources ne devraient pas être comparées avec celles de la présente analyse.

ANNEXE III – SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

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

- ◆ progrès dans la prévention du cancer : facteurs de risque modifiables (2005);
- ◆ variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997 (2004);
- ◆ répercussions économiques du cancer au Canada, 1998 (2004);
- ◆ lymphomes non hodgkiniens (2003);
- ◆ incidence du cancer chez les jeunes adultes (2002);
- ◆ taux de survie (2002, 1995, 1991-1993);
- ◆ cancer colorectal (2001, 1995);
- ◆ progrès réalisés dans la lutte contre le cancer (2000);
- ◆ répercussions relatives de la croissance démographique et du vieillissement de la population sur l'incidence du cancer au Canada (1999);
- ◆ surveillance du cancer au Canada (1999);
- ◆ comparaisons internationales (1998);
- ◆ examen des statistiques sur le cancer pour une période de dix ans (1997);
- ◆ évaluation de la validité des estimations (1996);
- ◆ cancer de la prostate (1996);
- ◆ répercussions économiques du cancer (1996, 1990);
- ◆ estimations de la prévalence (1995);
- ◆ cancer du sein (1993);
- ◆ tabagisme et cancer du poumon (1991);
- ◆ cancer chez les Autochtones (1991);
- ◆ tendances selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer chez la femme (1990);
- ◆ taux d'incidence du cancer selon le revenu (1990).

1. Statistique Canada. *Les statistiques sur le cancer*, Ottawa : Division de la statistique de la santé, no 84-601-XIF au catalogue, 2005.
2. Le ND, Marrett LD, Robson DL, Semenciw RM et coll. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1995, n° H49-6/1-1996 au catalogue, 1995.
3. Hotes J, Wu XC, McLaughlin C et coll. (éds.). *Cancer in North America, 1997-2001. Volume one: Incidence; volume two: Mortality*. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries Inc., Avril 2004.
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB (éds.). *Cancer incidence in five continents, volume VIII*, Lyon : Publication scientifique du CIRC n° 155, Centre international de recherche sur le cancer, 2002.
5. 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.
6. Stephens M, Siroonian J. *L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire*, Rapports sur la santé 1998;9:31-7.
7. Levy IG. Prostate cancer: the epidemiologic perspective. Dans : Fradet Y, Meyer F (éds.). *Canadian Workshop on Screening for Prostate Cancer proceedings, March 24-27*, Quebec City. Can J Oncol 1994;(4 suppl 1): 4-7.
8. Wingo PA, Landis S, Ries LAG. *An adjustment to the 1997 estimate for new prostate cancer cases*. Cancer 1997;47:239-42.
9. Harris JR, Lippman ME, Veronsei U, Willett WC. *Breast cancer*. N Engl J Med 1992;327(3 parties): 319-28, 390-8, 473-80.
10. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. *Reproductive factors and breast cancer*. Epidemiol Rev 1993;15:36-47.
11. Gaudette LA, Gao RN, Wysocki M et coll. *Le point sur la mortalité par cancer du sein*, 1995. Rapports sur la santé 1997;9(1):34-1.
12. Hebert-Croteau N, Brisson J, Latreille J, Rivard M, Abdelaziz N, Martin G. Related Articles, Links *Compliance with consensus recommendations for systemic therapy is associated with improved survival of women with nodenegative breast cancer*. J Clin Oncol. 2004 Sep 15;22(18):3685-93.
13. Olivetto IA, Mates D, Kan L, Fung J, Samant R, Burhenne LJ. Related Articles, Links *Prognosis, treatment, and recurrence of breast cancer for women attending or not attending the Screening Mammography Program of British Columbia*. Breast Cancer Res Treat. 1999 Mar;54(1):73-81.
14. Heikki Joensuu; Tiina Lehtimäki; Kaija Holli; Liisa Elomaa; Taina Turpeenniemi-Hujanen; Vesa Kataja; Ahti Anttila; Mikael Lundin; Jorma Isola; Johan Lundin, *Risk for Distant Recurrence of Breast Cancer Detected by Mammography Screening or Other Methods*. JAMA. 2004;292:1064-1073.
15. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2002 (Cycle 1.2)*, Ottawa : Santé Canada et Statistique Canada, 2002.

16. Black RJ, Sankaranarayanan R, Parkin DM. *Interpretation of population-based cancer survival data*. Dans : Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, (éds.) *Cancer survival in developing countries*. IARC Scientific Publication no. 145. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 1998.
17. Du WB, Chia KS , Sankaranarayanan R, Sankila R, Seow A, Lee HP. *Population-based survival analysis of colorectal cancer patients in Singapore , 1968-1992*. International Journal of Cancer 2002;99:460-465.
18. Statistique Canada, Statistiques sur le cancer, Statistiques sur la survie au cancer, Division de la statistique de la santé, no 84-601-XIF 001, 2005 au catalogue (affiché à l'adresse http://www.statcan.ca/francais/freepub/84-601-XIF/survival_f.htm).
19. Dickman PW, Hakulinen T, Luostarinen T, Pukkala E, Sankila R, Söderman B, Teppo L. *Survival of cancer patients in Finland 1955-1994*. Acta Oncologica 1999;Suppl. 12:1-103.
20. Brenner H, Arndt V. *Recent increase in cancer survival according to age: higher survival in all age groups but widening age gradient*. Cancer Causes and Control 2004; 15:903-10.
21. Ellison LF, Gibbons L. *Survival from cancer – up-to-date predictions using period analysis*. Rapports sur la santé (Statistiques Canada, Catalogue 82-003) 2006; 17(2):19-30.
22. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. *Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer?* JAMA 2000;283:2975-78.
23. MacKay EN, Sellers AH. *A statistical survey of leukemia in Ontario and the Ontario Cancer Foundation clinics, 1938-1958*. Can Med Assoc J 1967;96: 1626-35.
24. Ries LAG, Smith MA, Gurney JG et coll. (éds.). *Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, SEER Program. NIH Pub. No. 99-4649, 1999.
25. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies – Oncologie*, 3^e édition, Genève, 2000.
26. 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.
27. Capocaccia R, De Angelis R. *Estimating the completeness of prevalence based on cancer registry data*. Stat Med 1997;16:425-40.
28. Statistique Canada. *Causes de décès*, Ottawa : Division de la statistique de la santé, n° 84-208-XIF au catalogue, 2004.
29. Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2004*. Ottawa : Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, 2005.
30. Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2001*. Ottawa : Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, 2002.

31. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y et coll. (éds.). *Cancer incidence in five continents, volume VII*. Lyon: Publication scientifique du CIRC n° 143, Centre international de recherche sur le cancer, 1997.
32. Statistique Canada. *Classification géographique type (CGT), supplément – Nunavut*, Ottawa : Division de la géographie, 1997.
33. Demers A, Nugent Z, Mihalcioiu C, Wiseman M, Kliewer E. *Trends of nonmelanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population*. J Am Acad Dermatol 2005;53:320-8.
34. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
35. Seidman H, Silverberg BS, Bodden A. *Probabilities of eventually developing and dying of cancer. Risk among persons previously undiagnosed with cancer*. CA: A Cancer Journal for Clinicians 1978;28:33-46.
36. Peron Y, Stromenger C. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*. Ottawa : Statistique Canada, n° 82-543F au catalogue, 1985:182-189, 155-157.
37. Statistique Canada. *Enquête sociale générale, cycle 11*, 1996, Ottawa, 1996.
38. Shultz JM, Novotny TE, Rice DP. *Quantifying the disease impact of cigarette smoking with Sammec II software*. Public Health Rep 1991;106(3):326-33.
39. Illing EM, Kaiserman MJ. *Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991*. Can J Public Health 1995;86(4):257-65.
40. Fritz A et coll. (éds). *International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
41. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Mariotto A, Feuer EJ, Edwards BK (éds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2002*, National Cancer Institute. Bethesda, MD.
42. Ellison LF, Gibbons L, 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 2001;13(1):25-34.
43. 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, Août 1959.

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

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 2006, 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.

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des Statistiques canadiennes sur le cancer 2006.

| | Pas utile | Un peu utile | Très utile |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Faits saillants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incidence et mortalité actuelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Répartition géographique du cancer | <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"/> |
| Répartition du cancer selon l'âge et le sexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Années potentielles de vie perdues à cause du cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prévalence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Survie relative à cinq ans des cas de cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer chez les enfants et les jeunes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sujet particulier | | | |
| Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage | <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 2007).
En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : _____

Titre : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____