



Société  
canadienne  
du cancer

Canadian  
Cancer  
Society



Institut national  
du cancer  
du Canada

National  
Cancer Institute  
of Canada



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

# Statistiques canadiennes sur le cancer 2008

[www.cancer.ca](http://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 LA SANTÉ  
PUBLIQUE DU CANADA



## Membres du comité directeur

### Lorraine Marrett (présidente), PhD

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

### Dagny Dryer, MD, FRCPC

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

### Larry Ellison, MSc

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

### Heather Logan, RN, BScN, MHSc, CHE

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

### Les Mery, MSc

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

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

### Howard Morrison, PhD

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

### Brent Schacter, MD, FRCPC

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

## Soutien analytique et statistique

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

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

### Robert Semenciw, MSc

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

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

« Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada : **Statistiques canadiennes sur le cancer 2008**, Toronto, Canada, 2008 ».

Avril 2008, ISSN 0835-2976

**Le présent rapport peut être consulté sur Internet aux adresses [www.cancer.ca/statistiques](http://www.cancer.ca/statistiques) et [www.ncic.cancer.ca](http://www.ncic.cancer.ca)**

Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de cette publication au fil des ans. C'est pourquoi le comité directeur tient à ce que cette collaboration se poursuive. Si vous souhaitez figurer sur la liste d'envoi de la publication et la recevoir l'an prochain, ou encore donner votre avis sur les façons de l'améliorer, veuillez remplir le *Bon de commande et formulaire d'évaluation*, ou envoyer un courriel à l'adresse : stats@cancer.ca.

Pour obtenir d'autres exemplaires, il suffit de s'adresser à une des divisions de la Société canadienne du cancer ou de téléphoner au Service d'information sur le cancer, au numéro 1 888 939-3333 (voir *Pour en savoir plus sur le cancer*).

This publication is available in English upon request.

## Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer

- ◆ On estime que 166 400 nouveaux cas de cancer et 73 800 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2008.
- ◆ Trois sièges de cancer sont responsables de la majorité des nouveaux cas chez chaque sexe, soit les cancers de la prostate, du poumon et du côlon et du rectum chez les hommes et les cancers du sein, du poumon et du côlon et du rectum chez les femmes.
- ◆ Le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les deux sexes.
- ◆ Dans l'ensemble, le cancer 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 les plus bas en Colombie-Britannique.
- ◆ Les taux d'incidence chez les deux sexes et les taux de mortalité chez les femmes sont relativement élevés au Manitoba.
- ◆ De manière générale, les taux d'incidence et de mortalité en Ontario sont inférieurs à la moyenne nationale.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce dernier continuent d'être plus élevés au Québec et au Nouveau-Brunswick (sauf en ce qui concerne la mortalité chez les femmes au Nouveau-Brunswick) et plus faibles en Colombie-Britannique.

## Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

- ◆ L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer, à l'exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome, est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- ◆ Entre 1995 et 2004, les taux d'incidence du cancer de la thyroïde ont augmenté de plus de 5 % par année, chez les deux sexes.
- ◆ Au cours de la même période, les taux d'incidence du cancer du foie ont grimpé de plus de 2 % par année, chez les hommes.
- ◆ Entre 1995 et 2004, les taux d'incidence ont baissé de 2 % ou plus par an pour le cancer du poumon chez les hommes (depuis 1999), les cancers de l'estomac et du larynx chez les deux sexes et le cancer de l'encéphale (depuis 2000) et du col de l'utérus chez les femmes.
- ◆ Sauf pour le cancer du poumon, les taux de mortalité ont chuté de 20 % chez les femmes depuis 1979.

## Répartition des cas selon l'âge et le sexe

- ◆ 42 % des nouveaux cas de cancer et 60 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de 70 ans et plus.
- ◆ 30 % des nouveaux cas de cancer et 18 % des décès dus à cette maladie surviendront chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen de 20 à 59 ans, à une étape de leur vie où ils sont le plus productifs.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer sont en hausse chez les jeunes femmes de 20 à 39 ans.

## FAITS SAILLANTS

- ◆ La mortalité diminue chez les hommes à tous les âges et chez les femmes de moins de 70 ans. Ces baisses 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, près de 40 % des Canadiennes et de 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- ◆ D'après les taux de mortalité actuels, 24 % des femmes et presque 29 % des hommes, soit environ 1 Canadien sur 4, mourront du cancer.

### Prévalence

- ◆ En 2004, 2,5 % des Canadiens et 2,8 % des Canadiennes avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 15 dernières années.
- ◆ Au Canada, 1,0 % des femmes ont survécu à un cancer du sein diagnostiqué au cours des 15 dernières années, tandis que chez les hommes, 0,8 % ont survécu à un cancer de la prostate diagnostiqué pendant cette même période.

### Survie relative à cinq ans des cas de cancer

- ◆ Les taux de survie relative étaient les plus élevés pour les cancers de la thyroïde, des testicules, de la prostate et pour le mélanome.
- ◆ Les taux de survie relative étaient les plus faibles pour les cancers du pancréas, de l'œsophage, du poumon et du foie.
- ◆ La survie relative au cancer du poumon diminue en général avec l'âge.

### Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)

- ◆ Environ 850 enfants canadiens âgés de 0 à 14 ans développent un cancer chaque année, et en raison de l'efficacité du traitement des cancers les plus courants, le sixième des cas se soldent par un décès.
- ◆ S'il est vrai que chez les enfants, les taux d'incidence du cancer sont demeurés relativement constants depuis 1985, les taux de mortalité par cancer continuent de chuter.
- ◆ Bien qu'il soit rare, le cancer chez les enfants demeure un problème de santé publique important.
- ◆ L'amélioration marquée de la survie au cancer chez les enfants a été attribuée à plusieurs facteurs : techniques diagnostiques améliorées, mise au point de traitements multimodaux et centralisation des soins et des services de soutien.
- ◆ Au Canada, près de 80 % des enfants atteints du cancer participaient à un essai clinique ou étaient traités selon un protocole en bonne et due forme établi dans le cadre d'un essai clinique.
- ◆ Avec l'amélioration du taux de survie au cancer chez les enfants (qui s'élève maintenant à 82 %), il devient de plus en plus nécessaire d'assurer un suivi à long terme des séquelles de cette maladie.

La présente publication, qui fait partie d'une série annuelle inaugurée en 1987, est l'œuvre des membres du Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer, soutenus par l'Institut national du cancer du Canada. Le Comité directeur est responsable des aspects suivants : élaboration du contenu, examen et interprétation des données statistiques et rédaction du texte. Il est formé de représentants de l'Institut national du cancer du Canada, de la Société canadienne du cancer, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de Statistique Canada, du Conseil canadien des registres du cancer, de l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ainsi que de chercheurs du milieu universitaire et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer. Voici les éléments d'information concernant l'objet, la préparation, la production et la distribution de la publication recueillis grâce à la collaboration reçue des divers organismes représentés au sein du Comité directeur.

### Objet et publics cibles

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

### Sources de données (pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie)

Le Registre canadien du cancer (RCC), le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC) et les fichiers de données sur la mortalité relèvent de la responsabilité de la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Voici une description de ces principales sources des données et de l'utilisation qui en est faite. Statistique Canada fournit également les dénombrements de population, les estimations et les tables de survie nécessaires au calcul de diverses mesures utilisées ici.

### Incidence

- ◆ Les données sur l'incidence recueillies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer sont communiquées au RCC pour les cas diagnostiqués depuis 1992. Le RCC est régulièrement mis à jour. 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. Le RCC émane du Système national de déclaration des cas de cancer qui renferme les données sur l'incidence recueillies de 1969 à 1991.
- ◆ Sauf indication contraire, les cancers mentionnés dans le présent rapport sont définis selon les catégories décrites dans le *Glossaire : Définition des cancers*.
- ◆ Bien que le Conseil canadien des registres du cancer et son Comité permanent de la qualité des données s'efforcent le plus possible d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes de déclaration des cas et le degré d'exhaustivité des données varient encore d'une région à l'autre du pays. Toutefois, l'uniformisation des méthodes de recherche des cas, y compris le couplage aux registres de mortalité provinciaux et territoriaux, a amélioré l'enregistrement des cas de cancer ainsi que la comparabilité des données aux quatre coins du pays.

## À PROPOS DE LA PUBLICATION

- ◆ Les cancers suivants ont été exclus de la quasi totalité des tableaux et des figures contenus dans la présente publication :
  - Les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) : La plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome. Il est difficile d'enregistrer de manière exhaustive ces types de cancer, pourtant répandus, parce qu'ils sont souvent traités avec succès en cabinet de médecin et ne nécessitent généralement pas d'hospitalisation. C'est pourquoi seul le tableau 1 fournit les estimations pour l'ensemble du pays, qui reposent sur des données fournies par la B.C. Cancer Agency, Action Cancer Manitoba et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. La méthode d'estimation de l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome ayant changé depuis la publication de 2006, il faut faire preuve de prudence lorsqu'on procède à des comparaisons avec les chiffres publiés antérieurement.
  - Les tumeurs bénignes et les cancers *in situ* (sauf les cancers *in situ* de la vessie) sont exclus de tous les chiffres.

### *Mortalité*

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

### *Données réelles et données estimatives*

Il importe de signaler que l'information contenue dans la présente publication comprend à la fois des données réelles et des données estimatives :

- ◆ Des données sur l'incidence en 2005 n'étaient pas disponibles pour le Québec, la province n'ayant pas présenté à temps ses données au RCC. Les données correspondantes du Manitoba et de l'Alberta ont été jugées trop provisoires pour être utilisées dans cette publication. Les données sur l'incidence pour la période de 2006 à 2008 (ainsi que pour 2005 dans le cas du Québec, du Manitoba et de l'Alberta) reposent sur des estimations.
- ◆ Les dénombrements de cas uniquement mentionnés dans les certificats de décès (autrement dit, les cas à propos desquels le certificat de décès était la seule source d'information) en Ontario en 2003 et en 2004 ont été obtenus directement du Registre du cancer de l'Ontario, puisque ces renseignements ne figuraient pas dans le RCC lors de la diffusion des données en juin 2007. Les données réelles de 2005 pour l'Ontario ne comprennent pas les cas uniquement mentionnés dans les certificats de décès. C'est pourquoi le nombre estimatif de cas uniquement mentionnés

dans les certificats de décès, fondé sur les données de 2004, a été ajouté au nombre réel, aux fins des projections.

- ◆ Les données réelles sur la mortalité jusqu'en 2004 sont disponibles pour l'ensemble des provinces et des territoires. Pour la période de 2005-2008, les données reposent sur des estimations.
- ◆ Les données sur l'incidence et la mortalité pour les années au-delà de la dernière année pour laquelle il existe des données réelles sont estimées à l'aide de projections, fondées sur les tendances à long terme des taux d'incidence (depuis 1986 pour tous les cancers sauf le cancer de la prostate, où la tendance observée depuis 1991 est utilisée) et les projections de la population. C'est dire que les taux prévus pourraient ne pas rendre compte d'une modification récente et importante de la tendance à long terme.

### Examen et analyse

- ◆ La Division de la surveillance des maladies chroniques du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) s'est chargée de l'analyse des données dans la plupart des sections. L'appui technique et analytique a été assuré par Chris Waters. Les figures et les tableaux ont été mis à jour par Bob McRae.
- ◆ Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont examiné les estimations relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer avant qu'elles ne soient publiées dans le présent rapport. (Le tableau A7 présente les résultats de leur démarche).
- ◆ Michel Beaupré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Jean-Marc Daigle, de l'Institut national de santé publique du Québec, ont revu la version française.

### Sujet particulier

- ◆ Le sujet particulier traité cette année est le cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans). Des observations sur les premières ébauches du texte ont été faites par les réviseurs externes suivants :
  - Des membres du Council of Canadian Pediatric Hematology/Oncology Directors, maintenant connu sous le nom de C<sup>17</sup> Council, notamment les D<sup>rs</sup> Paul Grundy, Lawrence Jardin, Rod Rassekh, Paul Rogers et Yvan Samson ainsi que le D<sup>r</sup> Rod Rassekh et M<sup>me</sup> Louise Parker, Ph.D.
  - M<sup>me</sup> Kathy Brodeur-Robb, du C<sup>17</sup> Research Network.
- ◆ M<sup>me</sup> Amanda Shaw de l'Agence de la santé publique du Canada a contribué à la rédaction du résumé des séquelles. Elle a revu cette section qu'elle a commentée avec pertinence.
- ◆ L'*Annexe III* offre une liste complète des sujets particuliers déjà traités.
- ◆ On peut consulter en ligne les sujets particuliers traités au cours des années antérieures (de 1997 à 2008) ou obtenir sur demande des exemplaires de la version imprimée des textes (en écrivant à stats@cancer.ca).

### Production et distribution

L'Institut national du cancer du Canada et la Société canadienne du cancer appuient la production, l'impression et la distribution du présent rapport à l'aide de fonds recueillis par la Société canadienne du cancer. La coordination a été assurée par Candice Anderson et Monika Dixon qui ont apporté un soutien administratif tout au long du processus, de la planification à la distribution.

### Comment accéder au contenu de la présente publication

Des copies électroniques de la publication, en français et en anglais, et certaines autres données statistiques ne figurant pas dans le rapport peuvent être obtenues en format PDF sur le site Web de la Société canadienne du cancer à [www.cancer.ca/statistiques](http://www.cancer.ca/statistiques). Les versions sur PowerPoint des figures tirées de la publication en 2008 sont également disponibles à la même adresse ([www.cancer.ca/statistiques](http://www.cancer.ca/statistiques)). Le contenu de la présente publication peut être utilisé sans permission. Les renseignements exacts concernant la source à indiquer dans ce cas figurent au début du document.

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

	Page
Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer	11
Répartition géographique du cancer	16
Tendances de l'incidence et de la mortalité	24
Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe	45
Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	52
Prévalence	55
Survie relative à cinq ans	57
Sujet particulier :	
◆ Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)	63
Glossaire	79
Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès	82
Annexe II : Méthodologie	89
Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années	102
Références	103
Pour en savoir plus sur le cancer	107
Bon de commande et formulaire d'évaluation	111

## Tableaux

1. Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe, Canada, 2008	13
2. Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2008	19
3. Nombre estimatif de nouveaux cas pour les cancers les plus courants selon le sexe et la province, Canada, 2008	20
4. Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2008	21
5. Nombre estimatif de décès pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2008	22
6. Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2008	23
7.1 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1979-2008	40
7.2 Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1979-2008	41

## TABLE DES MATIÈRES

8.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1979-2008	42
8.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1979-2008	43
9.	Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada, 1995-2004	44
10.	Répartition de tous les cancers combinés, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2008	47
11.	Répartition de certains cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2008	48
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	53
13.	Prévalence estimative du cancer selon le sexe, Canada, 2004	56
14.	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 % pour les cancers les plus courants selon le sexe, Canada à l'exclusion du Québec, 2001 à 2003	60
15.	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 % pour les deux sexes combinés et selon la province pour certains cancers, 2001 à 2003	61
16.	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le groupe d'âge pour certains cancers, Canada à l'exclusion du Québec, 2001 à 2003	61
17.	Nouveaux cas et décès et taux annuels moyens d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada, 2000-2004	70
18.	Taux d'incidence annuels moyens par âge et par groupe de diagnostics, Canada, 2000-2004	72
19.	Taux d'incidence annuels moyens selon le sexe et le groupe de diagnostics, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada, 2000-2004	73
20.	Pourcentage de patients présentant une métastase au moment du diagnostic selon le type de cancer, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada, 1995-2000	75
21.	Estimations (%) de la proportion de la survie observée (PSO) (et intervalle de confiance (IC) à 95 %), par groupe de diagnostics et selon la durée de survie, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada à l'exclusion du Québec, 1999-2003	77
22.	Progrès importants dans l'histoire de la recherche sur le cancer chez les enfants	78
23.	Centres d'oncologie pédiatrique au Canada	78

## Figures

1.1	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, hommes, Canada, 2008	14
1.2	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, femmes, Canada, 2008	15
2.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1979-2008	31
2.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1979-2008	32
3.1	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1979-2008	33
3.2	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1979-2008	34
4.	Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1979-2008	35
5.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1979-2008	36
5.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1979-2008	37
6.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1979-2008	38
6.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1979-2008	39
7.	Taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et le sexe pour tous les cancers, Canada, 2004	49
8.	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1979-2008	50
9.	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) pour les cancers les plus courants, les deux sexes combinés, Canada à l'exclusion du Québec, 2001 à 2003	62
10.	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge associés à certains cancers chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 14 ans, Canada, 1985-2008	71
11.	Médiane des délais entre les étapes conduisant au diagnostic et au début du traitement par groupe d'âge, 1995-2000, Canada	74
12.	Répartition en pourcentage du premier traitement selon le type de cancer, enfants de 0 à 14 ans, 1995-2000, Canada	76

## Tableaux de l'Annexe I

A1.	Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, Canada, 2004	83
A2.	Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2004	84
A3.	Données réelles sur l'incidence des cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada	85
A4.	Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada	86
A5.	Données réelles sur la mortalité pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2004	87
A6.	Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2004	88
A7.	Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections faites par siège ou type de cancer	100

L'importance des différents cancers au Canada en 2008 peut se mesurer de deux façons, comme l'indique le tableau 1. L'incidence s'entend du nombre de nouveaux cas d'un cancer donné diagnostiqués durant une année. La mortalité correspond au nombre de décès attribués à un cancer particulier durant l'année.

On estime à 166 400 le nombre de nouveaux cas de cancer et à 73 800 le nombre de décès par cette maladie qui surviendront au Canada en 2008. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 9,6 % et de 11 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

Un changement a été apporté cette année à la publication, soit l'ajout au tableau 1 du nombre estimatif de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Ces cancers sont responsables de 73 000 cas au total et de 260 décès. Ils ont été inclus dans le tableau par souci d'exhaustivité parce qu'ils représentent la forme de cancer la plus répandue, bien qu'ils soient associés à très peu de décès.

Si l'on fait abstraction des cancers de la peau autres que le mélanome, au moins 55 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois cancers particuliers chez les deux sexes, 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 28 % des décès par cancer chez l'homme et 26 % chez la femme (figures 1.1 et 1.2).

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les Canadiennes en 2008. On estime en effet que 9 200 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 11 300, celui-ci occupe le deuxième rang chez la femme, juste devant le cancer colorectal qui, avec 9 700 nouveaux cas prévus, vient au troisième rang. Le cancer du sein continue de se classer au premier rang pour l'incidence chez les Canadiennes, les 22 400 nouveaux cas équivalant au double de celui des nouveaux cas de cancer du poumon.

Le cancer de la prostate, dont on estime à 24 700 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comparativement à 12 600 pour le cancer du poumon, demeurera en 2008 le principal cancer diagnostiqué dans la population masculine canadienne. **Les estimations relatives au cancer de la prostate sont supérieures aux chiffres figurant dans les publications des années antérieures parce que la plupart des provinces ont choisi d'utiliser des projections fondées sur la modélisation plutôt que sur le calcul de moyennes** (pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*). Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les hommes au Canada en 2008; on estime que 11 000 décès seront causés par ce cancer, nombre qui excède de loin les 4 800 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 4 300 décès.

## ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DU CANCER ET DE LA MORTALITÉ PAR CANCER

En raison des changements dans les définitions de cancers survenus au fil des ans, il faut user de prudence lorsqu'on procède à des comparaisons avec les éditions antérieures des *Statistiques canadiennes sur le cancer*. La remarque vaut surtout pour les définitions du cancer du rein et du cancer du poumon, ainsi que de la leucémie et du myélome multiple, qui ont changé dans la présente édition (pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*).

*Le nombre total de cas de cancer du poumon (hommes et femmes combinés) est comparable au nombre de cas de cancer de la prostate ou au nombre de cas de cancer du sein; le cancer du poumon demeure de loin la principale cause de décès par cancer.*

# ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DU CANCER ET DE LA MORTALITÉ PAR CANCER

**Tableau 1**

**Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe, Canada, 2008**

	Nouveaux cas Estimations pour 2008			Décès Estimations pour 2008		
	Total	H	F	Total	H	F
<b>Tous les cancers</b>	<b>166 400</b>	<b>87 000</b>	<b>79 400</b>	<b>73 800</b>	<b>38 800</b>	<b>35 000</b>
Prostate <sup>1</sup>	24 700	24 700	–	4 300	4 300	–
Poumon*	23 900	12 600	11 300	20 200	11 000	9 200
Sein	22 600	170	22 400	5 400	50	5 300
Côlon et rectum	21 500	11 800	9 700	8 900	4 800	4 100
Lymphomes non hodgkiniens	7 000	3 800	3 200	3 100	1 700	1 400
Vessie <sup>2</sup>	6 700	5 100	1 700	1 800	1 250	530
Mélanome	4 600	2 500	2 100	910	560	350
Leucémie*	4 500	2 600	1 850	2 400	1 400	1 000
Rein*	4 400	2 700	1 750	1 600	1 000	600
Thyroïde	4 300	890	3 400	180	65	110
Corps de l'utérus	4 200	–	4 200	790	–	790
Pancréas	3 800	1 800	1 950	3 700	1 800	1 950
Cavité buccale	3 400	2 300	1 100	1 150	760	380
Estomac	2 900	1 850	1 000	1 850	1 150	720
Encéphale	2 600	1 450	1 100	1 750	1 000	740
Ovaire	2 500	–	2 500	1 700	–	1 700
Myélome multiple*	2 100	1 150	960	1 350	730	630
Oesophage	1 600	1 200	410	1 750	1 300	430
Foie	1 550	1 200	380	680	520	150
Col de l'utérus	1 300	–	1 300	380	–	380
Larynx	1 200	1 000	220	530	440	90
Maladie de Hodgkin	890	480	410	110	60	50
Testicule	890	890	–	30	30	–
Tous les autres cancers	13 500	7 100	6 400	9 300	4 900	4 400
Cancer de la peau autre que le mélanome	73 000	40 000	33 000	260	160	100

– Sans objet

\* Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2008 aux chiffres publiés antérieurement puisque les définitions de ces cancers ont changé.

<sup>1</sup> Les estimations relatives au cancer de la prostate sont supérieures aux chiffres figurant dans les publications des années antérieures parce que la plupart des provinces ont choisi d'utiliser des projections fondées sur la modélisation plutôt que sur le calcul de moyennes.

<sup>2</sup> L'augmentation marquée de l'incidence du cancer de la vessie, par rapport aux années antérieures, s'explique par la décision d'inclure dans les données les cancers *in situ* (en excluant l'Ontario) depuis la parution de l'édition de 2006 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Voir les données sur le cancer *in situ* de la vessie en Ontario dans le tableau A3.

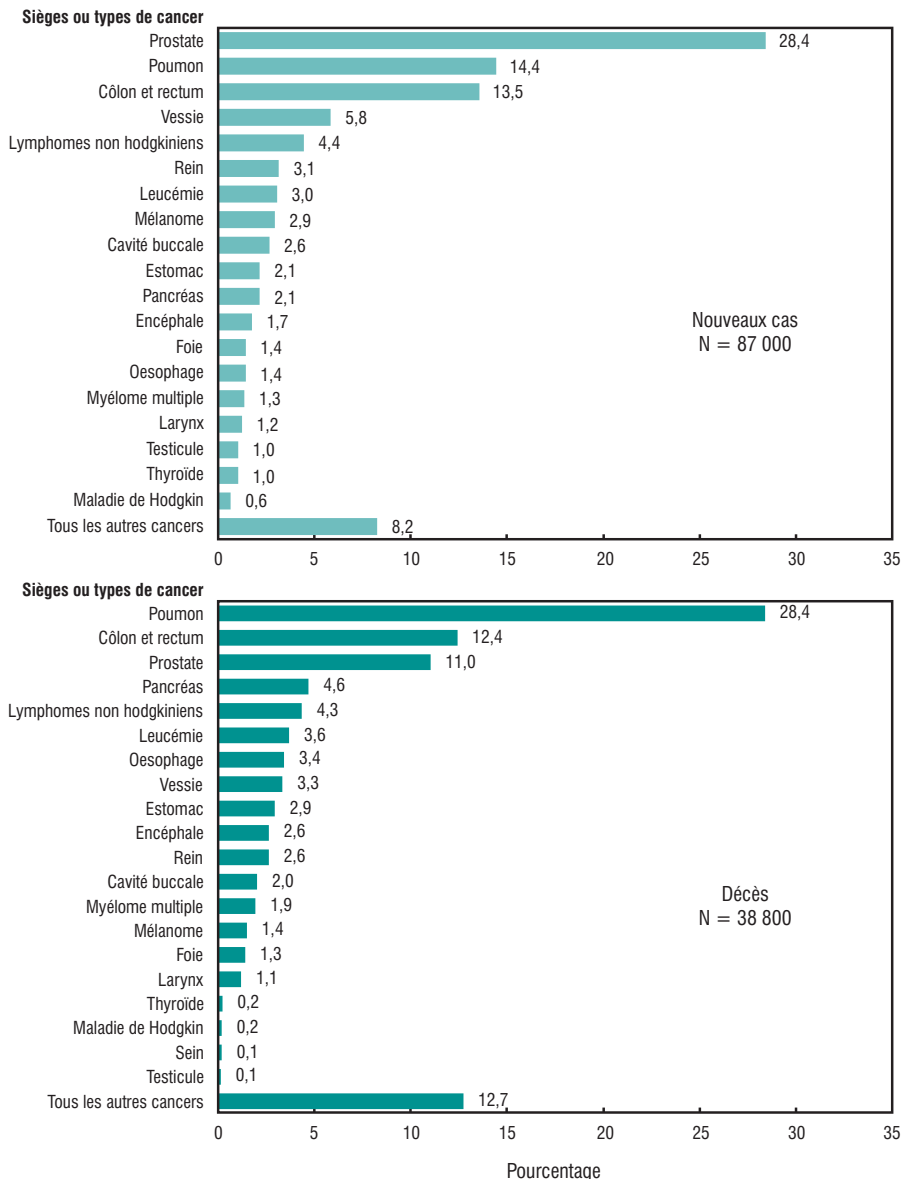
**Nota :** La catégorie « tous les cancers » exclut les nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux), mais elle englobe environ 260 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau (CIM-10, code C44). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, consulter l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

# ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DU CANCER ET DE LA MORTALITÉ PAR CANCER

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, hommes, Canada, 2008



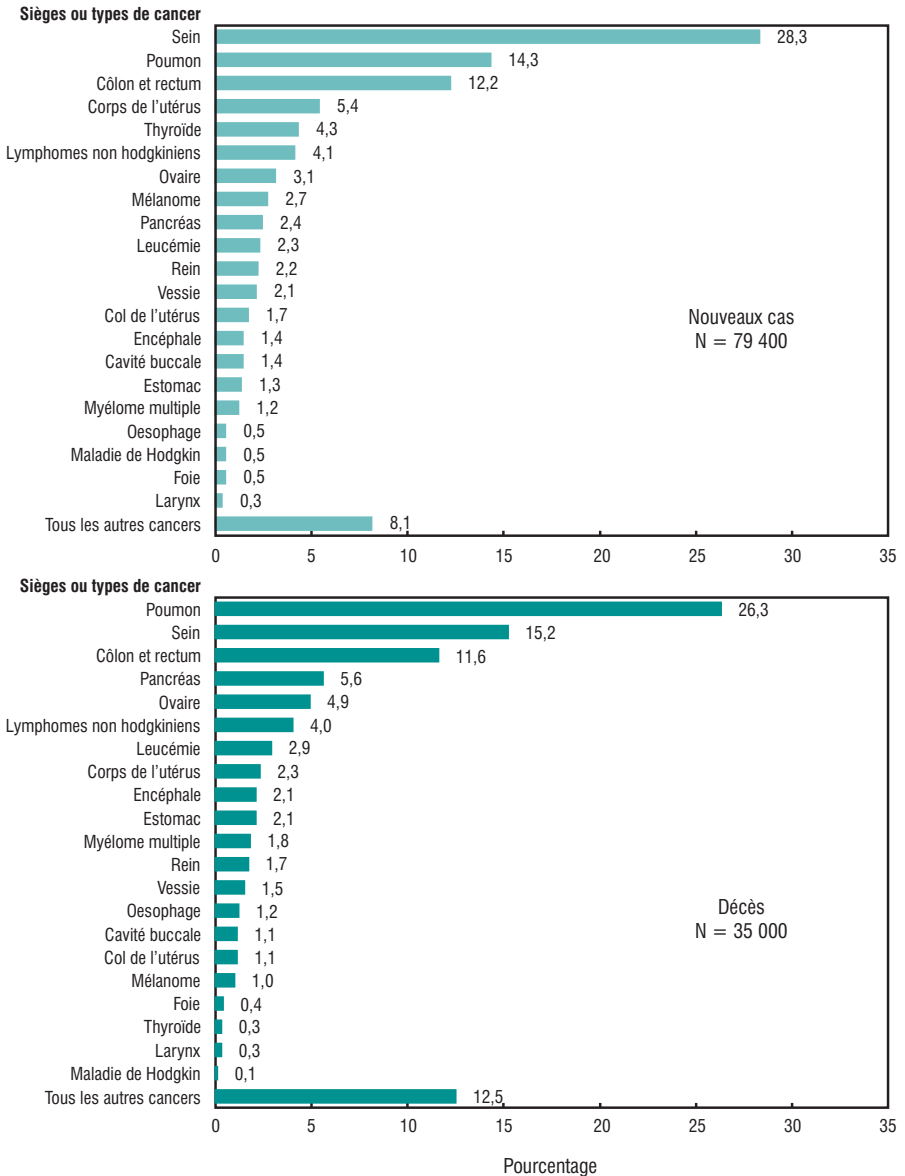
**Nota :** Les données sur l'incidence excluent les 73 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) chez les deux sexes combinés. Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 260 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau chez les deux sexes.

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

# ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DU CANCER ET DE LA MORTALITÉ PAR CANCER

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, femmes, Canada, 2008



**Nota :** Les données sur l'incidence excluent les 73 000 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 cancers englobent environ 260 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau chez les deux sexes.

**Source :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la 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 cancers confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2008. 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 cancers les plus courants, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2008. De même, les tableaux 5 et 6 renferment des estimations correspondantes du nombre de décès et des taux de mortalité normalisés selon l'âge. Les tableaux A3 à A6 de l'*Annexe I* fournissent les données réelles les plus récentes (nombres et taux).

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. Le calcul de ces taux à l'aide du dénombrement de la population canadienne de 1991 comme référence est décrit dans le *Glossaire* et, de manière plus détaillée, à l'*Annexe II : Méthodologie*.

Les taux d'incidence de tous les cancers combinés sont généralement plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique (après exclusion du cancer de la prostate pour lequel les écarts entre les provinces sont considérables en raison de différences dans le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) à des fins de dépistage et du sous-dénombrement à Terre-Neuve-et-Labrador) (tableau 4). Dans l'ensemble, le Manitoba arrive au troisième rang pour ce qui est du taux d'incidence du cancer chez les hommes (si l'on exclut le cancer de la prostate) et au deuxième rang pour ce qui est du taux d'incidence chez les femmes. Les taux d'incidence du cancer du poumon sont les plus élevés au Québec et au Nouveau-Brunswick et les plus faibles en Colombie-Britannique, chez les hommes, et en Saskatchewan, chez les femmes. Les taux d'incidence du cancer colorectal sont les plus élevés chez les hommes de Terre-Neuve-et-Labrador et les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard; ils sont les plus faibles en Colombie-Britannique. Les taux d'incidence du cancer du sein semblent passablement constants d'une région à l'autre du pays.

Les taux de mortalité attribuable à tous les cancers combinés sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique. Le Manitoba fait exception à la règle puisqu'il n'est dépassé que par la Nouvelle-Écosse pour ce qui est du taux de mortalité chez les femmes (tableau 6). Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon est le plus élevé au Québec et le plus faible en Colombie-Britannique; chez les femmes, il est le plus élevé en Nouvelle-Écosse et le plus faible en Saskatchewan. Fait intéressant, en ce qui concerne le cancer du poumon, si le Nouveau-Brunswick arrive au deuxième rang pour ce qui est des taux de mortalité les plus élevés chez les hommes, il occupe la deuxième place pour les taux de mortalité les plus faibles chez les femmes. Comme les taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes au Canada sont actuellement les plus élevés au Nouveau-Brunswick, il est très probable que les taux de mortalité due à cette maladie soient en hausse dans cette province au cours des années à venir. Les taux de mortalité attribuable au cancer colorectal à Terre-Neuve-et-Labrador sont environ le double de ce qu'ils sont en Colombie-Britannique.

### Interprétation

Le Canada est l'un des rares pays à s'être doté de registres du cancer fondés sur la population, permettant de surveiller les tendances relatives au cancer dans toute la population. Les registres tenus à l'échelle nationale et provinciale ou territoriale sont

des outils importants grâce auxquels les taux d'incidence et de mortalité peuvent être comparés d'une région à l'autre. Ces comparaisons fournissent des éléments d'information précieux qui peuvent servir à la recherche, à la synthèse des connaissances, à la planification et à la prise de décisions à l'échelle provinciale et territoriale. Par conséquent, ces données intéresseront les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs.

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

Les différences réelles de taux d'incidence ou de mortalité, observées entre les provinces ou les territoires, pourraient tenir entre autres aux phénomènes suivants :

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

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

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

- ◆ Si le cancer est rare, 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.
- ◆ Bien que le degré d'exhaustivité de l'enregistrement des nouveaux cas de cancer soit généralement très satisfaisant d'un bout à l'autre du pays, il existe des exceptions. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, les renseignements contenus dans les certificats de décès n'ont pas été accessibles à des fins d'enregistrement, ce qui diminue faussement le nombre de cas nouvellement diagnostiqués, surtout dans le cas des cancers associés à un pronostic peu favorable, comme le cancer du poumon et le cancer du pancréas (voir l'*Annexe II : Source et traitement des données*). De même au moment de la collecte des données, le Québec n'avait pas signalé au Registre canadien du cancer les cas diagnostiqués uniquement à l'aide du certificat

de décès. Donc, la mesure dans laquelle on corrobore les renseignements contenus dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui influe sur l'exactitude des données relatives à l'incidence (p. ex., l'année du diagnostic). De plus, au Québec, comme le registre dépend des données d'hôpitaux, on estime que le nombre de cas de cancer de la prostate, de mélanome et de la vessie, confirmés par un examen microscopique, est sous-déclaré de 32 %, 35 % et 14 % respectivement<sup>1</sup>.

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

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

## Tableau 2

**Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2008**

	Population (en milliers) Estimations pour 2008 <sup>1</sup>			Nouveaux cas Estimations pour 2008 <sup>2</sup>			Décès Estimations pour 2008		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
<b>CANADA</b>	<b>33 095</b>	<b>16 386</b>	<b>16 709</b>	<b>166 400</b>	<b>87 000</b>	<b>79 400</b>	<b>73 800</b>	<b>38 800</b>	<b>35 000</b>
Terre-Neuve-et-Labrador*	514	252	262	2 500	1 350	1 150	1 350	770	580
Île-du-Prince-Édouard	140	68	72	810	450	360	350	190	160
Nouvelle-Écosse	943	462	481	5 800	3 200	2 600	2 700	1 400	1 250
Nouveau-Brunswick	755	372	382	4 300	2 300	2 000	1 950	1 050	890
Québec*	7 725	3 816	3 909	42 100	21 500	20 500	19 700	10 500	9 300
Ontario	12 961	6 397	6 563	63 000	32 700	30 300	27 400	14 200	13 100
Manitoba	1 195	594	601	6 100	3 100	3 000	2 800	1 450	1 350
Saskatchewan	987	490	497	5 000	2 700	2 300	2 400	1 300	1 100
Alberta	3 371	1 701	1 670	15 900	8 600	7 300	5 900	3 100	2 800
Colombie-Britannique	4 399	2 179	2 220	20 500	10 800	9 700	9 200	4 800	4 400
Yukon	31	16	15	110	60	50	60	35	25
Territoires-du-Nord-Ouest	45	23	22	100	50	55	60	30	25
Nunavut	31	16	15	65	35	35	40	20	20

\* Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2008.

<sup>1</sup> Les projections de la population pour 2008 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Les chiffres ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

**Nota :** Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Veuillez consulter l' *Annexe II : Méthodologie*.

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

# RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

**Tableau 3**

**Nombre estimatif de nouveaux cas pour les cancers les plus courants selon le sexe et la province, Canada, 2008**

	Nouveaux cas										
	Canada <sup>1</sup>	T.-N.-L.*	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc*	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>87 000</b>	<b>1 350</b>	<b>450</b>	<b>3 200</b>	<b>2 300</b>	<b>21 500</b>	<b>32 700</b>	<b>3 100</b>	<b>2 700</b>	<b>8 600</b>	<b>10 800</b>
Prostate	24 700	390	150	900	620	4 400	10 500	680	890	3 100	2 900
Poumon	12 600	180	65	500	410	4 200	4 100	440	350	950	1 400
Côlon et rectum	11 800	280	55	440	280	3 100	4 300	440	380	1 000	1 450
Vessie**	5 100	80	25	200	150	1 650	1 300	200	170	470	750
Lymphomes non hodgkiniens	3 800	45	15	110	100	880	1 500	150	120	340	540
Rein	2 700	45	15	110	85	760	920	120	85	250	270
Leucémie	2 600	20	15	70	60	610	1 050	110	100	300	320
Mélanome	2 500	40	15	100	70	320	1 150	70	70	230	420
Cavité buccale	2 300	45	10	85	60	630	850	100	55	180	280
Estomac	1 850	50	5	60	50	470	700	70	50	150	240
Pancréas	1 800	10	10	60	55	540	600	75	55	160	250
Encéphale	1 450	30	5	45	35	390	530	50	35	130	190
Oesophage	1 200	15	5	50	35	260	450	35	30	110	170
Foie	1 200	10	–	15	10	310	460	35	15	130	190
Myélome multiple	1 150	10	10	30	30	300	480	40	30	90	140
Larynx	1 000	25	5	30	30	380	330	25	25	60	90
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>79 400</b>	<b>1 150</b>	<b>360</b>	<b>2 600</b>	<b>2 000</b>	<b>20 500</b>	<b>30 300</b>	<b>3 000</b>	<b>2 300</b>	<b>7 300</b>	<b>9 700</b>
Sein	22 400	360	95	690	550	5 900	8 500	780	620	2 100	2 700
Poumon	11 300	130	50	360	340	3 400	4 000	410	290	980	1 400
Côlon et rectum	9 700	200	60	380	240	2 500	3 700	380	300	750	1 200
Corps de l'utérus	4 200	65	20	140	95	960	1 700	200	120	400	540
Thyroïde	3 400	40	5	55	90	670	1 850	75	55	310	210
Lymphomes non hodgkiniens	3 200	40	10	95	80	770	1 300	120	90	280	420
Ovaire	2 500	25	10	70	60	640	1 000	100	65	180	290
Mélanome	2 100	40	15	95	55	270	970	60	60	210	320
Pancréas	1 950	5	10	65	55	540	670	75	60	180	270
Leucémie	1 850	15	5	55	40	460	720	85	65	190	220
Rein	1 750	30	5	75	60	480	640	75	50	150	170
Vessie**	1 700	30	10	65	50	540	470	65	55	150	250
Col de l'utérus	1 300	20	10	55	35	280	500	45	40	180	160
Cavité buccale	1 100	15	5	35	20	270	430	50	30	95	150
Encéphale	1 100	15	5	35	25	300	440	40	35	90	130
Estomac	1 000	25	5	30	25	270	380	35	25	95	120

– Moins de 3 cas

\* Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2008.

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

<sup>1</sup> 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 cas de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2008 avec les estimations déjà publiées. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*. 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 des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

## Tableau 4

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

	Taux pour 100 000										
	Canada <sup>1</sup>	T.-N.-L.*	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc*	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>462</b>	<b>434</b>	<b>536</b>	<b>550</b>	<b>499</b>	<b>479</b>	<b>459</b>	<b>484</b>	<b>466</b>	<b>513</b>	<b>418</b>
Prostate	129	124	172	149	132	94	145	103	153	183	108
Poumon	67	54	80	85	89	93	57	66	59	58	52
Côlon et rectum	62	86	65	76	60	68	60	65	64	61	54
Vessie**	27	26	32	35	33	37	19	30	28	29	28
Lymphomes non hodgkiniens	20	14	20	20	21	19	21	23	20	20	20
Leucémie	14	7	19	13	14	14	15	16	17	18	12
Rein	14	14	16	19	18	16	13	18	15	14	10
Mélanome	13	13	20	17	14	7	16	11	12	13	16
Cavité buccale	12	13	9	14	13	13	11	14	9	10	10
Estomac	10	16	9	10	11	11	10	10	8	9	9
Pancréas	10	3	13	10	12	12	8	11	9	10	9
Encéphale	8	11	7	8	8	9	8	8	6	8	7
Foie	6	3	2	3	2	7	6	5	3	7	7
Myélome multiple	6	4	10	6	6	7	7	6	5	5	5
Oesophage	6	5	8	9	7	6	6	6	5	7	6
Larynx	5	7	8	5	6	8	5	4	4	4	3
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>361</b>	<b>313</b>	<b>369</b>	<b>388</b>	<b>366</b>	<b>371</b>	<b>362</b>	<b>383</b>	<b>342</b>	<b>379</b>	<b>322</b>
Sein	103	98	99	101	101	109	102	101	94	108	91
Poumon	51	37	49	53	62	61	46	52	43	52	46
Côlon et rectum	41	52	59	52	41	42	41	45	40	38	37
Corps de l'utérus	19	17	18	20	17	17	20	25	19	21	18
Thyroïde	19	13	6	11	21	16	26	12	10	17	9
Lymphomes non hodgkiniens	15	11	12	14	14	14	16	15	13	15	14
Ovaire	11	7	9	10	12	12	12	13	10	9	9
Mélanome	10	12	17	15	11	6	12	9	10	12	12
Leucémie	9	4	7	8	8	8	9	11	10	10	7
Pancréas	8	2	8	9	10	9	7	8	8	9	8
Rein	8	8	7	11	11	8	8	10	8	8	6
Vessie**	7	7	7	9	9	9	5	8	7	8	8
Col de l'utérus	7	7	10	11	8	6	7	7	8	10	6
Encéphale	6	5	6	5	6	6	6	5	6	5	5
Cavité buccale	5	4	5	5	4	5	5	6	5	5	5
Estomac	4	7	3	4	4	5	4	4	4	5	4

\* Une sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2008.

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

<sup>1</sup> 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 cas de cancer de la peau autre que le mélanome (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 2008 avec les estimations déjà publiées. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

# RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

**Tableau 5**

**Nombre estimatif de décès pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2008**

	Décès										
	Canada <sup>1</sup>	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>38 800</b>	<b>770</b>	<b>190</b>	<b>1 400</b>	<b>1 050</b>	<b>10 500</b>	<b>14 200</b>	<b>1 450</b>	<b>1 300</b>	<b>3 100</b>	<b>4 800</b>
Poumon	11 000	230	60	440	360	3 600	3 600	350	320	780	1 250
Côlon et rectum	4 800	130	25	190	120	1 300	1 750	200	160	360	570
Prostate	4 300	80	25	140	130	870	1 650	180	230	430	560
Pancréas	1 800	30	5	70	55	460	640	65	60	140	250
Lymphomes non hodgkiniens	1 700	15	5	65	50	380	690	65	50	130	220
Leucémie	1 400	20	5	45	25	310	580	55	55	120	190
Oesophage	1 300	20	5	55	30	250	540	55	40	110	210
Vessie	1 250	25	5	45	35	290	490	50	40	95	180
Estomac	1 150	35	5	35	25	330	420	35	30	75	130
Encéphale	1 000	20	–	35	25	300	350	30	25	95	130
Rein	1 000	20	5	40	30	260	350	50	35	95	110
Cavité buccale	760	15	5	30	20	220	270	30	15	55	100
Myélome multiple	730	10	5	25	20	180	290	30	25	45	100
Mélanome	560	10	–	20	10	90	280	20	15	45	75
Foie	520	5	–	10	5	160	220	15	5	40	60
Larynx	440	10	–	15	15	160	130	15	10	30	50
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>35 000</b>	<b>580</b>	<b>160</b>	<b>1 250</b>	<b>890</b>	<b>9 300</b>	<b>13 100</b>	<b>1 350</b>	<b>1 100</b>	<b>2 800</b>	<b>4 400</b>
Poumon	9 200	150	40	360	200	2 700	3 300	300	230	760	1 150
Sein	5 300	100	30	190	130	1 350	2 000	220	160	430	640
Côlon et rectum	4 100	100	25	170	100	1 100	1 500	160	130	290	470
Pancréas	1 950	25	10	70	55	510	710	70	55	170	270
Ovaire	1 700	30	5	55	40	370	680	75	55	150	240
Lymphomes non hodgkiniens	1 400	15	10	50	35	340	570	60	50	100	180
Leucémie	1 000	10	5	35	20	230	400	40	35	100	130
Corps de l'utérus	790	10	5	30	20	210	310	30	20	65	85
Encéphale	740	10	5	25	20	210	260	25	20	65	95
Estomac	720	25	–	25	15	210	250	25	20	65	85
Rein	600	15	5	20	20	170	190	25	25	55	75
Vessie	530	10	–	15	15	130	210	15	10	45	75
Cavité buccale	380	–	–	10	10	95	140	15	10	35	60
Col de l'utérus	380	15	5	20	15	70	150	15	15	40	50
Mélanome	350	5	–	15	10	60	160	10	10	30	50

– Moins de 3 décès

<sup>1</sup> 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 2008 avec les estimations déjà publiées. Voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

## Tableau 6

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

	Taux pour 100 000										
	Canada <sup>1</sup>	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>209</b>	<b>252</b>	<b>227</b>	<b>245</b>	<b>234</b>	<b>236</b>	<b>200</b>	<b>213</b>	<b>216</b>	<b>191</b>	<b>178</b>
Poumon	59	75	75	76	79	81	51	53	53	49	46
Côlon et rectum	26	41	31	33	25	29	25	30	26	22	21
Prostate	24	29	33	25	29	21	23	26	35	28	20
Pancréas	9	10	9	12	11	10	9	9	10	9	9
Lymphomes non hodgkiniens	9	5	8	11	11	8	10	10	8	8	8
Leucémie	8	6	8	8	6	7	8	9	9	7	7
Œsophage	7	6	8	9	6	5	7	8	6	7	8
Vessie	7	9	6	8	7	7	7	7	7	6	7
Estomac	6	12	8	6	6	7	6	5	5	5	5
Encéphale	5	6	2	6	5	7	5	5	5	5	5
Rein	5	7	8	7	6	6	5	8	6	6	4
Cavité buccale	4	4	5	5	4	5	4	4	3	3	4
Myélome multiple	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4
Mélanome	3	2	3	4	2	2	4	3	2	3	3
Foie	3	2	1	1	1	4	3	3	1	2	2
Larynx	2	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>147</b>	<b>152</b>	<b>154</b>	<b>169</b>	<b>151</b>	<b>155</b>	<b>145</b>	<b>155</b>	<b>145</b>	<b>143</b>	<b>134</b>
Poumon	40	40	41	50	35	48	37	37	33	40	37
Sein	22	27	27	25	21	23	22	25	21	21	20
Côlon et rectum	16	26	23	21	16	17	16	17	15	14	13
Pancréas	8	7	8	9	9	8	8	8	7	8	8
Ovaire	7	9	6	8	7	6	8	9	8	8	8
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	7	7	6	6	6	7	7	5	5
Leucémie	4	3	4	5	3	4	4	5	5	5	4
Encéphale	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3
Corps de l'utérus	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3
Estomac	3	7	1	3	2	3	3	2	3	3	2
Rein	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	2
Vessie	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
Col de l'utérus	2	4	3	3	3	1	2	2	2	2	2
Cavité buccale	2	0	2	2	1	2	2	2	1	2	2
Mélanome	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2

<sup>1</sup> 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 2008 avec les estimations déjà publiées. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : *Méthodologie*.

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

La détermination des tendances de l'incidence des principaux cancers et de la mortalité liée à ces derniers repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. La normalisation selon l'âge permet des comparaisons géographiques et temporelles plus utiles puisqu'elle tient compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans et d'une région à l'autre. Les taux normalisés selon l'âge qui figurent dans la présente publication ont été calculés en utilisant la population canadienne de 1991.

Les figures 2.1 et 2.2 indiquent le nombre de nouveaux cas et de décès, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants pour les hommes et pour les femmes et pour tous les cancers combinés au Canada, de 1979 à 2004 de même que des prévisions jusqu'en 2008. 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. Quant à la figure 4, elle montre les répercussions de l'évolution des taux de mortalité due au cancer du poumon sur les tendances globales de la mortalité par cancer. Les figures 5.1, 5.2 et 6.1, 6.2 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains cancers, tandis que les tableaux 7.1, 7.2 et 8.1, 8.2 fournissent les données simples. Les données sur la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité (1995-2004), selon le siège ou le type de cancer, figurent au tableau 9.

### Tendances pour l'ensemble des cancers

Chez l'homme, le taux de mortalité par cancer, après avoir culminé en 1988, diminue lentement en raison de la baisse des taux de mortalité due au cancer du poumon, du côlon et du rectum et à d'autres cancers (figure 2.2, tableau 7.2). En revanche, le taux d'incidence a augmenté au début des années 90, puis a chuté radicalement, suivant ainsi la tendance relative à l'incidence du cancer de la prostate observée pendant cette période. Depuis, le taux d'incidence de tous les cancers baisse graduellement, ce qui tient sans doute à la diminution de l'incidence du cancer du poumon. **Il importe de signaler que les estimations relatives au cancer de la prostate pour la période de 2005 à 2008 sont supérieures aux chiffres figurant dans les éditions antérieures des *Statistiques canadiennes sur le cancer*, la plupart des provinces ayant choisi d'utiliser des projections fondées sur la modélisation plutôt que sur le calcul de moyennes** (Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*). Si l'on continue d'employer cette méthode, la tendance à la baisse de l'incidence globale du cancer chez les hommes, observée antérieurement, devrait se poursuivre.

Le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès constituent d'importantes mesures du fardeau que fait peser le cancer sur la population et le système de soins de santé au Canada. 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. Selon les estimations, en 2008, on enregistrera 166 400 nouveaux cas et 73 800 décès, soit 6 500 nouveaux cas et 1 100 décès de plus qu'en 2007. Parmi ces cas additionnels, environ 2 400 sont des cancers de la prostate, 700 sont des cancers du côlon et du rectum et 600, des cancers du poumon.

Comme le montrent les figures 3.1 et 3.2, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les principaux facteurs qui expliquent la tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer. La ligne continue la plus basse représente le nombre total de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si seuls les taux avaient changé tandis que la taille et la structure par âge de la population étaient restées les mêmes qu'en 1979. La ligne du milieu représente le nombre de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si les taux s'appliquaient à une population dont la taille correspondait à celle de l'année en cause mais dont la structure par âge était demeurée identique à celle de 1979. La ligne du haut représente le nombre de cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'effet conjugué du changement dans le taux, de la croissance démographique et du vieillissement de la population. Ces chiffres montrent que les changements dans la taille et la structure par âge de la population ont été les principaux déterminants de l'alourdissement du fardeau du cancer au Canada. Aussi longtemps que se poursuivra cette tendance, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année à moins que les risques de souffrir d'un cancer ne diminuent considérablement. La baisse de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, principale cause concurrente de décès, explique l'augmentation continue du nombre de personnes atteintes du cancer.

La figure 4 illustre la variation relative des taux de mortalité normalisés selon l'âge (voir la définition dans le *Glossaire*) pour la période de 1979 à 2008 pour l'ensemble des cancers, et pour tous les cancers *sauf* le cancer du poumon. La différence entre les tendances observées chez l'homme et chez la femme tient en partie au stade d'évolution du problème du cancer du poumon qui diffère entre les sexes et en partie à l'écart entre les tendances relatives aux taux de mortalité associée aux autres cancers :

- ◆ Chez l'homme, la tendance relative à la mortalité due à tous les cancers traduit essentiellement la tendance relative à la mortalité associée au cancer du poumon (les deux lignes sont très proches au cours de la même période). Le mouvement à la baisse du taux de mortalité par cancer, observé depuis 1988, s'explique surtout par une diminution des taux de mortalité liée au cancer du poumon.
- ◆ Chez la femme, toutefois, le taux de mortalité par cancer du poumon suit encore une courbe ascendante. Ainsi, le taux de mortalité associée à tous les cancers, qui est demeuré essentiellement stable depuis 1979, dissimule la régression importante (20 %) observée à l'égard des autres types de cancer au cours de la période de 30 ans.

### Tendances pour certains cancers

Les figures 5.1, 5.2, 6.1 et 6.2 et les tableaux 7.1, 7.2, 8.1 et 8.2 rendent compte des cancers les plus courants (prostate, poumon, sein, côlon et rectum et lymphomes non hodgkiniens) ainsi que d'autres cancers illustrés au tableau 9, dont les taux ont significativement augmenté ou diminué d'au moins 2 % par an au cours de la période de 1995 à 2004.

Les hausses et les baisses annuelles statistiquement significatives de 2 % ou plus, observées dans les 23 cancers énumérés au tableau 9, concernaient les cancers suivants :

### ◆ Incidence :

- Hausses : cancer du foie chez l'homme (+2,7 %) et cancer de la thyroïde chez les deux sexes (+5,5 % et +10,1 %, chez l'homme et chez la femme, respectivement).
- Baisse : cancers de l'estomac et du larynx chez les deux sexes, cancer du poumon chez l'homme (-2,5 % par an depuis 1999) et cancer de l'encéphale (-3,6 % par an depuis 2000) et cancer du col de l'utérus chez la femme.

### ◆ Mortalité :

- Hausses : cancer du foie chez l'homme (+2,2 %).
- Baisse : On a observé une diminution de taux à l'égard de la plupart des types de cancer, plus particulièrement :
  - les cancers de l'estomac (-3,6 %), du larynx (-3,2 %), de la prostate (-2,9 %), de la cavité buccale (-2,5 %) et du poumon (-2,1 %), ainsi que la maladie de Hodgkin (-4,2 %) et les lymphomes non hodgkiniens (-2,3 %), chez l'homme;
  - la maladie de Hodgkin (-3,7 %), le cancer du col de l'utérus (-3,3 %) et le cancer de l'estomac (-3,1 %), chez la femme.

Voici des observations concernant les tendances s'appliquant à des cancers particuliers.

### *Cancer de la prostate\**

- ◆ Alors que les taux d'incidence suivent graduellement une courbe ascendante, deux pics ont été atteints, un en 1993 et un autre plus petit en 2001, suivis dans chaque cas d'un fléchissement. Cette tendance coïncide avec deux vagues d'intensification du dépistage au moyen du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) qui permet de déceler le cancer de la prostate à un stade précoce. La première vague a suivi l'introduction du dosage de l'APS comme méthode de dépistage; la seconde, qui n'a pas été observée aux États-Unis, peut s'expliquer par la publicité entourant le diagnostic de cancer de la prostate reçu en 2001 par Allan Rock, ministre de la Santé du Canada de l'époque, au terme d'un dosage sérique de l'APS. Le premier recul a été suivi de la reprise de la tendance à la hausse plus graduelle observée antérieurement; le second recul est trop récent pour que l'on puisse déterminer si la tendance ascendante reviendra.
- ◆ Si l'augmentation durable et apparemment continue des taux d'incidence est peut-être attribuable à une évolution plus graduelle de la détection précoce, elle peut aussi être en partie imputable à l'évolution des facteurs de risque ou de protection. Il reste que l'étiologie du cancer de la prostate demeure mal connue.
- ◆ Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité ont augmenté beaucoup plus lentement depuis 1979, et ont amorcé un mouvement à la baisse au milieu des années 90. Les taux de mortalité ont affiché une diminution significative de 2,9 % par an entre 1995 et 2004 (tableau 9), sans doute grâce à l'effet combiné de la détection précoce et de l'amélioration du traitement.

\* Les estimations relatives au cancer de la prostate pour la période de 2005 à 2008 sont supérieures aux chiffres publiés dans les éditions antérieures des *Statistiques canadiennes sur le cancer*, la plupart des provinces ayant choisi d'utiliser les projections fondées sur la modélisation plutôt que sur le calcul de moyennes.

*Cancer du poumon*

- ◆ Chez l'homme, les taux croissants d'incidence et de mortalité ont commencé à se stabiliser au milieu des années 80 et n'ont cessé de chuter depuis (tableaux 7.1 et 7.2). Les taux ont fléchi de manière significative, soit de 2,5 % par an depuis 1999 dans le cas de l'incidence, et de 2,1 % par an au cours de la période de 1995 à 2004, dans le cas de la mortalité.
- ◆ Chez la femme, les taux d'incidence et de mortalité sont en hausse depuis au moins 1979, et la tendance se maintient (augmentation de 1,2 % par an de l'incidence et de la mortalité).
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité demeurent plus élevés chez l'homme que chez la femme (67 pour 100 000 contre 51 pour 100 000 et 59 pour 100 000 contre 40 pour 100 000, respectivement, tableaux 4 et 6).
- ◆ Ces tendances reflètent le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60 chez l'homme, mais beaucoup plus tardivement, vers le milieu des années 80, chez la femme.

*Cancer du sein*

- ◆ L'incidence du cancer du sein a également augmenté constamment, mais graduellement, entre 1979 et 1999, mais elle a reculé de manière significative, soit de 1,7 % par an depuis<sup>†</sup>. Cette tendance à la hausse s'explique sans doute, en grande partie, par le recours accru au dépistage par mammographie, au cours des années 80 et 90. En effet, les cas de cancer du sein auraient été détectés plus tôt qu'ils ne l'auraient été en l'absence de dépistage. Il est possible, comme on l'a observé dans le cas des cancers de la prostate, que le dépistage ait permis de déceler presque tous les cancers qui existaient dans la population soumise au dépistage, ce qui a entraîné les reculs récents, après quoi les taux sont redevenus conformes à la tendance enregistrée avant le dépistage. Il est toutefois possible qu'une modification des facteurs de risque et de protection, comme l'évolution des tendances relatives à la procréation et à la prise d'hormones, y soit aussi pour quelque chose.
- ◆ Les taux de mortalité due au cancer du sein chez la femme diminuent depuis le milieu des années 80. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a chuté de plus de 25 % depuis 1986, passant de 32 à 23,1 pour 100 000 (tableau 8.2). La tendance à la baisse s'est accélérée, la diminution atteignant 1,6 % par an depuis 1999, ce qui est sans doute attribuable à la fois au dépistage par mammographie et à l'efficacité accrue des traitements adjuvants reçus à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein. Le taux de mortalité par cancer du sein a atteint le niveau le plus bas jamais enregistré depuis 1950. Une tendance à la baisse similaire est observée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie.

<sup>†</sup> Les projections relatives au cancer du sein au-delà de 2004 rendent compte de la tendance à la hausse de l'incidence du cancer du sein, observée à long terme; elles ne tiennent pas compte du récent recul.

### *Cancer du côlon et du rectum*

- ◆ Les tendances relatives aux taux d'incidence du cancer colorectal, observées au cours de la période de 1979 à 2004 (dernière année pour laquelle il existe des données complètes), sont complexes. Entre 1979 et 1985, les taux ont augmenté (ou ont été relativement stables chez la femme), après quoi ils ont fléchi jusqu'au milieu des années 90 (de manière plus marquée chez la femme que chez l'homme). Ils ont grimpé de nouveau jusqu'en 2000 inclusivement et ont affiché par la suite une baisse significative. Comme on ne connaît pas les causes des récentes fluctuations de courte durée, les projections relatives au cancer colorectal jusqu'en 2008 reposent sur des données recueillies à long terme (soit de 1986 à 2004), ce qui correspond à la méthode généralement utilisée dans la présente publication. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on utilise ces données.
- ◆ Les taux de mortalité continuent de chuter chez la femme et chez l'homme, soit de 1,7 % et de 1,3 % respectivement par an (tableau 9), baisse qui tient vraisemblablement à l'amélioration des traitements, surtout de la chimiothérapie.
- ◆ Le dépistage du cancer du côlon et du rectum peut entraîner une diminution de l'incidence et de la mortalité. Le dépistage opportuniste existe déjà dans de nombreuses provinces, ce qui peut expliquer en partie la chute des taux de mortalité. Plusieurs provinces ont annoncé la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du côlon et du rectum dans la population; les autres étudient sérieusement l'idée.
- ◆ Le Groupe d'action sur le dépistage de Partenariat canadien contre le cancer a récemment créé un réseau de dépistage du cancer colorectal en vue d'offrir un forum national qui, par ses études, ses discussions et ses interventions, vise à renforcer et à améliorer ce dépistage au Canada.

### *Lymphomes non hodgkiniens*

- ◆ Chez l'homme comme chez la femme, les taux d'incidence se sont accrus d'environ 50 % entre 1978 et la fin des années 90. Depuis, ils se sont stabilisés.
- ◆ Les taux de mortalité ont suivi une courbe analogue, même si on observe chez l'homme un fléchissement statistiquement significatif de 2,3 % par an depuis 2000. Ce recul tient sans doute à de récentes améliorations du traitement, qui touchent entre autres à l'immunothérapie (Rituximab).
- ◆ La tendance à la hausse de l'incidence s'explique sans doute par un ensemble de facteurs : amélioration de la détection et de la classification de ce groupe complexe de maladies et évolution des facteurs de risque. Le facteur de risque le plus manifestement associé aux lymphomes non hodgkiniens est l'immunosuppression (que peuvent engendrer les troubles immunologiques, les traitements immunosuppresseurs ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)). Au nombre des autres facteurs qui augmentent le risque et qui sont mal compris peut figurer l'exposition professionnelle aux pesticides et aux organochlorés, comme les herbicides phénoxy et les dioxines.

*Autres types de cancer*

- ◆ La tendance à la hausse de l'incidence du *mélanome*, chez l'homme comme chez la femme (de 1,8 % et 1,0 % par an, respectivement), se poursuit. Cette augmentation tient sans doute au plus grand nombre d'heures passées au soleil sans protection adéquate et à l'amélioration de la détection de la maladie. Les taux de mortalité étaient stables chez l'homme, mais ils ont diminué (de 0,8 % par an) chez la femme.
- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du rein* ont augmenté (de 0,7 % et de 1,2 % par an chez l'homme et chez la femme respectivement) entre 1995 et 2004, même si les taux de mortalité sont demeurés stables. La tendance à la hausse de l'incidence est partiellement attribuable à l'amélioration de la détection, mais pourrait aussi être liée à la hausse de la prévalence de l'obésité, un important facteur de risque du carcinome rénal, principal type de cancer du rein.
- ◆ De tous les cancers, c'est le *cancer de la thyroïde* dont l'incidence croît le plus rapidement (de 5,5 % chez l'homme et de 10,1 % par an chez la femme depuis 1997). Des hausses analogues ont été observées en Europe et dans certaines régions des États-Unis. On avance l'hypothèse que le recours plus fréquent à l'imagerie médicale (échographie, biopsie par aspiration, et sans doute tomographie assistée par ordinateur et imagerie par résonance magnétique) permet de repérer plus fréquemment qu'auparavant les cancers asymptomatiques à un stade plus précoce<sup>3</sup>. Les taux de mortalité sont demeurés inchangés, probablement parce que les traitements modernes s'avèrent très efficaces contre les cancers de la thyroïde à un stade précoce.
- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du foie* et de mortalité due à cette maladie sont en progression chez l'homme (soit de 2,7 % et 2,2 % par an, respectivement, la hausse étant dans les deux cas statistiquement significative). Ils sont aussi en hausse chez la femme, mais pas de manière significative (soit de 1,3 % et 1,7 % par an, respectivement).
- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du col de l'utérus* et de mortalité liée à cette maladie sont en baisse depuis de nombreuses décennies, surtout grâce au recours généralisé et régulier au test Pap à des fins de dépistage, ce qui permet de détecter tôt et de traiter les lésions malignes et pré-malignes. L'annonce faite récemment par certaines provinces de mettre en place des programmes de vaccination contre le VPH aura pour effet de réduire davantage les taux d'incidence et de mortalité à plus long terme, mais elle n'éliminera pas le cancer du col de l'utérus. La poursuite du dépistage à l'aide du test Pap demeure une mesure de prévention nécessaire et importante.
- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du larynx* sont en régression tant chez l'homme que chez la femme (de 3,6 % et 3,4 % par an, respectivement), et ce de manière significative, et les taux de mortalité chez l'homme affichent une baisse significative de 3,2 %. Le cancer du larynx est associé à la consommation d'alcool et de tabac.
- ◆ Les taux de mortalité due à la *maladie de Hodgkin* sont très faibles; ils ont chuté de manière radicale entre 1995 et 2004 (soit de 4,2 % chez l'homme et 3,7 % chez la femme par an).

- ◆ En ce qui concerne l'incidence du *cancer du testicule*, la tendance à la hausse se poursuit et atteint maintenant un niveau statistiquement significatif (elle était de 1,8 % par an entre 1995 et 2004). Cette progression s'observe depuis plusieurs décennies pour des raisons que l'on ne comprend pas très bien. La mortalité due au cancer du testicule continue de reculer, mais la baisse n'est plus statistiquement significative. Étant donné le faible nombre de décès par cancer du testicule enregistré chaque année, les taux de mortalité sont généralement peu stables, ce qui peut entraîner des variations considérables d'une année à l'autre.

### Répercussions

Les figures 2.1 et 2.2 mettent en relief le fardeau croissant que représentera l'accroissement continu du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer pour la société canadienne, et ce, dans une large mesure, indépendamment des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité. Elles montrent pourquoi nous ne pouvons nous permettre de relâcher la vigilance.

Les tendances actuelles et prévues relatives au cancer au Canada font ressortir la nécessité d'élaborer des plans pour faire face à ce nombre croissant de cas de cancer qui sont actuellement inévitables. Nous devons accroître notre capacité d'offrir des programmes efficaces de prévention et de promotion de la santé ainsi que des soins palliatifs adéquats lorsque les traitements ne laissent plus entrevoir l'espoir d'une guérison. Ensuite, nous devons déployer des efforts encore plus considérables sur le plan de la prévention primaire, afin de réduire le nombre de cas évitables de cancer.

*Nous devons accroître notre capacité d'offrir des programmes efficaces de prévention et de promotion de la santé ainsi que des soins palliatifs adéquats lorsque les traitements ne laissent plus entrevoir l'espoir d'une guérison, 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, 1979-2008

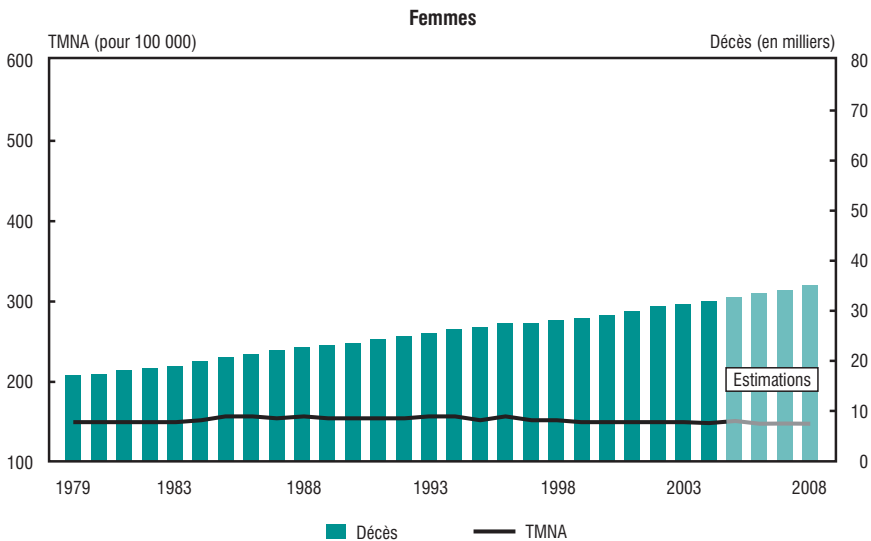
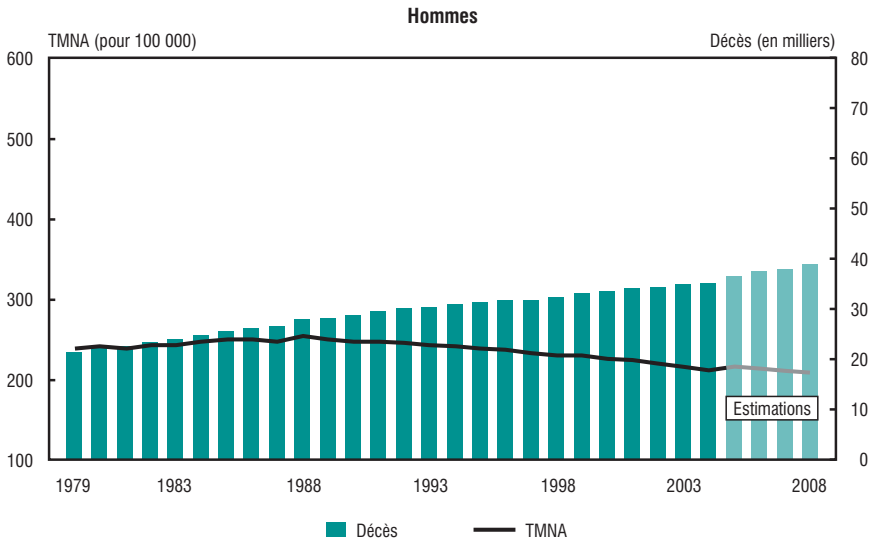


**Nota :** La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers de la peau autres que le mélanome. Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005 sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

**Figure 2.2**

**Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1979-2008**

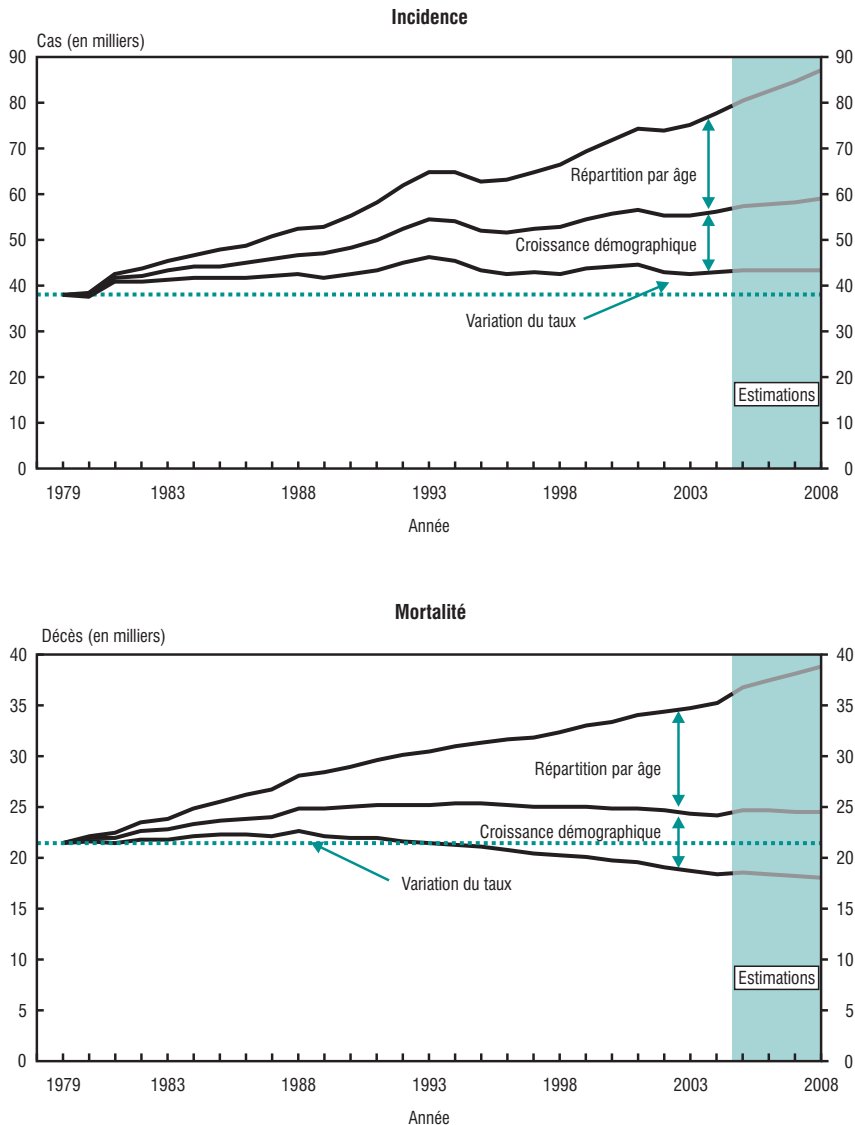


**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir aussi le *Glossaire* et l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

**Figure 3.1**

**Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1979-2008**

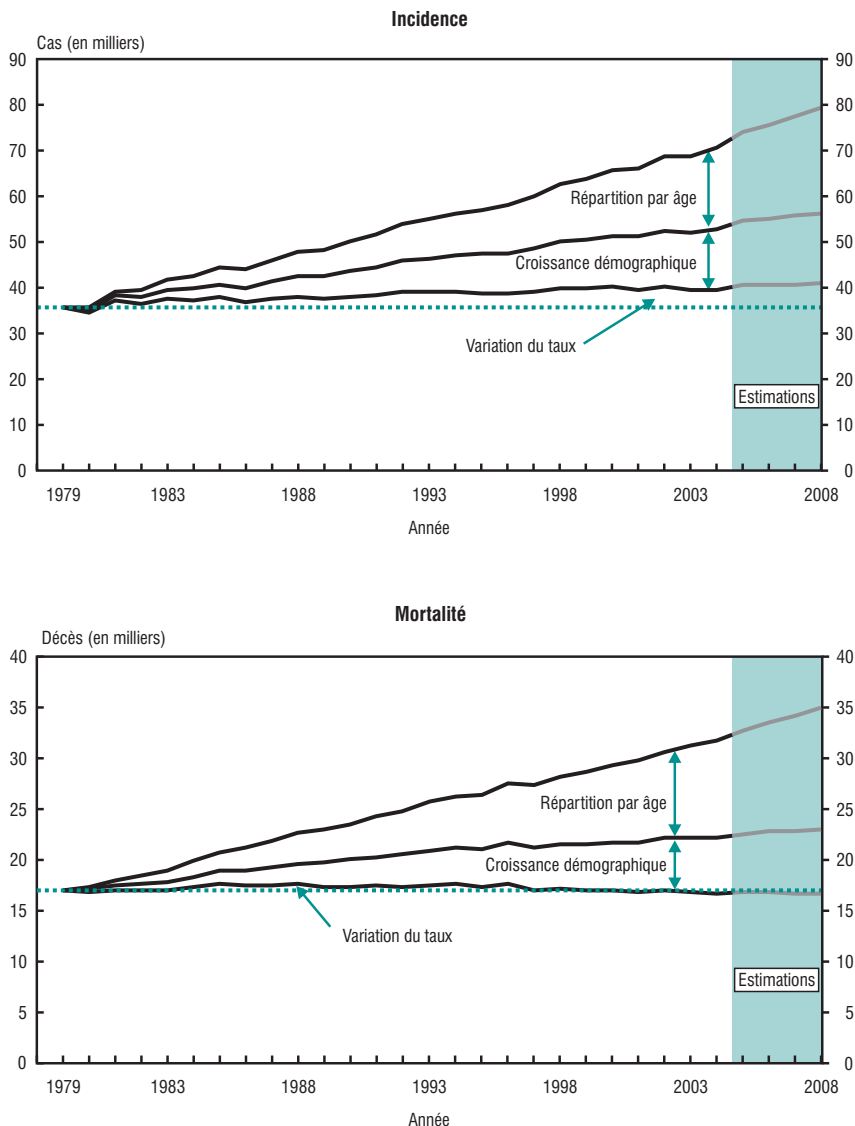


**Nota :** Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). L'espace sous les courbes représente le nombre de cas ou de décès liés à la variation de chaque facteur. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005, sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie. L'incidence et la mortalité sont chacune établies selon une échelle différente.

**Source :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la 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 répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1979-2008**

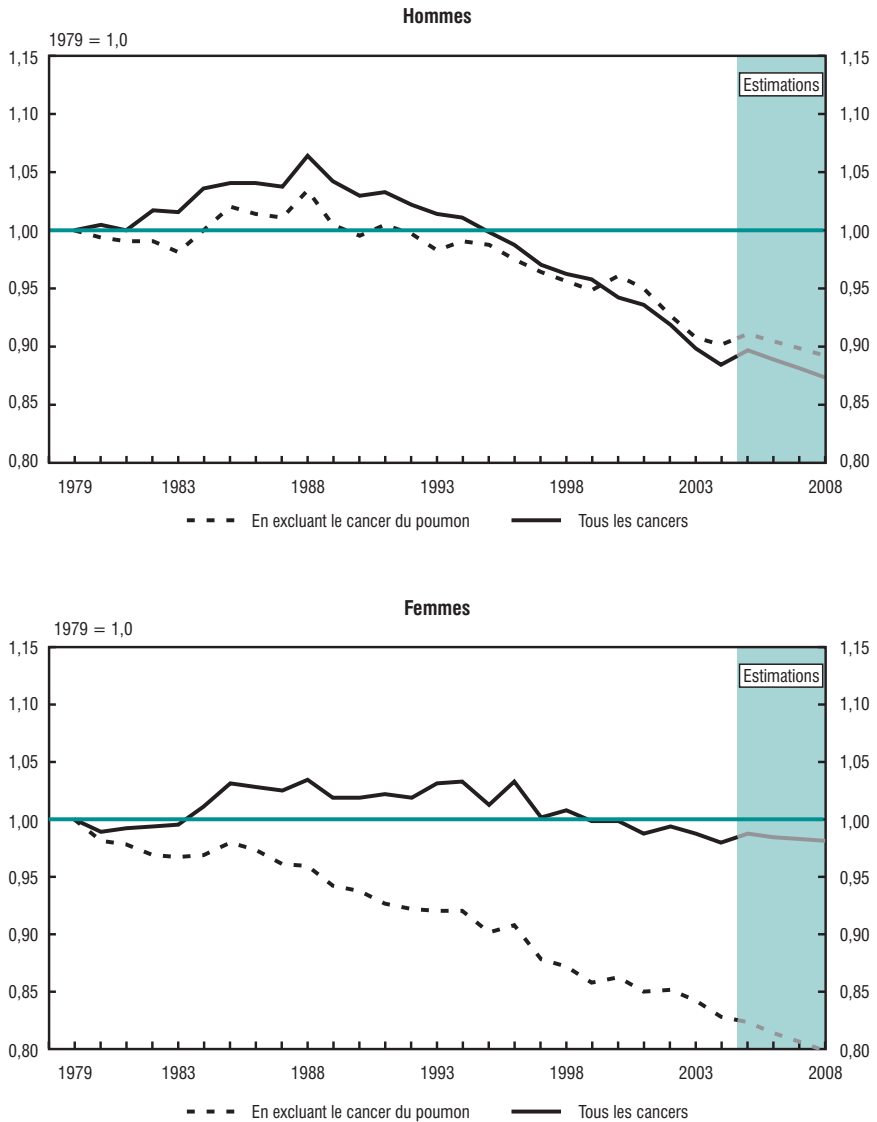


**Nota :** Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). L'espace sous les courbes représente le nombre de cas ou de décès liés à la variation de chaque facteur. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005, sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie. L'incidence et la mortalité sont chacune établies selon une échelle différente.

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

**Figure 4**

**Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1979-2008\***



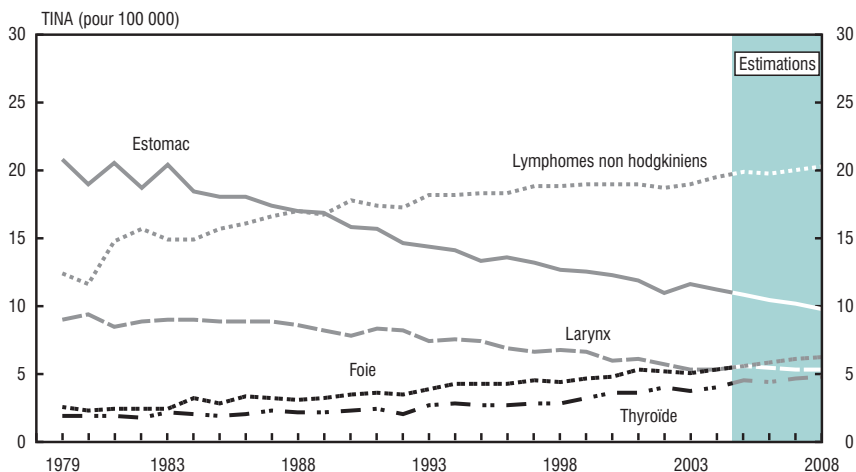
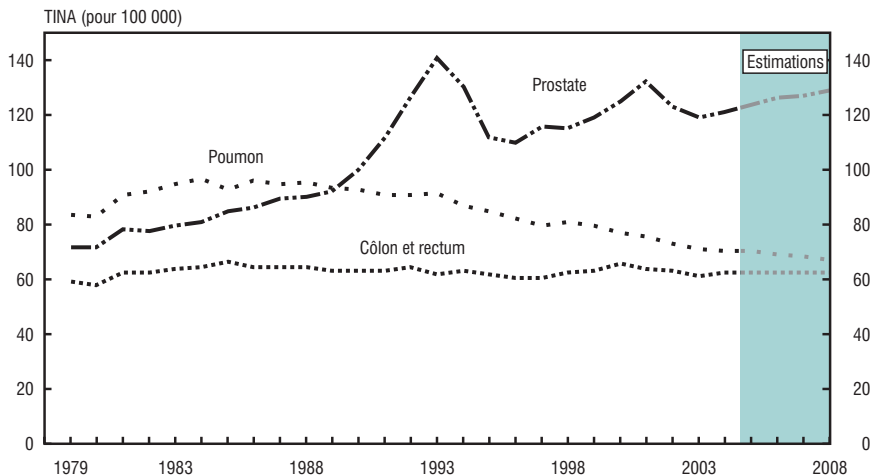
\* Les taux sont établis par rapport à 1979 (année en cours divisée par le taux de 1979).

**Note :** Les taux sont ajustés 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 des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

**Figure 5.1**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1979-2008**

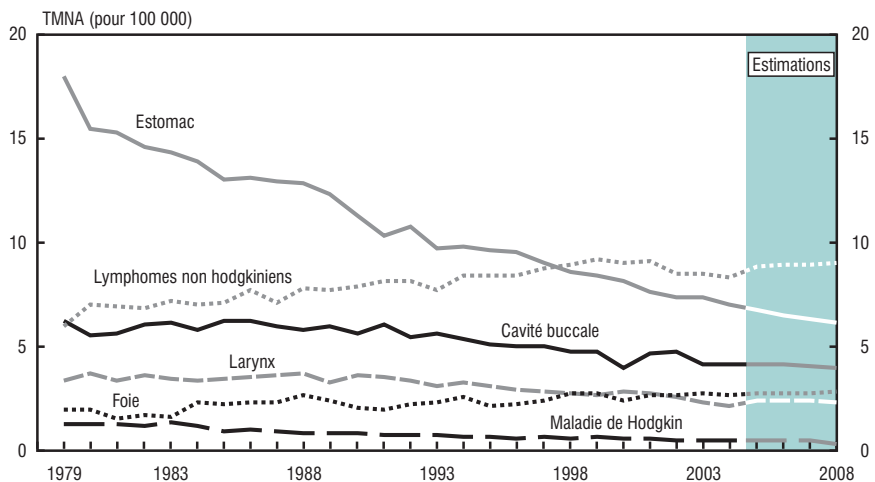
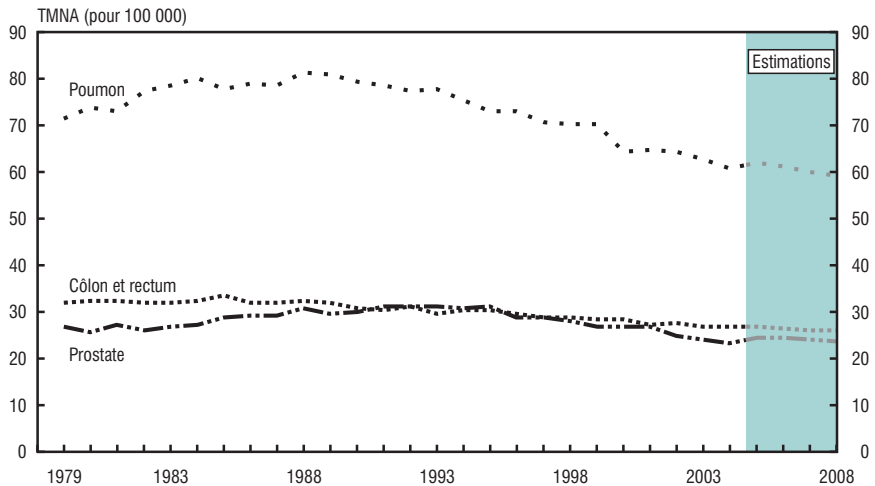


**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 7.1. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005 sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie. L'échelle de l'axe vertical varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs.

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

Figure 5.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1979-2008

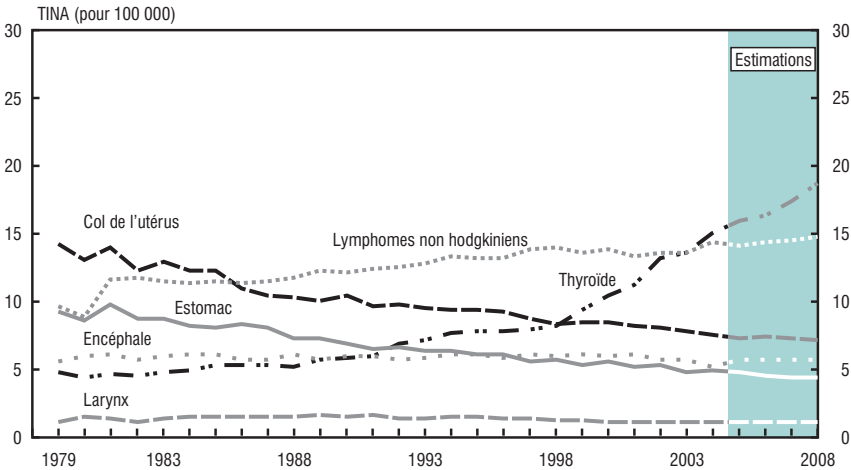
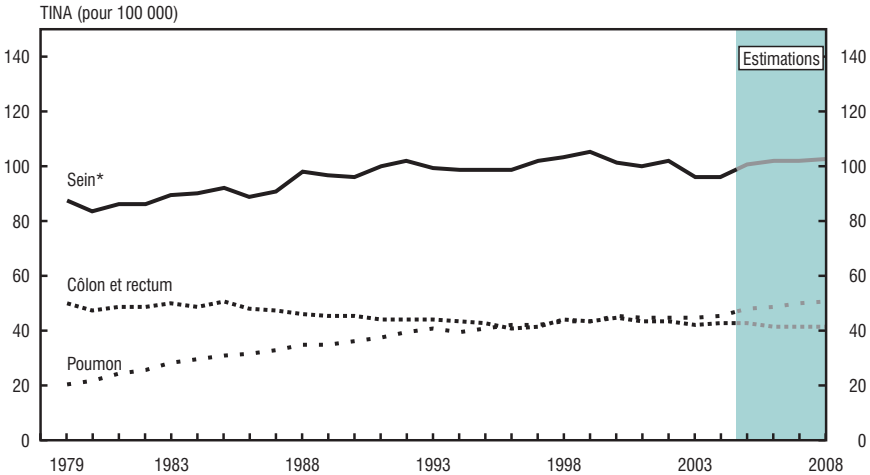


**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 7.2. L'échelle de l'axe vertical varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs. Le cancer des testicules est exclu, le nombre de décès étant trop faible (30 en 2008).

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

**Figure 6.1**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1979-2008**



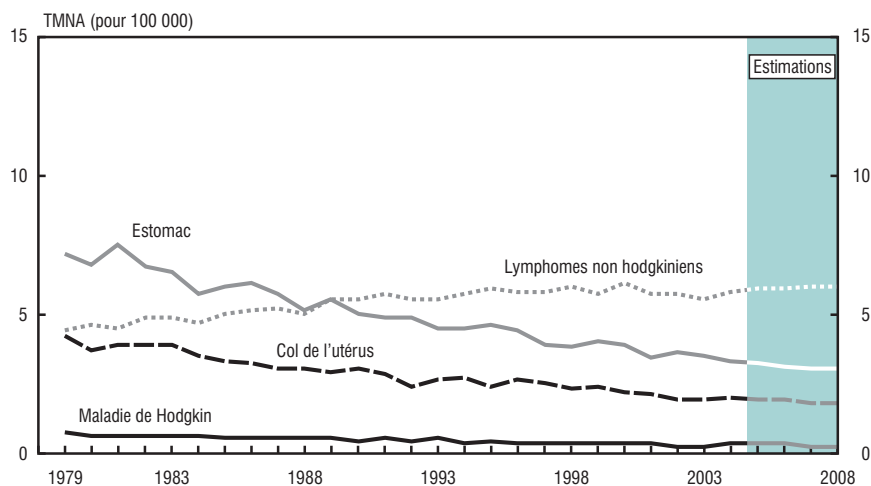
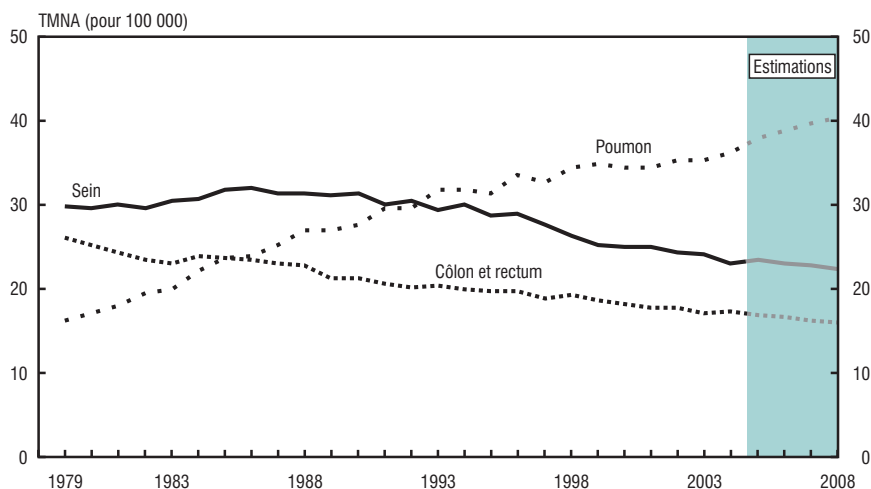
\* Les estimations relatives au cancer du sein projetées au-delà de 2004 reflètent la tendance à la hausse de l'incidence du cancer du sein, observée à long terme. Elles ne rendent pas compte de la récente baisse.

**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 8.1. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005 sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie. L'échelle de l'axe vertical varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs.

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

Figure 6.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1979-2008



**Nota :** Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données dans le tableau 8.2. L'échelle de l'axe vertical varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs.

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

Tableau 7.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers<sup>†</sup>, hommes, Canada, 1979-2008

Année	Taux pour 100 000								
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Estomac	Foie	Larynx
1979	411,1	72,0	83,5	59,2	12,4	1,8	20,8	2,5	9,0
1980	407,1	71,4	82,9	57,9	11,6	1,9	19,0	2,2	9,3
1981	442,9	78,5	90,8	62,6	14,7	1,9	20,5	2,4	8,4
1982	442,0	77,8	92,4	62,7	15,6	1,7	18,7	2,4	8,8
1983	450,3	79,6	95,0	63,9	14,9	2,1	20,4	2,4	9,0
1984	452,0	80,9	96,8	64,8	14,9	2,0	18,4	3,1	8,9
1985	451,9	85,1	93,0	66,2	15,7	1,8	18,0	2,8	8,8
1986	453,9	86,1	96,1	64,7	16,0	2,0	18,0	3,3	8,8
1987	458,8	89,6	94,9	64,7	16,6	2,2	17,4	3,1	8,8
1988	461,2	90,4	95,2	64,6	17,0	2,1	17,0	3,0	8,6
1989	454,0	91,9	93,4	63,1	16,7	2,1	16,8	3,2	8,1
1990	460,4	99,9	92,5	63,0	17,7	2,2	15,8	3,4	7,7
1991	472,0	112,3	90,5	62,9	17,4	2,4	15,6	3,6	8,4
1992	490,1	125,5	90,5	64,2	17,2	2,0	14,6	3,4	8,1
1993	502,8	140,5	91,5	62,0	18,2	2,6	14,3	3,8	7,4
1994	491,0	129,7	86,8	63,2	18,2	2,7	14,1	4,2	7,5
1995	466,8	111,7	84,7	61,6	18,3	2,6	13,3	4,2	7,4
1996	458,4	110,1	82,3	60,7	18,3	2,6	13,6	4,2	7,0
1997	461,4	115,6	79,5	60,3	18,8	2,7	13,1	4,5	6,6
1998	460,5	114,9	80,6	62,5	18,9	2,7	12,6	4,4	6,7
1999	471,3	119,3	79,5	63,4	18,9	3,2	12,6	4,6	6,6
2000	475,8	124,7	77,1	65,5	19,0	3,5	12,3	4,8	5,9
2001	477,8	132,4	75,8	64,1	19,0	3,6	11,8	5,3	6,0
2002	461,7	122,9	73,0	63,4	18,7	4,0	10,9	5,2	5,7
2003	456,9	119,3	70,9	61,1	18,9	3,7	11,6	5,0	5,3
2004	458,9	121,3	70,4	62,3	19,5	3,9	11,2	5,2	5,2
2005**	463,7	123,6	70,7	62,8	19,9	4,5	10,8	5,5	5,5
2006*	462,1	125,8	69,4	62,3	19,9	4,4	10,4	5,8	5,4
2007*	461,9	127,3	68,2	62,3	20,0	4,6	10,1	6,0	5,3
2008*	462,1	129,0	67,1	62,3	20,2	4,8	9,8	6,2	5,2

\* Taux estimatifs

\*\* Estimations pour le Québec, le Manitoba et l'Alberta.

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 9, dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an.

Nota : Les taux excluent le cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie.

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

Tableau 7.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers<sup>†</sup>, hommes, Canada, 1979-2008

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Cavité buccale	Estomac	Foie	Larynx	Maladie de Hodgkin
1979	239,4	26,7	71,6	31,8	5,9	6,2	18,0	1,9	3,3	1,2
1980	240,7	25,8	73,9	32,3	7,0	5,5	15,5	1,9	3,7	1,2
1981	239,2	27,1	73,1	32,2	6,9	5,6	15,3	1,5	3,3	1,2
1982	243,5	26,0	77,3	31,9	6,8	6,0	14,6	1,7	3,6	1,1
1983	242,9	26,7	78,4	31,8	7,2	6,1	14,3	1,6	3,4	1,3
1984	247,9	27,4	80,1	32,4	7,0	5,8	13,9	2,3	3,3	1,1
1985	249,0	28,9	77,9	33,4	7,1	6,2	13,0	2,2	3,4	0,9
1986	249,0	29,4	78,8	32,0	7,7	6,2	13,1	2,3	3,5	1,0
1987	248,2	29,4	78,5	32,0	7,1	5,9	12,9	2,3	3,6	0,9
1988	254,8	30,7	81,2	32,4	7,8	5,8	12,8	2,6	3,7	0,8
1989	249,6	29,7	81,0	31,9	7,7	5,9	12,3	2,4	3,2	0,8
1990	246,5	30,1	79,4	30,9	7,9	5,6	11,3	2,0	3,6	0,8
1991	247,2	31,2	78,7	30,4	8,1	6,0	10,3	1,9	3,5	0,7
1992	244,7	31,0	77,5	31,1	8,1	5,4	10,7	2,2	3,3	0,7
1993	242,8	31,1	77,8	29,7	7,7	5,6	9,7	2,3	3,1	0,7
1994	241,8	30,7	75,5	30,3	8,4	5,3	9,8	2,5	3,2	0,6
1995	239,0	31,0	73,2	30,2	8,4	5,1	9,6	2,1	3,1	0,6
1996	236,5	29,0	72,9	29,5	8,4	5,0	9,5	2,2	2,9	0,5
1997	232,3	28,7	70,5	29,0	8,7	5,0	9,0	2,4	2,8	0,6
1998	230,5	28,0	70,2	28,9	8,9	4,7	8,6	2,7	2,7	0,5
1999	229,4	26,9	70,4	28,5	9,2	4,7	8,4	2,7	2,6	0,6
2000	225,4	26,8	64,3	28,5	9,0	3,9	8,1	2,4	2,8	0,5
2001	224,0	26,7	64,6	27,1	9,1	4,6	7,6	2,6	2,7	0,5
2002	219,9	25,0	64,4	27,7	8,5	4,7	7,3	2,6	2,5	0,4
2003	215,0	23,9	62,6	26,8	8,5	4,1	7,3	2,7	2,3	0,4
2004	211,7	23,3	60,6	26,8	8,3	4,1	7,0	2,6	2,1	0,4
2005*	214,7	24,6	61,9	26,7	8,8	4,1	6,7	2,7	2,4	0,4
2006*	212,8	24,3	61,0	26,5	8,9	4,1	6,5	2,7	2,4	0,4
2007*	210,9	23,9	60,1	26,2	8,9	4,0	6,3	2,7	2,4	0,4
2008*	209,0	23,6	59,2	25,9	9,0	3,9	6,1	2,8	2,3	0,3

\* Taux estimatifs

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 9, dont le taux de mortalité a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an, à l'exception du cancer des testicules, auquel est associé un faible taux de mortalité (30 en 2008)

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

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

# TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

**Tableau 8.1**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers<sup>†</sup>, femmes, Canada, 1979-2008**

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Poumon	Sein <sup>‡</sup>	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Estomac	Encéphale	Col de l'utérus	Larynx
1979	314,1	20,2	87,3	49,7	9,6	4,7	9,2	5,5	14,2	1,1
1980	305,8	21,6	83,3	47,4	8,8	4,4	8,6	5,9	13,0	1,4
1981	328,3	24,2	86,5	48,6	11,6	4,6	9,8	6,1	13,9	1,3
1982	321,3	25,8	86,0	48,9	11,7	4,5	8,7	5,7	12,3	1,1
1983	333,2	28,2	89,3	50,2	11,5	4,8	8,7	5,9	12,9	1,3
1984	329,9	29,5	90,4	48,9	11,3	4,9	8,1	6,0	12,2	1,4
1985	336,1	30,8	92,2	50,6	11,4	5,3	8,0	6,1	12,3	1,5
1986	325,5	31,5	88,6	48,2	11,3	5,2	8,3	5,7	10,9	1,4
1987	331,4	33,2	91,1	47,6	11,5	5,2	8,0	5,7	10,4	1,5
1988	336,8	34,6	97,8	46,1	11,7	5,1	7,2	6,0	10,2	1,5
1989	330,7	34,9	96,4	45,3	12,2	5,6	7,2	5,7	10,0	1,6
1990	333,9	36,3	96,0	45,7	12,1	5,8	6,9	5,9	10,4	1,4
1991	337,7	37,5	100,1	44,1	12,4	5,9	6,4	5,9	9,6	1,6
1992	343,8	39,7	101,9	44,3	12,5	6,9	6,6	5,6	9,7	1,3
1993	343,3	40,6	99,1	44,3	12,7	7,1	6,3	5,8	9,5	1,3
1994	343,7	39,8	99,0	43,7	13,3	7,6	6,3	6,1	9,4	1,4
1995	342,1	40,8	98,9	42,5	13,1	7,7	6,0	6,0	9,3	1,4
1996	339,9	42,0	98,7	41,1	13,1	7,8	6,0	5,8	9,2	1,3
1997	344,2	42,0	102,1	41,7	13,8	7,9	5,5	6,0	8,7	1,3
1998	351,7	43,7	103,2	43,9	14,0	8,2	5,6	5,9	8,3	1,2
1999	352,5	43,5	105,1	43,3	13,5	9,4	5,3	6,0	8,4	1,2
2000	354,4	45,1	101,5	44,5	13,8	10,4	5,5	5,9	8,4	1,1
2001	349,2	44,5	99,9	43,2	13,3	11,2	5,1	6,0	8,2	1,1
2002	355,1	45,0	101,8	43,1	13,5	13,2	5,2	5,6	8,0	1,1
2003	347,5	44,9	96,1	42,3	13,6	13,6	4,7	5,6	7,8	1,1
2004	349,5	45,5	96,1	42,5	14,3	15,0	4,9	5,1	7,5	1,0
2005**	359,1	47,9	100,7	42,5	14,1	15,9	4,7	5,6	7,2	1,0
2006*	357,9	48,9	101,8	41,7	14,4	16,3	4,5	5,7	7,4	1,0
2007*	359,3	49,8	102,2	41,5	14,5	17,4	4,4	5,7	7,3	1,0
2008*	360,8	50,8	102,5	41,2	14,7	18,7	4,3	5,7	7,1	1,0

\* Taux estimatifs

\*\* Estimations pour le Québec, le Manitoba et l'Alberta.

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 9, dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an.

‡ Les estimations relatives au cancer du sein, projetées au-delà de 2004, traduisent la tendance à la hausse de l'incidence du cancer du sein, observée à long terme, et ne rendent pas compte de la récente baisse.

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

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

Tableau 8.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers<sup>†</sup>, femmes, Canada, 1979-2008

Année	Taux pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Col de l'utérus	Maladie de Hodgkin
1979	150,2	16,3	29,8	26,1	4,4	7,2	4,2	0,7
1980	148,5	17,0	29,7	25,3	4,6	6,8	3,7	0,6
1981	149,0	17,9	30,1	24,4	4,5	7,5	3,9	0,6
1982	149,3	19,5	29,7	23,5	4,9	6,7	3,9	0,6
1983	149,4	19,9	30,4	23,1	4,9	6,5	3,9	0,6
1984	151,9	22,2	30,7	23,8	4,7	5,7	3,5	0,6
1985	154,8	23,7	31,8	23,7	5,0	6,0	3,3	0,5
1986	154,4	23,9	32,0	23,5	5,1	6,1	3,2	0,5
1987	154,0	25,3	31,3	23,0	5,2	5,7	3,0	0,5
1988	155,4	26,9	31,4	22,7	5,0	5,1	3,0	0,5
1989	153,1	27,0	31,2	21,3	5,5	5,5	2,9	0,5
1990	153,1	27,6	31,3	21,3	5,5	5,0	3,0	0,4
1991	153,5	29,5	30,1	20,7	5,7	4,9	2,8	0,5
1992	153,1	29,6	30,4	20,2	5,5	4,9	2,4	0,4
1993	154,8	31,7	29,4	20,3	5,5	4,5	2,6	0,5
1994	155,1	31,9	30,0	19,9	5,7	4,5	2,7	0,3
1995	152,0	31,3	28,7	19,8	5,9	4,6	2,4	0,4
1996	155,2	33,6	28,9	19,7	5,8	4,4	2,6	0,3
1997	150,3	32,6	27,7	18,8	5,8	3,9	2,5	0,3
1998	151,3	34,5	26,4	19,3	6,0	3,8	2,3	0,3
1999	149,8	34,9	25,2	18,6	5,7	4,0	2,4	0,3
2000	149,8	34,4	25,1	18,2	6,1	3,9	2,2	0,3
2001	148,2	34,4	25,0	17,8	5,7	3,4	2,1	0,3
2002	149,3	35,3	24,4	17,7	5,7	3,6	1,9	0,2
2003	148,2	35,4	24,1	17,1	5,5	3,5	1,9	0,2
2004	147,1	36,1	23,1	17,3	5,8	3,3	2,0	0,3
2005*	148,2	38,0	23,5	16,8	5,9	3,2	1,9	0,3
2006*	147,9	38,8	23,1	16,6	5,9	3,1	1,9	0,3
2007*	147,6	39,6	22,7	16,3	6,0	3,0	1,8	0,2
2008*	147,3	40,4	22,3	16,0	6,0	3,0	1,8	0,2

\* Taux estimatifs

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 9, dont le taux de mortalité a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an.

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

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

## Tableau 9

**Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada, 1995-2004**

	Incidence 1995-2004				Mortalité 1995-2004			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†
<b>Tous les cancers</b>	<b>0,0</b>	<b>1996</b>	<b>-0,3</b>	<b>2000</b>	<b>-1,3**</b>		<b>-0,4**</b>	
Prostate	1,2	1996	–		-2,9**		–	
Poumon	-2,5**	1999	1,2**		-2,1**		1,2**	
Sein	–		-1,7*	1999	–		-1,6**	1999
Côlon et rectum	-1,5*	2000	-1,1*	2000	-1,3**		-1,7**	
Lymphomes non hodgkiniens	0,3	1997	0,0	1997	-2,3*	2000	-0,5	1996
Vessie	-0,5		-0,3		-0,4		0,4	
Mélanome	1,8**		1,0**		0,5		-0,8*	
Leucémie	0,3		0,1		-0,8*		-1,0	
Rein	0,7**		1,2*		-0,5		-0,8	
Corps de l'utérus	–		0,5*		–		-0,4	
Pancréas	-0,6		0,0		-0,5		0,0	
Cavité buccale	-1,4**	1997	0,1		-2,5**		-0,6	
Thyroïde	5,5**		10,1**	1997	0,7		-1,5	
Estomac	-2,3**		-2,4**		-3,6**		-3,1**	
Encéphale	-0,9**		-3,6*	2000	-1,0**		-0,7	
Ovaire	–		-0,8*		–		-0,3	
Myélome multiple	0,2		0,4		-1,5*		-0,3	
Oesophage	0,5		-1,4*		0,3		-0,6	
Foie	2,7**		1,3		2,2*		1,7	
Col de l'utérus	–		-2,1**		–		-3,3**	
Larynx	-3,6**		-3,4**		-3,2**		-1,8	
Maladie de Hodgkin	0,1		0,0		-4,2*		-3,7*	
Testicule	1,8**		–		-2,4		–	

– Sans objet

\* Significatif à  $p = 0,05$

\*\* Significatif à  $p = 0,01$

† Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la tendance a changé après 1995.

**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 2004. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie.

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

Le cancer est une maladie qui frappe surtout les Canadiens âgés. Les estimations pour 2008 présentées au tableau 10 montrent qu'environ 71 000 nouveaux cas (42 %) et 45 000 décès dus au cancer (60 %) surviendront dans la population canadienne de 70 ans et plus et qu'en outre, 44 100 nouveaux cas (27 %) et 16 200 décès (22 %) 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.

Il importe toutefois de signaler que 50 000 nouveaux cas (30 %) et 13 000 décès (18 %) surviendront entre l'âge de 20 et de 59 ans. Il s'agit là des années les plus productives sur les plans professionnel et familial. De plus, un nombre croissant de personnes de plus de 65 ans continuent de travailler et représentaient plus de 2 % de la population active selon le recensement de 2001<sup>4</sup>. C'est dire que le cancer peut avoir des répercussions énormes sur le tissu social et l'économie du Canada.

La figure 7 illustre les taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge de cinq ans en 2004, année la plus récente pour laquelle on dispose de données nationales complètes. Les taux d'incidence et de mortalité augmentent fortement avec l'âge chez les hommes et les femmes.

Le tableau 11 présente la répartition selon l'âge et le sexe des cancers les plus courants chez les Canadiens. Plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du poumon et de cancer colorectal seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus. En revanche, le cancer du sein frappe surtout les femmes de 50 à 69 ans. Seulement 28 % des cancers du sein seront diagnostiqués chez des femmes de plus de 69 ans, et 20 %, chez des femmes de moins de 50 ans. Fait à signaler, bien que l'on estime que la plus forte proportion de nouveaux cas de cancer du sein surviennent entre 50 et 69 ans, les décès par cancer du sein seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus, ce qui montre les bienfaits associés au dépistage et au traitement chez les femmes d'âge moyen.

De même, la majorité des cas de cancer de la prostate surviendront chez les hommes de 60 à 69 ans; par contre, les décès dus au cancer de la prostate sont plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus. Ce phénomène rend vraisemblablement compte de l'effet du dépistage effectué auprès des hommes plus jeunes et de la lente évolution de la maladie dans un grand nombre de cas.

### Tendances

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers et pour huit groupes d'âge sont représentées à la figure 8 (une échelle différente sur l'axe vertical étant utilisée pour chaque groupe d'âge, compte tenu du large éventail des taux selon l'âge). Comme l'indique la figure 8, les taux d'incidence devraient être stables ou augmenter dans la plupart des groupes d'âge, sauf chez les hommes de plus de 69 ans, âge à partir duquel les taux continueront de chuter. Le cancer est plus répandu chez l'homme que chez la femme, ainsi que chez les jeunes de moins de 20 ans et les adultes de plus de 60 ans. Les cas de cancer et de décès par cancer seront toutefois plus nombreux chez les femmes de 20 à 59 ans, et ce, de façon marquée, surtout à cause des cancers liés au sexe (plus particulièrement les cancers du sein et du col de l'utérus), mais aussi à cause du cancer du poumon, des mélanomes et du cancer de la thyroïde. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et la cause de

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

décès la plus répandue dans ce groupe d'âge; il explique 36 % des cas de cancer et 24 % des décès. La nette augmentation du taux d'incidence du cancer chez les jeunes femmes de 20 à 39 ans est attribuée à la tendance à la hausse de l'incidence des lymphomes non hodgkiniens, des mélanomes et des cancers de la thyroïde et du rein<sup>5</sup>.

Le déclin du taux d'incidence chez les hommes de plus de 69 ans s'explique essentiellement par une diminution de l'incidence du cancer du poumon liée à un recul du tabagisme. Les taux de mortalité sont en baisse chez les deux sexes, jusqu'à l'âge de 80 ans, après quoi, ils sont en hausse chez la femme, alors qu'ils chutent chez l'homme.

De 1995 à 2004, des baisses significatives des taux de mortalité ont été enregistrées dans tous les groupes d'âge de dix ans, chez les hommes :

- ◆ de 30 à 69 ans, d'environ 2 % par an;
- ◆ de 70 à 79 ans et de 80 ans et plus, d'environ 1 % et 0,4 %, respectivement.

Chez les femmes, une diminution marquée des taux de mortalité a aussi été observée :

- ◆ dans le groupe d'âge de 0 à 19 ans ( plus de 3 % par an);
- ◆ dans les groupes d'âge de 50 à 59 ans et de 60 à 69 ans, d'environ 1,4 % et 0,5 % par an, respectivement.

*Le cancer frappe surtout les Canadiens âgés.  
On s'attend à une hausse des taux de cancer chez  
les jeunes femmes de 20 à 39 ans.  
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 cancers combinés, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2008**

Groupe d'âge	Population (en milliers) Estimations pour 2008			Nouveaux cas Estimations pour 2008			Décès Estimations pour 2008		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
0-19	7 730	3 959	3 770	1 300	690	590	180	99	80
20-29	4 535	2 304	2 231	1 900	880	1 050	230	120	100
30-39	4 601	2 318	2 283	4 400	1 550	2 900	690	290	400
40-49	5 286	2 651	2 635	13 300	4 900	8 400	3 100	1 350	1 750
50-59	4 642	2 295	2 347	30 900	15 100	15 700	8 900	4 400	4 500
60-69	3 121	1 520	1 601	44 100	26 000	18 100	16 200	9 000	7 200
70-79	1 953	897	1 057	41 300	23 900	17 400	21 600	12 300	9 200
80+	1 227	443	785	29 300	14 000	15 300	23 000	11 300	11 700
<b>Tous les âges</b>	<b>33 095</b>	<b>16 386</b>	<b>16 709</b>	<b>166 400</b>	<b>87 000</b>	<b>79 400</b>	<b>73 800</b>	<b>38 800</b>	<b>35 000</b>

**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, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*. Les projections de la population pour 2008 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada<sup>2</sup>.

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

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

**Tableau 11**

**Répartition de certains cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2008**

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
<b>Nouveaux cas</b>								
0-19	10	5	5	10	5	5	10	5
20-29	20	10	10	45	25	20	–	75
30-39	110	45	65	220	120	100	10	840
40-49	1 050	390	660	1 100	580	520	680	3 500
50-59	3 500	1 600	1 850	3 300	1 900	1 400	5 100	6 100
60-69	7 000	3 700	3 300	5 400	3 400	2 100	9 700	5 500
70-79	7 700	4 400	3 300	6 200	3 600	2 600	6 300	3 700
80+	4 600	2 400	2 200	5 200	2 200	2 900	2 900	2 600
<b>Tous les âges</b>	<b>23 900</b>	<b>12 600</b>	<b>11 300</b>	<b>21 500</b>	<b>11 800</b>	<b>9 700</b>	<b>24 700</b>	<b>22 400</b>
<b>Décès</b>								
0-19	–	–	–	5	5	–	–	–
20-29	5	5	5	10	10	5	–	5
30-39	60	25	35	55	25	25	–	100
40-49	710	290	420	290	150	130	10	440
50-59	2 500	1 250	1 250	950	550	400	120	940
60-69	5 400	3 000	2 400	1 800	1 150	640	510	1 050
70-79	6 800	3 900	2 900	2 500	1 500	1 000	1 300	1 100
80+	4 700	2 600	2 200	3 300	1 450	1 850	2 300	1 700
<b>Tous les âges</b>	<b>20 200</b>	<b>11 000</b>	<b>9 200</b>	<b>8 900</b>	<b>4 800</b>	<b>4 100</b>	<b>4 300</b>	<b>5 300</b>

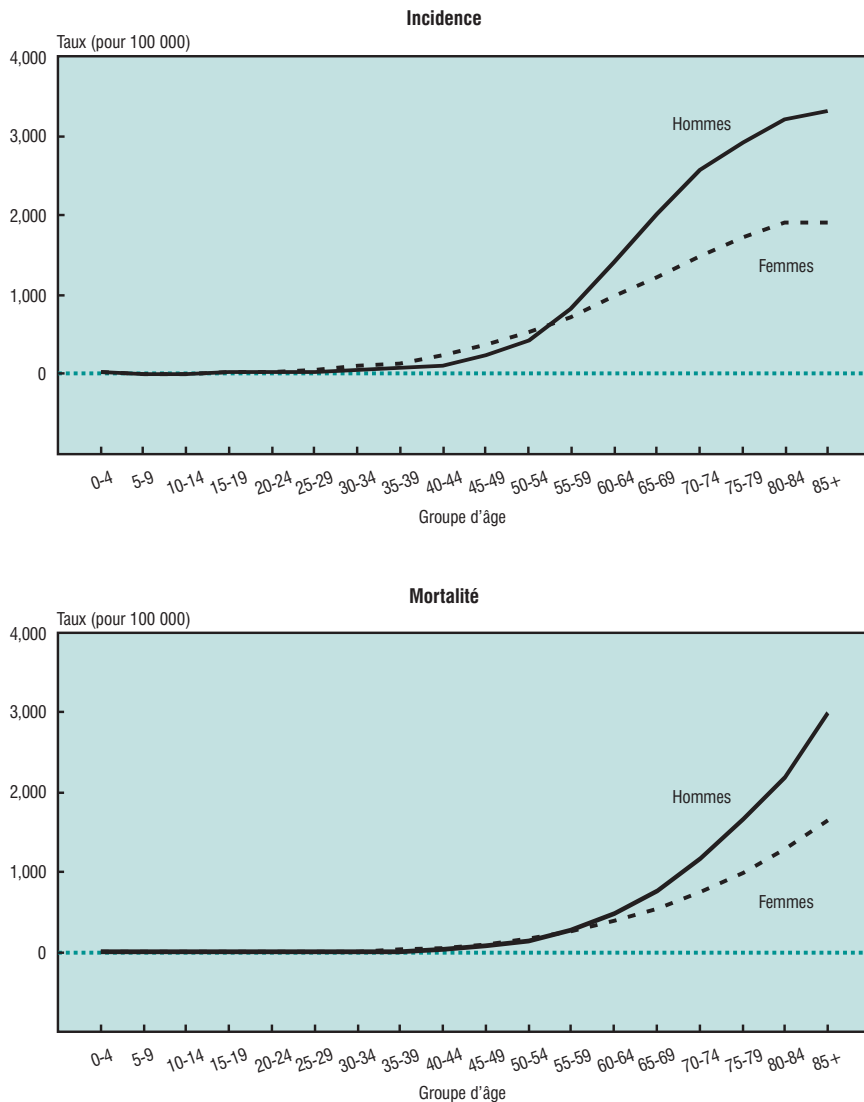
– Moins de 3 cas ou décès.

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

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

**Figure 7**

**Taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et le sexe pour tous les cancers, Canada, 2004**



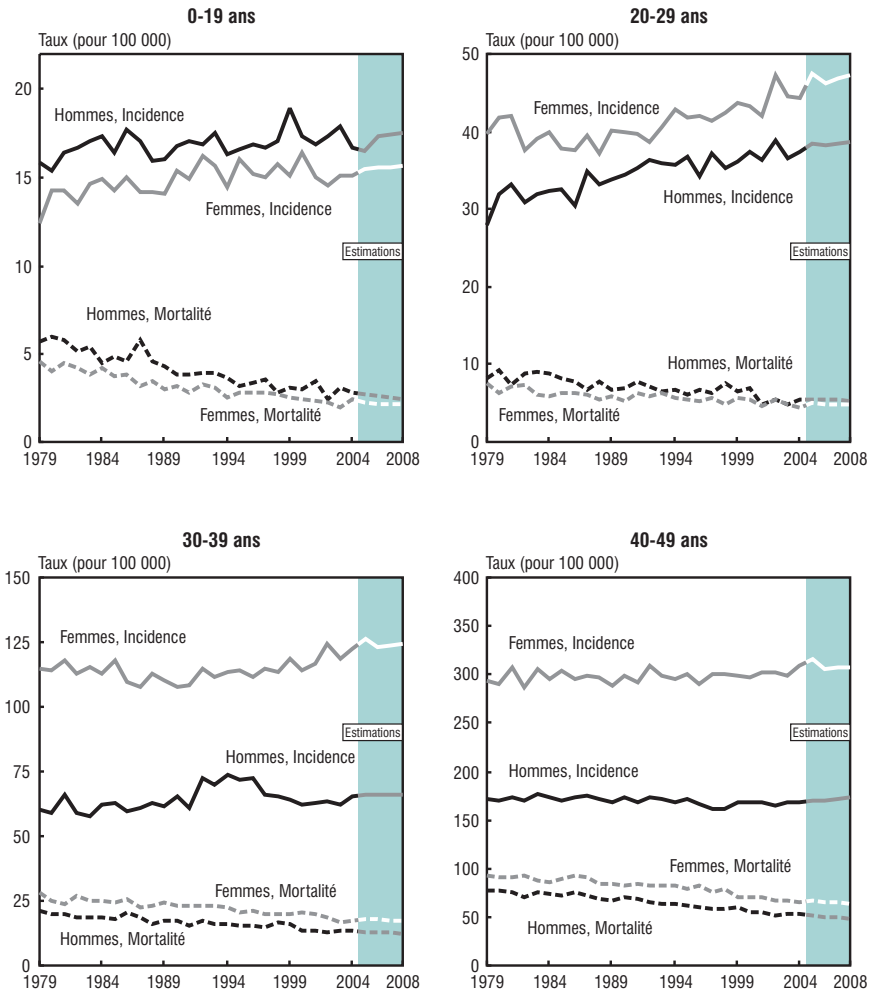
**Nota :** Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

**Figure 8**

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1979-2008**



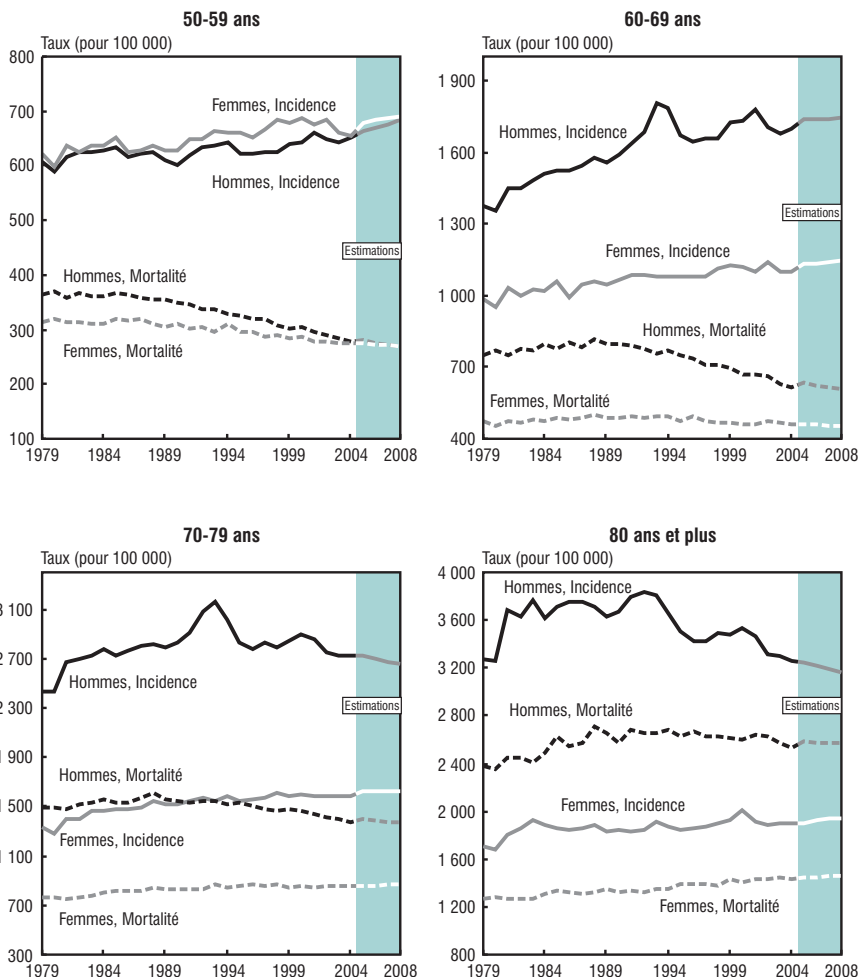
**Nota :** Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005, sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

Figure 8 (suite)

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1979-2008



**Nota :** Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005, sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

Le tableau 12 présente la probabilité que les Canadiens soient atteints des cancers les plus courants pour certains groupes d'âge de dix ans, ainsi que la probabilité qu'ils soient atteints du cancer au cours de leur vie ou qu'ils en meurent.

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

Au cours de sa vie, 1 homme sur 7 sera atteint du cancer de la prostate, le cancer le plus répandu (à l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome) dans la population masculine, et 1 sur 27 en mourra. Par ailleurs, 1 homme sur 13 risque de mourir d'un cancer du poumon, principale cause de décès par cancer chez les hommes.

Au cours de sa vie, 1 femme sur 9 sera atteinte du cancer du sein, qui est la forme la plus courante de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome) dans la population féminine, et 1 femme sur 28 sera emportée par cette maladie. Enfin, 1 femme sur 18 risque de succomber au cancer du poumon, la cause la plus probable de décès par cancer chez les femmes.

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 années suivantes est un indicateur utile du risque de cancer à court terme. Bien que le risque qu'une femme soit atteinte d'un cancer du sein durant sa vie soit de 11 % (1 femme sur 9) et que ce risque augmente avec l'âge, le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 70 ans n'est que de 3 % (1 femme sur 33). 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 très peu probable qu'un homme souffre de ce cancer. Cependant, le risque pour un homme de 70 ans d'être atteint d'un cancer de la prostate avant l'âge de 80 ans s'établit à 6 % (1 homme sur 16). Il s'agit du risque le plus élevé, tant pour l'homme que pour la femme, de souffrir d'un cancer pendant l'une ou l'autre des décennies de sa vie. Chez les personnes de 70 à 79 ans et de 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.

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

## 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 :												
<b>Hommes</b>																
<b>Tous les cancers</b>	<b>44,5</b>	<b>2,2</b>	<b>28,5</b>	<b>3,5</b>	<b>0,7</b>	<b>1,7</b>	<b>6,1</b>	<b>15,1</b>	<b>21,6</b>	<b>20,5</b>						
Prostate	13,5	7,4	3,7	26,9	–	0,2	1,7	5,3	6,1	4,8						
Poumon	8,6	11,7	8,0	12,6	–	0,2	0,8	2,5	4,3	3,6						
Côlon et rectum	7,4	13,6	3,7	27,1	0,1	0,2	0,8	2,1	3,3	3,2						
Vessie*	3,5	28,3	1,1	95,0	–	0,1	0,3	0,9	1,6	1,8						
Lymphomes non hodgkiniens	2,2	46,3	1,1	93,4	0,1	0,1	0,3	0,6	0,9	0,8						
Leucémie	1,7	59,2	1,1	92,7	–	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8						
Rein**	1,5	64,9	0,7	137,5	–	0,1	0,3	0,5	0,6	0,5						
Estomac	1,4	72,6	0,9	106,1	–	–	0,1	0,4	0,6	0,6						
Cavité buccale	1,4	72,8	0,5	197,9	–	0,1	0,3	0,4	0,4	0,4						
Mélanome	1,3	74,2	0,4	284,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5						
Pancréas	1,3	79,6	1,3	74,4	–	–	0,1	0,4	0,5	0,5						
Myélome multiple	0,8	132,3	0,5	194,3	–	–	0,1	0,2	0,3	0,4						
Encéphale	0,8	132,9	0,6	171,2	–	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2						
Oesophage	0,7	138,7	0,8	121,5	–	–	0,1	0,2	0,3	0,3						
Larynx	0,6	164,7	0,3	357,5	–	–	0,1	0,2	0,3	0,2						
Foie	0,6	168,1	0,3	307,3	–	–	0,1	0,2	0,2	0,2						

– Valeur inférieure à 0,05

\* L'augmentation marquée de la probabilité à vie d'être atteint d'un cancer de la vessie, par rapport aux années antérieures, s'explique par la décision d'inclure les cancers *in situ* (à l'exclusion de l'Ontario) depuis la parution de l'édition de 2006 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*.

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

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

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

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

Tableau 12 (suite)

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 :												
<b>Femmes</b>																
<b>Tous les cancers</b>	<b>39,3</b>	<b>2,5</b>	<b>24,1</b>	<b>4,2</b>	<b>1,2</b>	<b>3,1</b>	<b>6,1</b>	<b>10,3</b>	<b>13,9</b>	<b>13,9</b>						
Sein	11,0	9,1	3,6	28,0	0,4	1,3	2,3	2,9	3,1	2,5						
Côlon et rectum	6,4	15,7	3,3	30,6	–	0,2	0,6	1,3	2,4	2,8						
Poumon	6,2	16,0	5,4	18,4	–	0,2	0,7	1,8	2,5	1,8						
Corps de l'utérus	2,4	42,2	0,6	174,5	–	0,1	0,5	0,8	0,7	0,5						
Lymphomes non hodgkiniens	1,9	52,2	1,0	103,6	0,1	0,1	0,2	0,4	0,6	0,7						
Ovaire	1,4	72,2	1,1	87,0	–	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4						
Pancréas	1,3	74,4	1,5	68,2	–	–	0,1	0,3	0,5	0,6						
Thyroïde	1,2	81,3	0,1	1 160,0	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1						
Leucémie	1,2	83,1	0,7	134,5	–	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5						
Vessie*	1,2	84,2	0,4	229,6	–	–	0,1	0,2	0,4	0,5						
Mélanome	1,1	90,3	0,2	485,7	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3						
Rein**	1,0	98,6	0,4	233,6	–	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3						
Estomac	0,8	125,7	0,6	165,6	–	–	0,1	0,1	0,3	0,4						
Col de l'utérus	0,7	149,7	0,2	422,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1						
Cavité buccale	0,7	150,6	0,3	358,3	–	–	0,1	0,1	0,2	0,2						
Myélome multiple	0,6	161,0	0,4	229,4	–	–	0,1	0,1	0,2	0,3						
Encéphale	0,6	175,1	0,5	220,2	–	–	0,1	0,1	0,2	0,1						

– Valeur inférieure à 0,05

\* L'augmentation marquée de la probabilité à vie d'être atteint d'un cancer de la vessie, par rapport aux années antérieures, s'explique par la décision d'inclure les cancers *in situ* (à l'exclusion de l'Ontario) depuis la parution de l'édition de 2006 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*.

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

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

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

La prévalence désigne le nombre total de personnes qui, à un moment précis, vivaient avec un cancer diagnostiqué. Le tableau 13 présente le nombre estimatif de Canadiens qui, entre 1990 et 2004, étaient toujours vivants après un diagnostic de cancer posé au cours des 15 dernières années. Le tableau indique aussi le pourcentage de la population représenté par ce nombre 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 observés en Saskatchewan entre 1986 et 2001 (période où des données nationales n'étaient pas disponibles), qui ont été appliqués aux données canadiennes sur l'incidence.

La prévalence globale du cancer dans la population canadienne est estimée à 2,5 % chez les hommes et à 2,8 % chez les femmes, sur une période de 15 ans (tableau 13). En 2004, environ 396 900 hommes et 456 500 femmes avaient survécu au cancer, soit un total d'environ 853 400 Canadiens (ou 2,7 % de la population), ce qui représente une hausse de 21 % par rapport aux chiffres correspondants signalés antérieurement à l'égard de 1998, soit 679 800<sup>6</sup>. L'augmentation du nombre de survivants du cancer s'explique par le nombre croissant de nouveaux cas de cancer et par l'amélioration des taux de survie associés à la maladie.

Au cours des 15 années précédentes, 1 Canadien sur 40 et 1 Canadienne sur 35 ont reçu un diagnostic de cancer à un moment donné. Chez les hommes, le cancer le plus répandu est le cancer de la prostate, qui touche 127 200 hommes, soit 0,8 % de la population masculine, suivi du cancer colorectal (54 800 cas) et du cancer du poumon (18 200 cas).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes (166 000 cas, soit 1 % de la population féminine), également suivi du cancer colorectal (54 700 cas) et du cancer du poumon (20 200 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 faibles; ainsi, même si l'incidence est élevée, la prévalence est relativement faible.

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, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC 2005) offre des données autodéclarées sur les antécédents de cancer, mais pas sur des types précis de cancer. Ainsi, 5,4 % des répondants à l'ESCC 2005 ont fait état d'antécédents de cancer, pourcentage qui est supérieur à la prévalence estimative applicable à tous les Canadiens (2,6 %). Ce constat tient peut-être entre autres au fait que les cancers de la peau autres que le mélanome, qui sont répandus et associés à un taux de survie très élevé, sont inclus dans l'ESCC 2005, mais pas dans les estimations des *Statistiques canadiennes sur le cancer*. De plus, les répondants à l'ESCC devaient indiquer s'ils avaient déjà souffert d'un cancer, pas uniquement au cours des 15 dernières années. Autre fait, on observe depuis 2001 (date la plus récente pour laquelle des données sur la Saskatchewan sont disponibles) une amélioration des taux de survie, ce qui indique que les taux estimatifs de la prévalence présentés ici sont sans doute trop faibles.

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 de personnes qui survivent au cancer continuent de mener une vie productive et gratifiante, l'expérience du cancer est douloureuse et présente nombre de difficultés d'ordre physique, psychologique et spirituel 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. De nombreux 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. Cette augmentation de la demande et la complexité des besoins en santé des survivants doivent être prises en considération lors de la planification et de la mise en œuvre des services de santé interdisciplinaires.

## Tableau 13

### Prévalence estimative du cancer selon le sexe, Canada, 2004

	Prévalence (nombre de cas) 15 ans			Prévalence en pourcentage de la population de 2004			Prévalence un sur		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
<b>Tous les cancers</b>	<b>853 400</b>	<b>396 900</b>	<b>456 500</b>	<b>2,7</b>	<b>2,5</b>	<b>2,8</b>	<b>37</b>	<b>40</b>	<b>35</b>
Sein (chez la femme)	–	–	166 000	–	–	1,0	–	–	97
Prostate	–	127 200	–	–	0,8	–	–	125	–
Côlon et rectum	109 500	54 800	54 700	0,3	0,3	0,3	292	289	295
Poumon	38 400	18 200	20 200	0,1	0,1	0,1	833	870	799
Tous les autres cancers	412 300	196 700	215 600	1,3	1,2	1,3	78	81	75

**Nota :** Les taux de survie sont basés sur les données de la Saskatchewan pour la période 1986 à 2001 de même que sur un suivi jusqu'en 2002. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

## Pourquoi s'intéresse-t-on à la survie au cancer?

À l'instar des taux d'incidence et de mortalité, les données sur la survie au cancer dans une population donnent un aperçu du fardeau que représente cette maladie. Elles ont ceci de particulier qu'elles rendent compte de la gravité de la maladie : un faible rapport de survie relative (RSR) à cinq ans, comme c'est le cas pour le cancer du poumon, indique que le patient a peu de chances de vivre cinq ans ou plus après avoir reçu son diagnostic. Ainsi, lorsqu'on les examine selon le siège ou le type de cancer et la région, les estimations de la survie peuvent servir à définir les priorités en vue d'améliorer le pronostic<sup>7</sup>. Lorsqu'on les étudie dans une perspective temporelle, conjointement avec les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité, ces estimations représentent un important indicateur des progrès accomplis dans la lutte contre le cancer<sup>8</sup>. Bien qu'une estimation de la survie dans une population soit un indicateur « moyen » utile<sup>9</sup>, elle ne rend pas nécessairement compte des chances de survie d'une personne au cours d'une période donnée (p. ex., cinq ans) après le diagnostic, et ce, parce qu'elle est basée sur les expériences d'un groupe de personnes présentant un mélange hétérogène de caractéristiques pathologiques. De même, les intervalles de confiance des estimations de survie rendent compte non pas de l'éventail des pronostics possibles chez chaque patient, mais plutôt de la variation statistique.

## Quels sont les déterminants de la survie?

Le pronostic d'un cas de cancer peut dépendre de facteurs liés à la personne atteinte (p. ex., âge, sexe, risque de décès dû à d'autres maladies, situation socio-économique et habitudes de vie), de facteurs liés à la tumeur (p. ex., stade de la maladie, sous-type histologique) et de facteurs d'ordre systémique liés à la lutte contre le cancer (p. ex., accessibilité et qualité des services de détection précoce, de diagnostic et de traitement). Le stade de la maladie au moment du diagnostic représente un très important indicateur pronostique, mais c'est une donnée qui n'est pas encore accessible à l'échelle de l'ensemble de la population, au Canada.

## Qu'entend-on par rapport de survie relative? (Pour plus de détails, voir le Glossaire)

Le rapport de survie relative (RSR) est le paramètre privilégié lorsqu'il s'agit d'évaluer les chances de survie des patients atteints du cancer dans une population. Le RSR désigne le rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes atteintes du cancer et la survie attendue chez les membres de la même population générale<sup>10</sup>. Ainsi, un rapport de survie relative à cinq ans de 80 % indique que les personnes atteintes de ce cancer avaient 80 % de chances d'être en vie au cours d'une période de cinq ans après le diagnostic, par rapport aux membres de la population générale de profil analogue. Une autre façon de voir les choses consisterait à dire que 20 % des personnes atteintes de ce cancer sont décédées dans les cinq années suivant le diagnostic, des suites directes ou indirectes de leur cancer ou en raison des facteurs de risque qui les prédisposaient à souffrir d'un cancer.

## Estimation des rapports de survie relative

Les estimations présentées ici ont été produites par Statistique Canada pour les besoins précis de la présente publication. Le tableau 14 et la figure 9 indiquent les rapports de survie relative à cinq ans au Canada pour la période de 2001 à 2003. Les données

englobent tous les cancers envahissants combinés et certains cancers, classés par ordre décroissant de survie pour les deux sexes combinés.

Les RSR à cinq ans, tous cancers confondus, étaient de 62 %. Autrement dit, les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2001 et 2003 avaient 62 % de chances de vivre encore cinq ans par rapport aux membres comparables de la population générale. L'estimation correspondante de la survie à cinq ans observée (c.-à-d., la proportion de cas vivant cinq ans après le diagnostic) s'élevait à 54 % (données non présentées). La survie relative était meilleure chez les femmes (63 %) que chez les hommes (61 %).

Les RSR à cinq ans étaient les plus élevés pour les cancers de la thyroïde (98 %) et du testicule (96 %). Le pronostic était très favorable dans le cas du cancer de la prostate chez les hommes (RSR de 95 %) et du mélanome chez les femmes (93 %) (tableau 14). Les RSR les plus faibles ont été relevés à l'égard du cancer du pancréas (6 %); venaient ensuite les cancers de l'œsophage (14 %), du poumon (hommes : 13 %; femmes : 18 %) et du foie (hommes : 17 %; femmes : 16 %). Pour la plupart des cancers examinés, la survie était similaire ou supérieure chez les femmes.

Les RSR provinciaux normalisés selon l'âge et les RSR nationaux par âge pour les cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum et du poumon (les cancers les plus souvent diagnostiqués) sont indiqués au tableau 15. On a noté peu de variation d'une province à l'autre en ce qui concerne le RSR normalisé selon l'âge associé au cancer du sein, mais dans le cas du cancer de la prostate, il oscillait entre 88 % en Saskatchewan et 98 % en Nouvelle-Écosse. Le RSR provincial normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer du côlon et du rectum a été enregistré en Colombie-Britannique et en Ontario (63 %), et le plus faible, à l'Île-du-Prince-Édouard (56 %) et en Nouvelle-Écosse (59 %). Le RSR provincial normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon a atteint un sommet au Manitoba (19 %), et il était le plus bas en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard (13 %). Lorsqu'on interprète les RSR associés à l'Île-du-Prince-Édouard, il ne faut pas perdre de vue que les estimations qui s'appliquent à cette province sont moins précises que celles qui concernent les autres provinces et ce, en raison du nombre de cas relativement faible accessibles aux fins de l'analyse.

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

Les RSR à cinq ans étaient assez favorables pour le cancer du sein et de la prostate dans tous les groupes d'âge examinés, quoique un peu plus faibles chez les personnes dont le cancer avait été diagnostiqué à un âge relativement jeune ou très avancé (tableau 16). C'est chez les personnes de 40 à 79 ans que le pronostic après un diagnostic de cancer du sein était le plus favorable (88 %); dans le cas du cancer de la prostate, ce sont les hommes âgés de 50 à 79 ans qui étaient le plus favorisés (96 %). On ne sait pas au juste si les taux de survie plus faibles observés chez les sujets ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate avant l'âge de 50 ans sont attribuables à des facteurs biologiques, sociaux ou comportementaux<sup>11</sup>. La survie relative au cancer du poumon était la meilleure dans le groupe le plus jeune, puis diminuait généralement

avec l'âge, passant de 39 % chez les sujets âgés de 20 à 39 ans au moment du diagnostic à 9 % chez ceux de 80 à 99 ans. Dans le cas du cancer colorectal, les taux de survie étaient relativement constants dans les différents groupes d'âge (64 %), sauf le groupe d'âge le plus avancé. La survie relative des cas diagnostiqués à un âge plus avancé est en général moins bonne. En effet, il arrive que les traitements administrés à ces patients soient moins fréquents en raison de la présence d'autres affections ou problèmes de santé (phénomène appelé « co-morbidité ») qui nuisent à la capacité de l'organisme de tolérer les traitements anticancéreux et d'y réagir. Autre possibilité, les traitements reçus sont moins agressifs (indépendamment de la co-morbidité)<sup>12,13</sup>.

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

**Tableau 14**

**Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 % pour les cancers les plus courants selon le sexe, Canada à l'exclusion du Québec\*, 2001 à 2003**

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers<sup>†</sup></b>	<b>62 (62-62)</b>	<b>61 (61-61)</b>	<b>63 (62-63)</b>
Thyroïde	98 (97-98)	93 (91-95)	99 (98-99)
Testicule	96 (95-97)	96 (95-97)	–
Prostate	95 (94-95)	95 (94-95)	–
Mélanome	90 (89-91)	87 (86-88)	93 (92-94)
Sein	87 (87-88)	85 (79-91)	87 (87-88)
Corps de l'utérus	86 (85-87)	–	86 (85-87)
Maladie de Hodgkin	86 (84-87)	85 (83-88)	86 (83-88)
Vessie (y compris <i>in situ</i> )**	78 (77-80)	79 (77-80)	76 (74-79)
Col de l'utérus	74 (73-76)	–	74 (73-76)
Rein	66 (65-67)	65 (63-67)	67 (65-69)
Larynx	64 (62-67)	64 (62-67)	64 (59-69)
Cavité buccale	63 (62-64)	60 (59-62)	68 (66-70)
Côlon et rectum	62 (62-63)	62 (61-63)	63 (62-63)
Lymphomes non hodgkiniens	60 (59-61)	58 (57-60)	63 (61-64)
Leucémie	50 (48-51)	50 (48-51)	50 (48-52)
Ovaire	40 (39-42)	–	40 (39-42)
Myélome multiple	34 (32-36)	35 (33-38)	33 (30-35)
Estomac	23 (22-24)	22 (20-23)	26 (24-28)
Encéphale	23 (21-24)	22 (21-24)	23 (21-25)
Foie	17 (15-19)	17 (15-19)	16 (13-19)
Poumon	15 (15-16)	13 (13-14)	18 (18-19)
Oesophage	14 (13-16)	14 (13-16)	14 (11-16)
Pancréas	6 (6-7)	6 (6-7)	6 (5-7)

– Sans objet

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

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

† Les cancers ont été classés par ordre décroissant du taux de survie relative.

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

**Source :** Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Tableau 15

**Rapport estimatif de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 % pour les deux sexes combinés et selon la province\* pour certains cancers, 2001 à 2003**

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)			
	Prostate	Sein	Côlon et rectum	Poumon
<b>Canada</b>	<b>94 (94-95)</b>	<b>87 (87-88)</b>	<b>62 (62-63)</b>	<b>15 (15-16)</b>
Î.-P.-É.**	91 (85-96)	85 (80-90)	56 (49-64)	13 (10-18)
N.-É.	98 (95-100)	85 (83-87)	59 (56-62)	15 (14-17)
N.-B.	95 (92-97)	87 (85-89)	60 (57-63)	15 (13-17)
Ont.	95 (94-95)	87 (87-88)	63 (62-64)	16 (16-17)
Man.	92 (90-94)	88 (86-90)	62 (59-64)	19 (17-21)
Sask.	88 (86-90)	88 (86-90)	61 (58-64)	15 (13-17)
Alb.	91 (90-92)	87 (86-89)	60 (58-62)	13 (12-14)
C.-B.	95 (94-96)	87 (87-88)	63 (62-65)	14 (13-15)

\* Les rapports de survie à Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas indiqués parce qu'ils sont artificiellement élevés. Ce phénomène tient sans doute au fait que les cancers ont été sous-déclarés puisque le registre du cancer ne recevait pas d'information tirée des certificats de décès du bureau provincial de la statistique de l'état civil. De manière générale, la survie de ces cas « non signalés » est moins favorable<sup>14</sup>. Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres registres et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

\*\* 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 cette province 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. Les estimations de survie à l'échelle nationale comprennent les données des territoires, mais les rapports de survie relative dans les territoires normalisés selon l'âge ne sont pas présentés, le nombre de cas étant trop faible pour permettre la production d'estimations fiables normalisées selon l'âge.

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

**Source :** Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Tableau 16

**Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le groupe d'âge pour certains cancers, Canada à l'exclusion du Québec, 2001 à 2003**

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)					
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-99
Prostate	–	92 (89-94)	96 (95-97)	97 (97-98)	95 (94-96)	83 (81-86)
Sein	81 (80-83)	88 (87-89)	89 (88-89)	89 (88-90)	88 (87-89)	80 (78-83)
Côlon et rectum	64 (61-68)	65 (63-67)	65 (64-67)	64 (63-65)	63 (62-64)	57 (55-58)
Poumon	39 (33-44)	22 (20-24)	19 (18-20)	16 (16-17)	14 (13-14)	9 (8-10)

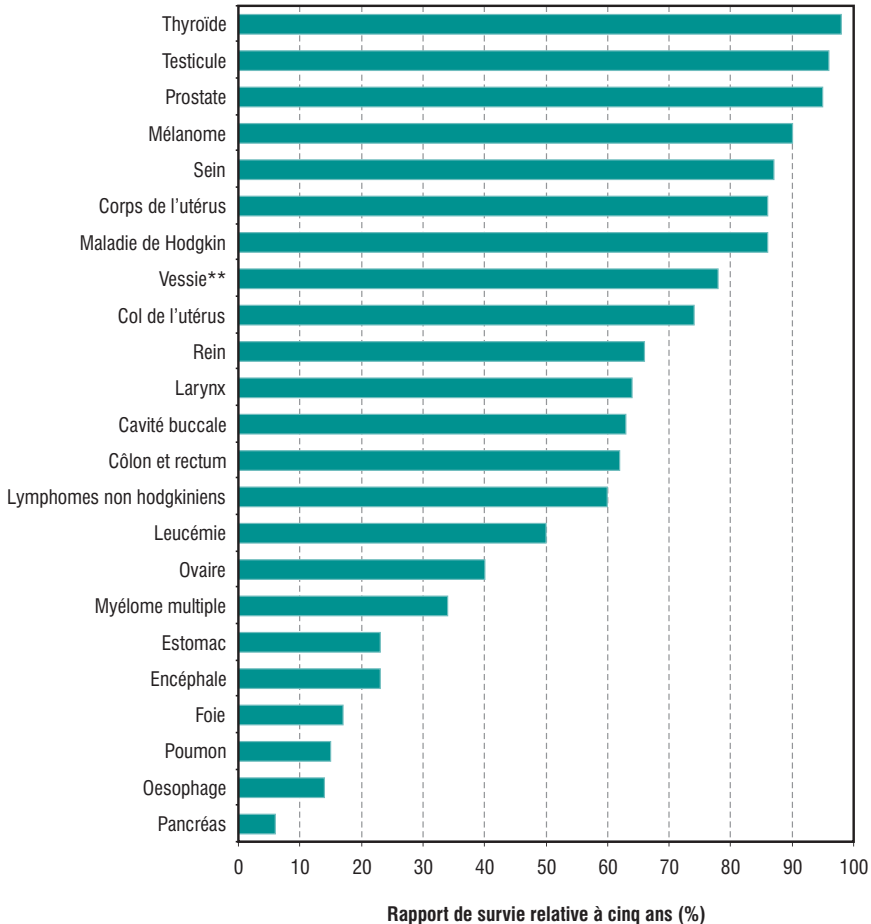
– Estimations non disponibles en raison du très petit nombre de cas.

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

**Source :** Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

**Figure 9**

**Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (%) pour les cancers les plus courants, les deux sexes combinés, Canada à l'exclusion du Québec\*, 2001 à 2003**



\* Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres registres et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

Au Canada, près de 850 enfants (âgés de 0 à 14 ans, selon notre définition\*) reçoivent chaque année un diagnostic de cancer et environ 135 meurent de cette maladie (tableau 17). Chez les enfants âgés de plus d'un mois, le cancer figure en tête de liste des causes de décès liées à une maladie, n'étant devancé que par les blessures évitables parmi l'ensemble des causes de décès<sup>15</sup>. De nombreux enfants atteints de cancer ont maintenant la possibilité d'en guérir, mais une forte proportion de survivants subissent toute leur vie des séquelles de la maladie proprement dite ou de son traitement<sup>16</sup>. Parmi ces effets figurent l'atteinte des fonctions cardiaque, pulmonaire, endocrinienne ou rénale, les déficits neurocognitifs et l'apparition d'un second cancer.

Bien que les cancers pédiatriques représentent un peu plus de la moitié de un pour cent de tous les cancers diagnostiqués au Canada, il s'agit d'un problème de santé publique de taille. En effet, parce qu'il est associé à la perte de jeunes vies, le cancer pédiatrique a des répercussions disproportionnées sur les systèmes de santé et de services sociaux ainsi que sur l'économie. De plus, il entraîne tant chez l'enfant que chez sa famille un traumatisme émotionnel et des conséquences à vie. Dans bien des cas, les familles touchées doivent prendre soin d'autres jeunes enfants à la maison tout en essayant de naviguer dans les systèmes de santé et de services sociaux. Souvent, les parents se voient contraints de réduire leur horaire de travail ou de cesser carrément de travailler, ce qui crée un stress financier. De plus, les effets du cancer pédiatrique continuent souvent de se faire sentir après la fin du traitement, en ce sens que les survivants comme leur famille ont besoin d'un soutien émotionnel, physique et financier continu ainsi que de soins de santé<sup>17</sup>.

Chez l'enfant, le siège initial des cancers et leur comportement ne sont pas les mêmes que chez l'adulte<sup>18,19</sup>. La majorité des cancers qui touchent les adultes sont des carcinomes qui se développent dans les glandes ou le tissu de revêtement d'un organe tel que le sein, le poumon, la prostate ou le côlon. Les carcinomes s'observent très rarement dans la population pédiatrique. Chez l'enfant, la tumeur peut connaître une brève période de latence; dans bien des cas, elle grossit rapidement; elle est agressive, infiltrante et souvent métastatique. Si on les compare aux cancers observés chez l'adulte, les cancers pédiatriques comprennent une plus forte proportion de tumeurs hématopoïétiques (hématologiques et lymphatiques), surtout des cas de leucémie. Un système de classification distinct des catégories diagnostiques a été mis au point afin de rendre compte des différences entre les cancers chez l'enfant et chez l'adulte<sup>20</sup>. La *Classification Internationale des Cancers* de l'enfant comprend 12 grandes catégories de diagnostics, ainsi que des sous-catégories qui permettent d'affiner davantage les données.

Le tableau 17 présente le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer ainsi que les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge observés chez les enfants entre 2000 à 2004. Au cours de cette période, en moyenne, 850 enfants âgés de 0 à 14 ans ont reçu chaque année un diagnostic de cancer, et 135 ont succombé à cette maladie. La leucémie était à l'origine de 33 % des nouveaux cas de cancer et de 27 % des décès imputables à cette maladie chez les enfants; elle demeure la forme la plus répandue des cancers pédiatriques. Les cancers du système nerveux central, associés à 20 % des nouveaux cas et à 30 % des décès, occupaient la deuxième place, suivis des lymphomes, qui représentaient 12 % des nouveaux cas et 5 % des décès.

\* Remarque : Bien que les données présentées dans cette section soient fondées sur des enfants de 0 à 14 ans, la plupart des centres d'oncologie pédiatrique traitent des enfants de 0 à 17 ans.

Le taux global d'incidence du cancer chez les enfants est demeuré relativement stable depuis 1985, oscillant entre 144 et 159 pour 1 000 000 d'enfants (figure 10, tous les cancers). Nous avons estimé les tendances temporelles et vérifié la variation des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge à l'aide d'une analyse de régression fondée sur les points de retournement (pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*). La variation estimative annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence entre 1985 et 2004 ne s'écartait pas de zéro de manière statistiquement significative pour tous les cancers combinés ni pour l'un ou l'autre des cancers mentionnés dans la figure 10. Au cours de la même période, toutefois, on a observé une baisse marquée des taux de mortalité attribuable au cancer pédiatrique. Les tendances linéaires ont fait ressortir une diminution statistiquement significative des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers et pour chacun des cancers examinés ( $p < 0,05$ ).

Les taux d'incidence sont le plus élevés chez les jeunes enfants âgés de 0 à 4 ans (tableau 18). Ils sont plus faibles et comparables chez les enfants de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans. Les taux de lymphomes augmentent avec l'âge, alors que les taux de neuroblastome atteignent un pic avant l'âge d'un an, la maladie devenant très rare après l'âge de cinq ans. De manière générale, les cancers pédiatriques sont plus répandus chez les garçons que chez les filles. Pour chaque nouveau cas de cancer diagnostiqué dans la population féminine, on observe 1,2 cas dans la population masculine (tableau 19). Les écarts les plus importants entre les sexes concernent les lymphomes (le ratio garçons-filles pour ce qui est des nouveaux cas étant de 2,1:1) et les tumeurs hépatiques (ratio de 1,4:1).

### Lutte contre le cancer chez les enfants

La lutte contre le cancer vise non seulement à prévenir et à guérir la maladie, mais aussi à accroître tant la survie que la qualité de vie après le diagnostic. Elle est renforcée par les connaissances acquises au moyen de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation des résultats, lesquelles peuvent être mises à profit à l'étape de l'élaboration de futures stratégies et interventions plus efficaces<sup>21</sup>. De plus, toutes les activités qui s'inscrivent dans le continuum des soins contre le cancer – de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, en passant par la détection précoce, le diagnostic, le traitement et la survie après les traitements – font partie de la lutte contre le cancer.

### Prévention et dépistage

On en sait peu sur les causes des cancers pédiatriques, ce qui limite les possibilités de prévention primaire. Si les possibles facteurs de risque ont été explorés dans de nombreuses études, rares sont ceux dont le lien direct avec le cancer pédiatrique a été établi<sup>22</sup>. Certaines anomalies génétiques et maladies héréditaires (comme le syndrome de Down) sont associées à un risque accru de cancer pendant l'enfance. Des agents chimiothérapeutiques, la radiothérapie, ou l'exposition maternelle (intra-utérine) au diéthylstilbestrol (DES) ou à des rayonnements ionisants sont quelques-uns des facteurs de risque dont le lien avec le cancer a été bien établi. Ces facteurs de risque n'expliquent toutefois qu'un faible pourcentage de l'ensemble des cas.

Le dépistage des tumeurs chez l'enfant s'est aussi avéré inefficace, surtout en raison de la brièveté des périodes de latence, du caractère généralement agressif et de l'évolution rapide de ces cancers. Aucune méthode n'a été mise au point jusqu'ici pour le dépistage des cancers pédiatriques, exception faite du neuroblastome. Des études

ont cependant conclu à l'inefficacité du dépistage du neuroblastome, cette mesure n'ayant amené aucun recul de la mortalité<sup>23,24</sup>. De plus, comme dans bien des cas le neuroblastome chez les enfants régresse spontanément, le dépistage a eu pour effet d'accroître l'incidence de la maladie et d'entraîner des traitements inutiles.

### Diagnostic et traitement

Actuellement, la meilleure façon de lutter contre le cancer chez les enfants consiste à offrir un diagnostic exact et un traitement efficace. Les enfants canadiens atteints d'un cancer peuvent recevoir un diagnostic précis et un traitement dans l'un des 17 centres spécialisés d'oncologie pédiatrique (tableau 23). En règle générale, le diagnostic est posé et le traitement est amorcé rapidement au Canada. Au cours de la période de 1995 à 2000, le délai médian entre la première prise de contact avec un professionnel de la santé et la mise en route du traitement était de 17 jours (figure 11). Ce délai était plus court dans le cas des enfants de moins d'un an (délai médian de 9 jours), et le plus long dans le cas des enfants de 10 et de 14 ans (délai médian de 26 jours). Cette tendance est en accord avec la biologie des tumeurs qui prédominent dans chaque groupe d'âge. L'intervalle entre l'apparition des symptômes et le diagnostic dépend de divers facteurs, surtout de la biologie de la tumeur, de son siège primitif et de l'âge du patient<sup>25</sup>.

La métastase, processus de dissémination d'un cancer d'une région de l'organisme à une autre par voie sanguine ou lymphatique, constitue souvent un marqueur important de la gravité de la maladie. Le tableau 20 indique la proportion de patients présentant une maladie métastatique au moment du diagnostic, ce qui exclut les cas non pertinents (soit les cancers d'origine systémique, comme la leucémie et les lymphomes). Environ le quart de tous les cas de cancer présentaient des métastases au moment du diagnostic. Ce sont les tumeurs du système nerveux sympathique, les tumeurs hépatiques et les tumeurs rénales qui avaient le plus souvent produit des métastases avant le diagnostic (56, 35 et 31 %, respectivement). La plus faible proportion de métastases a été observée à l'égard du rétinoblastome (5 %), suivi des cancers du système nerveux central (13 %). Ces constats sont en accord avec les connaissances que l'on possède sur le comportement biologique de ces maladies.

Les essais cliniques menés via les groupes coopératifs ont énormément contribué à faire avancer les traitements offerts aux enfants atteints de cancer. Les essais cliniques randomisés visent essentiellement à comparer l'efficacité de divers traitements, l'objectif ultime étant d'accroître la survie tout en réduisant au minimum les effets secondaires. Les essais cliniques portent généralement sur le meilleur traitement standard en usage (à la lumière des résultats d'essais cliniques antérieurs) et sur un traitement expérimental, soit une version modifiée ou enrichie du traitement standard. Dans bien des cas, le traitement standard qui fait l'objet d'un essai clinique randomisé est utilisé auprès d'enfants n'ayant pas accès à un essai clinique, ne répondant pas aux critères d'admissibilité, ou ne participant pas à la recherche en raison du refus des parents. Au Canada, on estime à 80 % la proportion d'enfants atteints de cancer qui participent à un essai clinique ou qui suivent un traitement standard élaboré à partir d'une méthodologie issue d'un essai clinique (figure 12). Les pourcentages varient énormément selon le type de cancer, allant de 95 % chez les enfants atteints de leucémie qui sont traités dans le cadre d'un essai clinique randomisé ou selon un protocole de traitement normalisé à 50 % chez les enfants atteints d'une tumeur du système nerveux central (certains d'entre eux étant traités par chirurgie uniquement; ces sujets ne sont ni inscrits dans un essai clinique ni traités selon un protocole normalisé).

## Séquelles

Grâce aux progrès réalisés dans le traitement du cancer pédiatrique, plus de 82 % des enfants atteints de cancer survivent au moins cinq ans après le diagnostic<sup>26</sup>. D'où une augmentation du nombre de survivants d'un cancer survenu durant l'enfance et la nécessité de surveiller les séquelles du traitement dans cette population. D'après des données publiées aux États-Unis, la proportion de survivants d'un cancer pédiatrique dans les pays industrialisés est de 1 personne sur 1 000<sup>27</sup>. Grosso modo, les séquelles désignent les problèmes qui apparaissent après la fin d'un traitement.

S'il est important d'étudier les séquelles du traitement chez les survivants d'un cancer pédiatrique, c'est essentiellement par souci pour leur futur bien-être. On sait que ces survivants présentent un risque accru de troubles physiques, neurocognitifs et psychologiques, qui découlent autant de leur maladie que des traitements qu'ils ont reçus. En effet, la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie peuvent toutes entraîner des séquelles organiques ou systémiques. En règle générale, les effets indésirables de l'irradiation ne surviennent pas avant plusieurs années. Les problèmes liés à la chimiothérapie, qui surviennent peu après le traitement, sont souvent temporaires, mais certains peuvent engendrer des complications durables<sup>28</sup>. Étant donné les faibles taux de survie associés aux cancers pédiatriques au cours des décennies antérieures, on possède peu d'éléments d'information sur les effets à long terme des traitements sur les personnes ayant été atteintes d'un cancer durant l'enfance et qui survivent au-delà du milieu de la vie. À mesure que les traitements évoluent, il faudra entreprendre de nouvelles recherches afin de surveiller les répercussions à long terme de la maladie et de son traitement.

La prise en charge du cancer chez l'enfant est souvent complexe étant donné la variabilité de ses séquelles et le manque de connaissances en la matière. L'apparition de séquelles dépend de nombreux facteurs : âge, exposition à la chimiothérapie et aux rayonnements pendant le traitement (dose et région du corps soumise au traitement), prédisposition biologique et gravité de la maladie initiale. Certaines séquelles peuvent être détectées assez tôt et peuvent être corrigées sans entraîner de conséquences indésirables. D'autres ne se manifestent que des années plus tard et peuvent influencer sur l'évolution d'autres maladies liées au vieillissement.

Selon les estimations, les traitements anticancéreux entraînent chez les deux tiers des survivants au moins un effet chronique ou une séquelle, et une complication importante, grave ou potentiellement mortelle chez le tiers d'entre eux. Les complications endocriniennes et métaboliques sont les séquelles les plus fréquentes chez les survivants d'un cancer durant l'enfance, suivies des troubles sensoriels, des déficits neurocognitifs, de la dysfonction cardiopulmonaire, des troubles gastro-intestinaux et des néoplasmes malins secondaires<sup>29</sup>. On a également observé chez les survivants un risque accru de décès précoce jusqu'à 25 ans après le diagnostic, surtout en raison d'une récurrence du cancer primaire au cours des premières années suivant la fin du traitement<sup>30</sup>.

## Survie

Le tableau 21 présente des estimations de la proportion de survie observée (PSO) chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) dont le cancer a été diagnostiqué entre 1999 et 2003. Ces calculs ont été faits à partir d'une analyse par période et ne comprennent pas les données du Québec (voir l'*Annexe II : Méthodologie*). La PSO à cinq ans pour tous les cancers pédiatriques combinés a été estimée à 82 %. Les proportions de survie

correspondantes à un an et à trois ans étaient de 92 % et de 85 %, respectivement. À l'intérieur de groupes de diagnostics précis, les PSO les plus élevées à cinq ans concernaient le rétinoblastome (99 %), les tumeurs rénales (92 %), les lymphomes (89 %) et les tumeurs germinales (89 %), les plus faibles étant liées aux neuroblastomes (70 %) et aux tumeurs osseuses malignes (72 %).

Le taux de survie était nettement plus faible chez les personnes ayant reçu un diagnostic de leucémie myéloïde aiguë (PSO à cinq ans de 67 %) que chez celles ayant reçu un diagnostic de leucémie lymphoïde aiguë (PSO à cinq ans de 90 %). Le pronostic était plus favorable à l'égard des cas diagnostiqués de maladie de Hodgkin (PSO à cinq ans de 93 %) qu'à l'égard des cas diagnostiqués de lymphome non hodgkinien (PSO à cinq ans de 84 %). De même, le pronostic à cinq ans associé à certains types de cancer du système nerveux central comme l'astrocytome (87 %) était plus favorable que celui associé aux tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intramédullaires (60 %). Les carcinomes thyroïdiens (PSO à cinq ans de 98 %) et les mélanomes malins (PSO à cinq ans de 92 %), les deux sous-groupes les plus répandus parmi les autres tumeurs épithéliales malignes et mélanomes malins, étaient associés à un taux de survie plus élevé que l'ensemble du groupe de diagnostics (86 %). De même, les tumeurs germinales gonadiques malignes (PSO à cinq ans de 95 %) étaient associées à un taux de survie plus élevé que l'ensemble du groupe de diagnostics (89 %).

Il est difficile de quantifier les progrès enregistrés dans la survie au cancer chez les enfants au Canada au cours de la dernière décennie, voire plus loin en arrière, faute de données publiées antérieurement. Ces données existent cependant dans le cas des personnes âgées de 0 à 19 ans au moment du diagnostic. Il ressort d'une étude réalisée en 2007<sup>26</sup> que les estimations les plus récentes (1999 à 2003) de la PSO globale à cinq ans chez les enfants et les adolescents au Canada (82 %) dépassaient de 11 % celles publiées antérieurement (71 %) et fondées sur les cas diagnostiqués entre 1985 et 1988<sup>31</sup>. Parmi les groupes de diagnostics, les plus importantes augmentations de la survie ont été relevées pour les tumeurs hépatiques (20 %), les leucémies (15 %) et les néoplasmes du système nerveux central (14 %). De plus, la survie s'est nettement améliorée à l'égard de la plupart des sous-groupes étudiés. Des améliorations de l'ordre de 12 à 14 % de la PSO à cinq ans ont été observées à l'égard des leucémies lymphoïdes aiguës, des lymphomes non hodgkiniens et des astrocytomes.

Les tumeurs du système nerveux central sont la principale cause de décès imputable aux cancers pédiatriques (tableau 17). Ces tumeurs ont toujours été très difficiles à traiter parce qu'elles ont pour siège les structures vitales. La chimiothérapie a donné des résultats décevants dans la plupart des tumeurs du système nerveux central, alors que l'on évite de recourir à la radiothérapie chez les jeunes enfants en raison de l'importance des risques de troubles intellectuels liés à l'irradiation du cerveau en développement. Parmi les autres groupes de tumeurs auxquels sont associés des taux de survie décevants figurent les tumeurs métastatiques solides telles que le sarcome d'Ewing, le rhabdomyosarcome, l'ostéosarcome et le neuroblastome.

### Soins palliatifs

Si la majorité des enfants atteints d'un cancer y survivent longtemps, une importante proportion d'entre eux continuent d'en mourir. Selon une étude réalisée au Canada sur les cas orientés vers huit programmes spécialisés de soins palliatifs pédiatriques en 2002, les maladies référées sont variables, le cancer représentant 22 % de l'ensemble de ces cas<sup>32</sup>. Si les soins dispensés en fin de vie sont une composante importante d'un

plan global de lutte contre le cancer, les connaissances concernant les soins palliatifs en oncologie pédiatrique et la surveillance dont ils devraient faire l'objet laissent encore à désirer<sup>33</sup>.

### **Avancement et application de la recherche sur les cancers chez l'enfant**

La recherche a permis la réalisation de progrès importants dans la lutte contre le cancer pédiatrique, surtout une baisse des taux de mortalité. Cette réussite est aussi en grande partie attribuable à une meilleure compréhension de la biologie des cancers chez les enfants et de la capacité générale des enfants à tolérer des traitements plus intensifs que les adultes. La coordination d'essais cliniques réalisés en collaboration partout en Amérique du Nord depuis les années 50 est un autre facteur ayant contribué à l'avancement de la lutte contre les cancers pédiatriques (voir le tableau 22). Les premiers travaux de recherche, appuyés d'abord par le National Cancer Institute des États-Unis, ont permis à plusieurs hôpitaux de prendre part à des essais cliniques visant de nouveaux médicaments mis au point pour le traitement de la leucémie aiguë. Les résultats concluants de ces premières recherches ont mis en évidence l'intérêt que présente une approche concertée multicentrique, puisque la constitution de groupes de recherche concertés a permis de recueillir un nombre suffisant de cas pour la tenue d'essais cliniques et l'obtention de résultats rapides.

Les progrès thérapeutiques réalisés grâce aux essais cliniques menés par des groupes de recherche concertés ont abouti à la mise au point de produits chimiothérapeutiques permettant d'éliminer les cellules leucémiques du sang et de la moelle osseuse. Le succès obtenu par cette première approche concertée dans le secteur de la recherche sur la leucémie est à l'origine de la constitution et du soutien d'équipes multidisciplinaires vouées au traitement de tumeurs solides chez les enfants. D'autres pas en avant ont été franchis lorsqu'on a déterminé que l'association de divers traitements, comme la radiothérapie, la chirurgie et la chimiothérapie, pouvait donner des résultats concluants. Après cinquante années d'efforts menés par des groupes de recherche concertés, le traitement du cancer pédiatrique à l'aide de protocoles découlant d'essais cliniques fondés sur une démarche multidisciplinaire et concertée est devenu la norme<sup>34</sup>.

La recherche continue dans la population pédiatrique a permis de mieux comprendre la biologie fondamentale du cancer, surtout le rôle de la génétique et des gènes supprimeurs de tumeurs. Les études sur les enfants ont fait progresser les traitements (comme la chimiothérapie); elles ont fait évoluer le concept de la prise en charge des patients par des équipes multidisciplinaires et elles ont mis en évidence les avantages considérables de la recherche clinique concertée et multicentrique.

Actuellement, la majorité des essais cliniques en pédiatrie en Amérique du Nord sont réalisés par l'entremise du Children's Oncology Group (COG), le plus important groupe multicentrique de recherche sur le cancer pédiatrique à l'échelle mondiale. Les dix-sept centres canadiens d'oncologie pédiatrique participent au COG. Ainsi, chaque centre d'oncologie pédiatrique a accès aux essais cliniques et aux études sur la biologie et les séquelles du cancer, ce qui lui permet de faire participer des patients à des recherches et de recueillir de l'information sur les enfants participants. Des efforts en vue d'obtenir des données nationales ont été poursuivis dans le cadre du Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, qui vise à surveiller les tendances relatives au diagnostic, au traitement et aux résultats<sup>35</sup>.

Il y a plusieurs années, les directeurs des dix-sept centres canadiens d'oncologie pédiatriques ont créé le Council of Canadian Pediatric Hematology/Oncology Directors, ou C<sup>17</sup> Council, avec le support de la Fondation canadienne Candlelighters pour enfants atteints du cancer. Le C<sup>17</sup> Council a pour objectif de promouvoir l'excellence dans les secteurs des soins cliniques, de l'éducation et de la recherche axés sur les enfants et les adolescents atteints de cancer et de troubles hématologiques graves. Il vise aussi à faire valoir les intérêts de ces enfants et de leur famille à l'échelle nationale. Le C<sup>17</sup> Research Network, qui s'occupe de la recherche, a été mis sur pied en 2004. Il a facilité le financement de deux à quatre études pancanadiennes par an, en vue de promouvoir les projets de recherche multidisciplinaires et multicentriques en hématologie et en oncologie pédiatriques ainsi qu'en transplantation de cellules souches hématopoïétiques.

*Malgré sa rareté, le cancer chez l'enfant représente un important problème de santé publique.*

**Tableau 17**
**Nouveaux cas et décès et taux annuels moyens d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe de diagnostics, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada, 2000-2004\***

Groupe de diagnostics et Sous-groupe	Nouveaux cas	TINA (pour 1 000 000) par an	Décès	TINA (pour 1 000 000) par an
<b>I. Leucémie</b>	<b>1 380</b>	<b>49,3</b>	<b>184</b>	<b>6,4</b>
a. Lymphoïde	1 091	39,0	71	2,4
b. Aiguë myéloïde	176	6,3	51	1,8
<b>III. Système nerveux central</b>	<b>828</b>	<b>28,9</b>	<b>201</b>	<b>6,9</b>
a. Épendymome	88	3,2	19	0,7
b. Astrocytome	365	12,5	41	1,4
c. Embryonnaire intracrânien et intramédullaire	207	7,3	57	2,0
<b>II. Lymphome</b>	<b>506</b>	<b>16,9</b>	<b>32</b>	<b>1,1</b>
a. Maladie de Hodgkin	172	5,5	4	0,1
b. Lymphomes non hodgkiniens	155	5,2	10	0,3
c. Lymphome de Burkitt	93	3,1	8	0,3
<b>IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du SNP</b>	<b>295</b>	<b>11,4</b>	<b>82</b>	<b>2,9</b>
a. Neuroblastome	292	11,3	82	2,9
<b>IX. Tissus mous</b>	<b>262</b>	<b>9,0</b>	<b>45</b>	<b>1,5</b>
a. Rhabdomyosarcome	135	4,7	28	1,0
<b>VI. Tumeurs rénales</b>	<b>230</b>	<b>8,5</b>	<b>34</b>	<b>1,2</b>
a. Néphroblastome	214	7,9	27	0,9
<b>XI. Autres tumeurs épithéliales malignes</b>	<b>184</b>	<b>6,1</b>	<b>9</b>	<b>0,3</b>
b. Thyroïde	63	2,0	0	0,0
d. Mélanome malin	45	1,5	1	0,0
<b>VIII. Tumeurs osseuses malignes</b>	<b>183</b>	<b>6,0</b>	<b>47</b>	<b>1,5</b>
a. Ostéosarcome	88	2,8	16	0,5
c. Sarcome d'Ewing	79	2,6	28	0,9
<b>X. Tumeurs germinales et autres tumeurs gonadiques</b>	<b>137</b>	<b>4,7</b>	<b>10</b>	<b>0,3</b>
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	53	1,8	2	0,1
<b>V. Rétinoblastome</b>	<b>100</b>	<b>3,9</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>
<b>VII. Tumeurs hépatiques</b>	<b>68</b>	<b>2,6</b>	<b>12</b>	<b>0,4</b>
<b>XII. Autres cancers et cancers non précisés</b>	<b>57</b>	<b>2,1</b>	<b>9</b>	<b>0,3</b>
<b>Total** (5 ans)</b>	<b>4 242</b>	<b>149,8</b>	<b>676</b>	<b>23,3</b>
<b>Moyenne par année</b>	<b>848</b>		<b>135</b>	

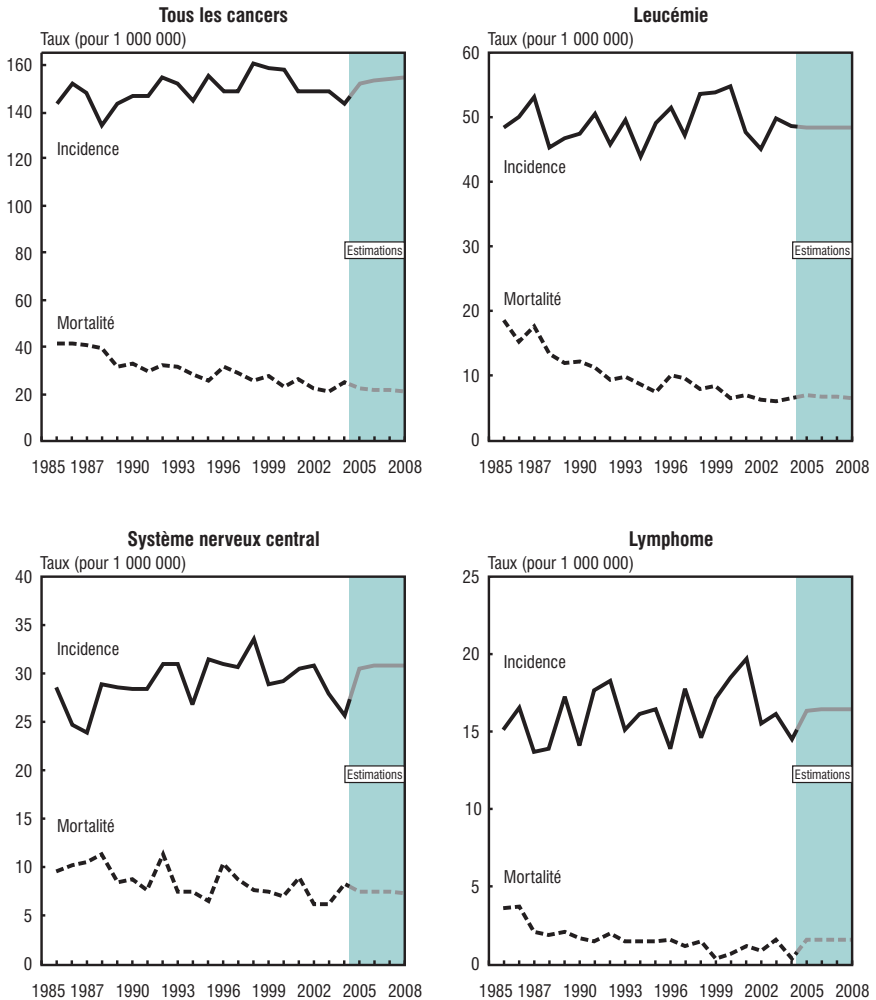
\* Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année. Les groupes de diagnostics sont énumérés selon la fréquence des cas. Les cas ont été classés et répartis d'après la troisième édition de la *Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>20</sup>. Les tumeurs intracrâniennes et intramédullaires non malignes ont été exclues. La liste n'englobe que certains sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe de diagnostics. L'abréviation SNP renvoie aux tumeurs du système nerveux périphérique.

\*\* Le total comprend 12 nouveaux cas de tumeurs malignes et 9 décès qui n'ont pu être classés.

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

Figure 10

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge associés à certains cancers chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 14 ans, Canada, 1985-2008



**Nota :** Les cas et les décès ont été classés selon les catégories proposées dans le Glossaire. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les cancers. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2005 sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta où l'incidence est estimée pour 2005. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

**Tableau 18**
**Taux d'incidence annuels moyens par âge et par groupe de diagnostics, Canada, 2000-2004\***

Groupe de diagnostics et Sous-groupe	Cas pour 1 000 000 par an			
	< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
<b>Tous les groupes de diagnostics**</b>	<b>226,3</b>	<b>213,9</b>	<b>115,0</b>	<b>116,5</b>
<b>I. Leucémies, syndromes myéoprolifératifs et syndromes myéodysplasiques</b>	<b>48,6</b>	<b>90,6</b>	<b>39,6</b>	<b>25,7</b>
a. Leucémies lymphoïdes	17,4	78,5	32,7	17,7
b. Leucémies myéloïdes aiguës	16,2	7,3	4,6	5,0
<b>II. Lymphomes et tumeurs réticulo-endothéliales</b>	<b>7,8</b>	<b>11,1</b>	<b>14,8</b>	<b>25,6</b>
a. Maladie de Hodgkin	–	–	3,0	13,2
b. Lymphomes non hodgkiniens (sauf le lymphome de Burkitt)	3,0	4,8	4,6	6,7
c. Lymphome de Burkitt	–	2,0	4,3	3,4
<b>III. SNC et diverses tumeurs intracrâniennes et intramédullaires</b>	<b>22,2</b>	<b>38,5</b>	<b>29,4</b>	<b>21,7</b>
a. Épendymome	6,6	5,7	1,5	2,1
b. Astrocytome	6,6	13,8	13,7	11,5
c. Tumeur embryonnaire intracrânienne et intramédullaire	7,2	11,2	8,2	3,3
<b>IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du SNP</b>	<b>58,8</b>	<b>21,9</b>	<b>3,2</b>	<b>1,0</b>
a. Neuroblastome	58,8	21,8	3,1	1,0
<b>V. Rétinoblastomes</b>	<b>16,8</b>	<b>9,4</b>	<b>0,5</b>	<b>–</b>
<b>VI. Tumeurs rénales</b>	<b>16,2</b>	<b>17,8</b>	<b>6,5</b>	<b>1,3</b>
a. Néphroblastome et autres tumeurs rénales non épithéliales	15,6	17,2	6,1	0,7
<b>VII. Tumeurs hépatiques</b>	<b>12,0</b>	<b>5,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>
<b>VIII. Tumeurs osseuses malignes</b>	<b>–</b>	<b>2,3</b>	<b>4,6</b>	<b>11,4</b>
a. Ostéosarcomes	–	0,9	2,0	5,9
c. Sarcome d'Ewing et ostéosarcomes connexes	–	1,0	2,2	4,8
<b>IX. Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extra-osseux</b>	<b>12,0</b>	<b>8,4</b>	<b>7,5</b>	<b>10,4</b>
a. Rhabdomyosarcome	4,2	6,5	4,8	3,2
<b>X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques</b>	<b>13,2</b>	<b>3,3</b>	<b>2,6</b>	<b>6,3</b>
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	–	1,0	1,5	2,6
<b>XI. Autres tumeurs épithéliales malignes et mélanomes malins</b>	<b>10,2</b>	<b>1,8</b>	<b>4,1</b>	<b>10,8</b>
b. Carcinomes thyroïdiens	–	–	2,0	4,0
d. Mélanomes malins	–	–	1,1	2,6
<b>XII. Autres tumeurs malignes ou non précisées</b>	<b>6,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>

– Les taux fondés sur moins de cinq cas ont été éliminés.

\* Les cas ont été classés et répartis d'après la troisième édition de *la Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>20</sup>. Les tumeurs intracrâniennes et intramédullaires non malignes ont été exclues. La liste n'englobe que certains sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe de diagnostics. L'abréviation SNC renvoie au système nerveux central.

\*\* Le total (tous les groupes de diagnostics) comprend 12 nouveaux cas de tumeurs malignes qui n'ont pu être classés.

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

**Tableau 19**

**Taux d'incidence annuels moyens selon le sexe et le groupe de diagnostics, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada, 2000-2004\***

Groupe de diagnostics et Sous-groupe	Cas pour 1 000 000 par an		Ratio hommes: femmes (nouveaux cas) <sup>†</sup>
	Hommes	Femmes	
<b>Tous les groupes de diagnostics**</b>	<b>156.3</b>	<b>134.8</b>	<b>1.2</b>
<b>I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et syndromes myélodysplasiques</b>	<b>51.7</b>	<b>43.0</b>	<b>1.3</b>
a. Leucémies lymphoïdes	42.6	32.2	1.4
b. Leucémies myéloïdes aiguës	5.2	6.9	0.8
<b>II. Lymphomes et tumeurs réticulo-endothéliales</b>	<b>23.0</b>	<b>11.5</b>	<b>2.1</b>
a. Maladie de Hodgkin	6.3	5.5	1.2
b. Lymphomes non hodgkiniens (sauf le lymphome de Burkitt)	7.6	3.0	2.7
c. Lymphome de Burkitt	5.2	1.1	4.8
<b>III. SNC et diverses tumeurs intracrâniennes et intramédullaires</b>	<b>30.4</b>	<b>26.4</b>	<b>1.2</b>
a. Épendymome	3.4	2.6	1.4
b. Astrocytome	12.0	13.1	1.0
c. Tumeur embryonnaire intracrânienne et intramédullaire	8.9	5.3	1.8
<b>IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du SNP</b>	<b>10.9</b>	<b>9.4</b>	<b>1.2</b>
a. Neuroblastome	10.7	9.3	1.2
<b>V. Rétinoblastomes</b>	<b>3.5</b>	<b>3.4</b>	<b>1.1</b>
<b>VI. Tumeurs rénales</b>	<b>6.8</b>	<b>9.1</b>	<b>0.8</b>
a. Néphroblastome et autres tumeurs rénales non épithéliales	6.2	8.6	0.8
<b>VII. Tumeurs hépatiques</b>	<b>2.7</b>	<b>2.0</b>	<b>1.4</b>
<b>VIII. Tumeurs osseuses malignes</b>	<b>6.0</b>	<b>6.6</b>	<b>0.9</b>
a. Ostéosarcomes	2.8	3.2	0.9
c. Sarcome d'Ewing et ostéosarcomes connexes	2.5	3.0	0.9
<b>IX. Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extra-osseux</b>	<b>9.6</b>	<b>8.4</b>	<b>1.2</b>
a. Rhabdomyosarcome	5.0	4.3	1.2
<b>X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques</b>	<b>4.4</b>	<b>5.0</b>	<b>0.9</b>
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	1.1	2.5	0.5
<b>XI. Autres tumeurs épithéliales malignes et mélanomes malins</b>	<b>5.2</b>	<b>7.5</b>	<b>0.7</b>
b. Carcinomes thyroïdiens	1.1	3.2	0.4
d. Mélanomes malins	1.5	1.6	1.0
<b>XII. Autres tumeurs malignes ou non précisées</b>	<b>1.7</b>	<b>2.2</b>	<b>0.8</b>

\* Les cas ont été classés et répartis d'après la troisième édition de *la Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>20</sup>. Les tumeurs intracrâniennes et intramédullaires non malignes ont été exclues. La liste n'englobe que certains sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe de diagnostics. L'abréviation SNC renvoie au système nerveux central.

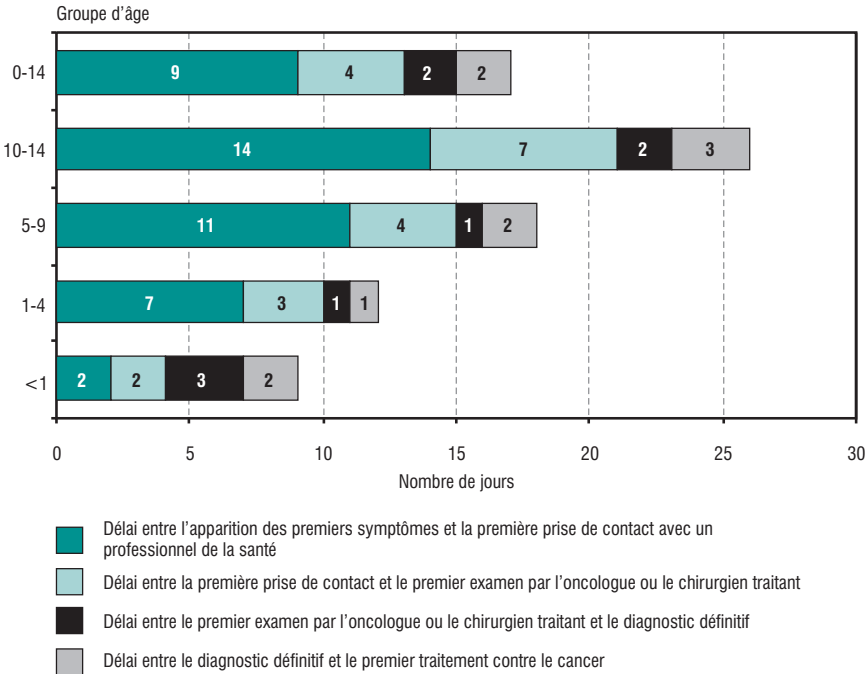
\*\* Le total (tous les groupes de diagnostics) comprend 12 nouveaux cas de tumeurs malignes qui n'ont pu être classés.

† Le ratio est calculé d'après le nombre de nouveaux cas.

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

Figure 11

Médiane des délais entre les étapes conduisant au diagnostic et au début du traitement par groupe d'âge, Canada, 1995-2000



**Nota :** Les cas ont été classés selon la seconde édition de la *Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>36</sup>. Les données présentées s'appliquent aux patients consentants ainsi qu'aux patients pour lesquels il existe des renseignements sur chaque date précise. Les cas enregistrés en Ontario ont été exclus en raison de différences dans les méthodes de collecte de données sauf pour les résultats relatifs au délai entre le diagnostic et le début du traitement.

**Source :** Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, Agence de la santé publique du Canada

*Les progrès spectaculaires enregistrés dans la lutte contre le cancer pédiatrique ont été attribués à plusieurs facteurs : meilleures techniques diagnostiques, mise au point de traitements multimodaux et centralisation des soins et des services de soutien.*

Tableau 20

**Pourcentage de patients présentant une métastase au moment du diagnostic selon le type de cancer\*, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada, 1995-2000**

Groupe de diagnostic*	Nombre de cas	Présence d'une métastase au moment du diagnostic
III. SNC et diverses tumeurs intracrâniennes et intramédullaires	852	12,9
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	315	55,6
V. Retinoblastomes	100	5,0
VI. Tumeurs rénales	280	31,1
VII. Tumeurs hépatiques	65	35,4
VIII. Tumeurs osseuses malignes	173	16,8
IX. Sarcomes des tissus mous	233	27,0
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et autres tumeurs gonadiques	138	21,7
XI. Carcinomes et autres tumeurs épithéliales malignes	69	30,4
XII. Autres tumeurs malignes ou non précisées	39	28,2
<b>Tous les cancers</b>	<b>2 264</b>	<b>24,5</b>

\* Les leucémies, les lymphomes et les tumeurs réticulo-endothéliales, l'histiocytose à cellules de Langerhans et le syndrome myélodysplasique ont été exclus.

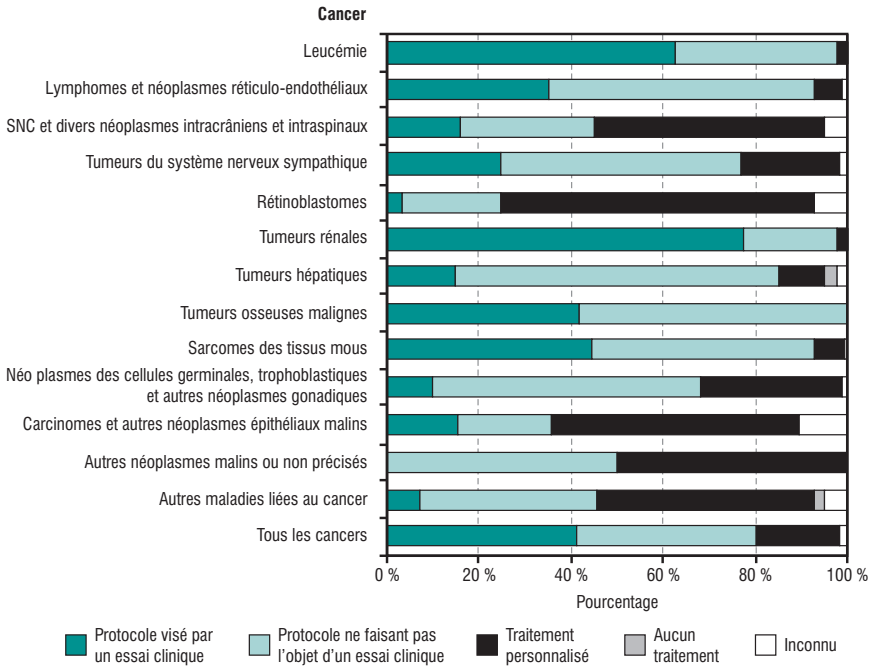
**Nota :** Les cas ont été classés d'après la seconde édition de *la Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>26</sup>. Sont exclus les cas qui ont refusé leur consentement et les cas au sujet desquels des renseignements manquaient. L'abréviation SNC renvoie au système nerveux central.

**Source :** Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, Agence de la santé publique du Canada

*Avec l'amélioration du taux de survie lié au cancer  
chez l'enfant (qui s'élève maintenant à 82 %),  
le besoin d'un suivi à long terme des séquelles  
se fait sentir de plus en plus.*

Figure 12

Répartition en pourcentage du premier traitement selon le type de cancer, enfants de 0 à 14 ans, Canada, 1995-2000



\* Les cas enregistrés en Ontario ont été exclus en raison de différences dans les méthodes de collecte de données.

**Nota :** Les cas ont été classés selon la seconde édition de la *Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>26</sup>. Sont exclus les patients qui ont refusé leur consentement et les cas au sujet desquels des renseignements manquaient. L'abréviation SNC désigne le système nerveux central.

**Source :** Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, Agence de la santé publique du Canada

*Au Canada, près de 80 % des enfants atteints de cancer participent à un essai clinique ou sont traités conformément à un protocole en bonne et due forme établi par un essai clinique.*

**Tableau 21**

**Estimations (%) de la proportion de la survie observée (PSO) (et intervalle de confiance (IC) à 95 %), par groupe de diagnostics et selon la durée de survie, groupe d'âge de 0 à 14 ans, Canada à l'exclusion du Québec, 1999-2003**

Groupe de diagnostics et Sous-groupe	Durée de survie		
	1 an PSO (IC à 95 %)	3 ans PSO (IC à 95 %)	5 ans PSO (IC à 95 %)
<b>Tous les groupes de diagnostics**</b>	92 (91-93)	85 (83-85)	82 (81-83)
<b>I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et syndromes myélodysplasiques</b>	93 (91-94)	88 (86-89)	85 (83-87)
a. Leucémies lymphoïdes	96 (95-97)	92 (90-94)	90 (88-91)
b. Leucémies myéloïdes aiguës	79 (71-84)	69 (61-76)	67 (59-74)
<b>II. Lymphomes et tumeurs réticulo-endothéliales</b>	94 (91-96)	89 (86-92)	89 (85-92)
a. Maladie de Hodgkin	99 (95-100)	94 (89-97)	93 (88-96)
b. Lymphomes non hodgkiniens (sauf le lymphome de Burkitt)	93 (87-96)	84 (77-90)	84 (77-90)
<b>III. SNC et diverses tumeurs intracrâniennes et intramédullaires</b>	87 (84-89)	78 (75-80)	75 (72-78)
b. Astrocytome	93 (89-95)	88 (84-91)	87 (82-90)
c. Tumeur embryonnaire intracrânienne et intramédullaire	84 (77-88)	67 (59-73)	60 (52-67)
<b>IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du SNP</b>	92 (88-95)	77 (71-82)	70 (64-75)
<b>V. Rétinoblastome</b>	100 (- .)	99 (92-100)	99 (92-100)
<b>VI. Tumeurs rénales</b>	97 (94-99)	93 (88-95)	92 (87-95)
a. Néphroblastome et autres tumeurs rénales non épithéliales	98 (95-99)	93 (89-96)	92 (88-95)
<b>VII. Tumeurs hépatiques</b>	81 (69-89)	76 (62-85)	76 (62-85)
<b>VIII. Tumeurs osseuses malignes</b>	93 (88-96)	78 (71-83)	72 (65-78)
a. Ostéosarcomes	93 (85-97)	75 (65-83)	70 (59-79)
c. Sarcome d'Ewing et ostéosarcomes connexes	93 (83-97)	79 (68-87)	71 (59-81)
<b>IX. Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extra-osseux</b>	94 (90-97)	81 (75-86)	77 (71-83)
a. Rhabdomyosarcome	95 (89-98)	82 (73-88)	77 (68-84)
<b>X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques</b>	94 (87-97)	91 (84-95)	89 (81-93)
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	100 (- .)	98 (85-100)	95 (83-99)
<b>XI. Autres tumeurs épithéliales malignes et mélanomes malins</b>	94 (88-97)	89 (82-94)	86 (79-91)
b. Carcinomes thyroïdiens	100 (- .)	98 (84-100)	98 (84-100)
d. Mélanomes malins	96 (75-99)	96 (75-99)	92 (72-98)
<b>XII. Autres tumeurs malignes et non précisées</b>	94 (84-98)	94 (84-98)	90 (79-96)

\* Les cas ont été classés et répartis d'après la troisième édition de la *Classification Internationale des Cancers de l'enfant*<sup>20</sup>; ils englobent les tumeurs intracrâniennes et intramédullaires non malignes<sup>26</sup>. Les proportions de survie observée ne comprennent pas les cas diagnostiqués au Québec (voir « survie observée » et « survie relative » à l'Annexe II : *Méthodologie*). La liste n'englobe que certains sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe de diagnostics. L'abréviation SNC renvoie au système nerveux central.  
(. -) = intervalle de confiance non défini

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

**Tableau 22**

**Progrès importants dans l'histoire de la recherche sur le cancer chez les enfants**

Événement	Répercussion(s)
Collaboration interorganisationnelle dans le cadre d'essais cliniques(1955)	Formation du premier groupe d'hôpitaux ayant accepté de collaborer dans le cadre d'essais cliniques visant de nouveaux médicaments.
Chimiothérapie contre la leucémie	Introduction de nouveaux agents thérapeutiques efficaces contre la leucémie aiguë.
Traitement de tumeurs solides chez les enfants	Mise à contribution d'autres disciplines médicales dans l'étude des effets de la chirurgie, des rayonnements et de la pathologie sur le diagnostic et le traitement de tumeurs solides.
Soins dispensés par une équipe pluridisciplinaire	Introduction de traitements multimodaux appliqués dans le cadre de vastes essais cliniques impliquant plusieurs centres multicentriques.
Recherches en laboratoire et recherches translationnelles	Connaissance des effets, sur les cellules cancéreuses, de l'amélioration de l'évaluation diagnostique et des traitements.
Concept de « guérison totale » (années 80)	Intégration des déterminants de la qualité de vie comme objectif global des personnes ayant vécu un cancer durant l'enfance.

**Source :** CureSearch (Children's Oncology Group) [www.curesearch.org](http://www.curesearch.org)

**Tableau 23**

**Centres d'oncologie pédiatrique au Canada**

Alberta Children's Hospital, Calgary, Alb.	<a href="http://www.calgaryhealthregion.ca">www.calgaryhealthregion.ca</a>
Allan Blair Cancer Centre, Regina, Sask.	<a href="http://www.saskcancer.ca">www.saskcancer.ca</a>
British Columbia Children's Hospital, Vancouver, C.-B.	<a href="http://www.bcchildrens.ca">www.bcchildrens.ca</a>
CancerCare Manitoba, Winnipeg, Man.	<a href="http://www.cancercare.mb.ca">www.cancercare.mb.ca</a>
Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Ont.	<a href="http://www.cheo.on.ca">www.cheo.on.ca</a>
Children's Hospital of Western Ontario, London, Ont.	<a href="http://www.chwo.org">www.chwo.org</a>
Centre hospitalier universitaire de Québec, Québec, Qc	<a href="http://www.chuq.qc.ca">www.chuq.qc.ca</a>
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc	<a href="http://www.chus.qc.ca">www.chus.qc.ca</a>
Hôpital Sainte-Justine, Montréal, Qc	<a href="http://www.chu-sainte-justine.org">www.chu-sainte-justine.org</a>
IWK Health Centre, Halifax, N.-É.	<a href="http://www.iwk.nshealth.ca">www.iwk.nshealth.ca</a>
Janeway Children's Health and Rehabilitation Centre, St. John's, T.-N.	<a href="http://www.easternhealth.ca">www.easternhealth.ca</a>
Kingston General Hospital, Kingston, Ont.	<a href="http://www.kgh.on.ca">www.kgh.on.ca</a>
McMaster Children's Hospital, Hamilton, Ont.	<a href="http://www.mcmasterchildrenshospital.ca">www.mcmasterchildrenshospital.ca</a>
The Hospital for Sick Children, Toronto, Ont.	<a href="http://www.sickkids.ca">www.sickkids.ca</a>
L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, Qc	<a href="http://www.thechildren.com">www.thechildren.com</a>
Saskatoon Cancer Centre, Saskatoon, Sask.	<a href="http://www.saskatoonhealthregion.ca">www.saskatoonhealthregion.ca</a>
Stollery Children's Hospital, Edmonton, Alb.	<a href="http://www.stollerykids.com">www.stollerykids.com</a>

<b>Âge</b>	Âge de la personne (en années révolues) au moment du diagnostic ou du décès.
<b>CIM-O-3</b>	Classification internationale des maladies – Oncologie – troisième édition <sup>37</sup>
<b>CIM-10</b>	Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes <sup>38</sup>
<b>Incidence</b>	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.
<b>Mortalité</b>	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.
<b>Proportion de survie observée</b>	Proportion de patients en vie au cours d'une période donnée (p. ex., cinq ans) après le diagnostic.
<b>Province et territoire</b>	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.
<b>Rapport de survie relative</b>	Rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes atteintes 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.
<b>Rapport de survie relative normalisé selon l'âge</b>	Estimation de la survie, tous âges confondus, que l'on aurait observée si la répartition par âge du groupe de patients étudié avait été identique à celle de la population type (p. ex., tous les patients chez qui le cancer étudié a été diagnostiqué au Canada entre 1992 et 2001).

## 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 (1979) 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 1979.

### 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<sup>39</sup>.

## 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<sup>er</sup> 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 cancers

Les données sur le cancer figurant dans cette publication sont, sauf indication contraire, classées selon les catégories suivantes :

Cancer	CIM-O-3 Siège/type <sup>1</sup> (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
Foie	C22.0	C22.0, C22.2-C22.7
Pancréas	C25	C25
Larynx	C32	C32
Poumon*	C34	C34
Mélanome	C44 (Type 8720-8790)	C43
Sein	C50	C50
Col de l'utérus	C53	C53
Corps de l'utérus	C54-C55	C54-C55
Ovaire*	C56.9	C56
Prostate	C61.9	C61
Testicule	C62	C62
Vessie (y compris <i>in situ</i> )	C67	C67
Rein*	C64.9, C65.9	C64-C65
Encéphale	C70-C72	C70-C72
Thyroïde	C73.9	C73
Maladie de Hodgkin <sup>1</sup>	Type 9650-9667	C81
Lymphomes non hodgkiniens <sup>1</sup>	Type 9590-9596,9670-9719,9727-9729 Type 9823, tous les sièges sauf C42.0.,1.,4 Type 9827, tous les sièges sauf C42.0.,1.,4	C82-C85, C96.3
Myélome multiple <sup>1</sup>	Type 9731,9732,9734	C90.0, C90.2
Leucémie <sup>1</sup>	Type 9733,9742,9800-9801,9805, 9820, 9826,9831-9837,9840,9860-9861, 9863, 9866-9867,9870-9876, 9891,9895-9897, 9910,9920,9930-9931,9940,9945-9946, 9948,9963-9964 Type 9823 et 9827, sites C42.0.,1.,4	C91-C95, C90.1
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers sauf le cancer du poumon	C00-C97 sauf C34	C00-C97 sauf C34
Tous les autres cancers et les cancers non précisés (groupés seulement dans les tableaux 1 et 2 de l'annexe)	Type 9140, 9740, 9741, 9750-9758, 9760-9769, 9950-9962, 9970-9989 C76.0-C76.8 (type 8000-9589) C80.9 (type 8000-9589) C42.0-C42.4 (type 8000-9589) C77.0-C77.9 (type 8000-9589) C44.0-C44.9 sauf type 8050-8084, 8090-8110, 8720-8790, 9590-9989	C26.1,C44,C46,C76-C80,C88, C96.0-2,C96.7-.9,C97
Tous les cancers	Tous les cancers infiltrants	Tous les cancers infiltrants

<sup>1</sup> Les types histologiques 9590-9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple) et 9050-9055 (mésotéliomes) 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 (2004) et de décès (2004) survenus au Canada et précisent les codes CIM-O-3 utilisés pour définir chaque groupe de diagnostics. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres types de cancer; ainsi, on trouvera aux tableaux A1 et A2 de l'annexe un plus grand nombre de types de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 de l'annexe donnent les chiffres réels pour le nombre de nouveaux cas et de décès et les taux d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges ou types de cancer, selon la province et le territoire.

En plus des explications et des analyses fournies dans les pages précédentes, plusieurs autres points méritent d'être mentionnés. Comme nous l'avons indiqué aux tableaux A3 à A6 de l'annexe, les populations des territoires étant de petite taille, il n'a été possible de fournir que des résumés (moyenne sur cinq ans) pour les cancers les plus courants. Les tableaux de l'annexe montrent également qu'il y avait une certaine variation entre les provinces et les territoires dans les années pour lesquelles nous disposons de données (en août 2007, au début de ces analyses). De plus, les données proviennent de fichiers dynamiques qui sont systématiquement mis à jour pour intégrer les nouvelles données. Les utilisateurs qui ont besoin de données réelles plus récentes pour le Canada peuvent communiquer avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada ou la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Pour obtenir les données les plus récentes pour chaque province ou territoire, prière de communiquer avec les registres provinciaux du cancer (voir la section *Pour en savoir plus sur le cancer*).

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

## Tableau A1

### Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, Canada, 2004

Cancer	Siège/type CIM-O-3 <sup>1</sup>	Total	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers</b>	<b>Tous les cancers envahissants</b>	<b>148 183</b>	<b>77 513</b>	<b>70 670</b>
<b>Cavité buccale et pharynx</b>	<b>C00-C14</b>	<b>3 230</b>	<b>2 201</b>	<b>1 029</b>
Lèvres	C00	362	267	95
Langue	C01-C02	753	517	236
Glandes salivaires	C07-C08	379	223	156
Bouche	C03-C06	638	381	257
Nasopharynx	C11	231	153	78
Oropharynx	C10	114	84	30
Autres et non précisés	C09,C12-C14	753	576	177
<b>Appareil digestif</b>	<b>C15-C26,C48</b>	<b>31 143</b>	<b>17 265</b>	<b>13 877</b>
Oesophage	C15	1 386	1 025	361
Estomac	C16	2 971	1 899	1 072
Intestin grêle	C17	534	298	236
Côlon	C18,C26.0	12 845	6 426	6 419
Rectum et anus	C19-C21	6 804	4 145	2 659
Foie	C22.0	1 200	906	294
Vésicule biliaire	C23	417	140	277
Pancréas	C25	3 543	1 753	1 790
Autres et non précisés	C22.1,C24,C26.1-.9,C48	1 443	673	770
<b>Appareil respiratoire</b>	<b>C30-C36,C38.1-.9,C39</b>	<b>22 568</b>	<b>12 983</b>	<b>9 585</b>
Larynx	C32	1 101	907	194
Poumon	C34	21 136	11 872	9 264
Autres et non précisés	C30-31,C33,C35-36,C38.1-.9,C39	331	204	127
<b>Os</b>	<b>C40-C41</b>	<b>299</b>	<b>168</b>	<b>131</b>
<b>Tissus mous (y compris le cœur)</b>	<b>C38.0,C47,C49</b>	<b>884</b>	<b>463</b>	<b>421</b>
<b>Peau (mélanome)</b>	<b>Type 8720-8790</b>	<b>4 096</b>	<b>2 155</b>	<b>1 941</b>
<b>Sein</b>	<b>C50</b>	<b>19 488</b>	<b>153</b>	<b>19 335</b>
<b>Organes génitaux</b>	<b>C51-C63</b>	<b>29 538</b>	<b>21 427</b>	<b>8 111</b>
Col de l'utérus	C53	1 322	-	1 322
Corps de l'utérus	C54	3 779	-	3 779
Utérus, sans précision	C55	96	-	96
Ovaire	C56	2 230	-	2 230
Prostate	C61	20 443	20 443	-
Testicule	C62	806	806	-
Autres et non précisés	C51-52,C57,C58,C60,C63	862	178	684
<b>Organes urinaires</b>	<b>C64-C68</b>	<b>10 768</b>	<b>7 456</b>	<b>3 312</b>
Vessie	C67	6 370	4 748	1 622
Rein	C64-C65	3 953	2 405	1 548
Autres organes urinaires	C66,C68	445	303	142
<b>Oeil</b>	<b>C69</b>	<b>229</b>	<b>127</b>	<b>102</b>
<b>Encéphale et système nerveux central</b>	<b>C70-C72</b>	<b>2 218</b>	<b>1 275</b>	<b>943</b>
<b>Glandes endocrines</b>	<b>C37,C73-C75</b>	<b>3 493</b>	<b>797</b>	<b>2 696</b>
Thyroïde	C73	3 237	673	2 564
Autres glandes endocrines	C37,C74-C75	256	124	132
<b>Maladie de Hodgkin<sup>1</sup></b>	<b>Type 9650-9667</b>	<b>891</b>	<b>500</b>	<b>391</b>
<b>Lymphomes non hodgkiniens<sup>1</sup></b>	<b>Voir le glossaire</b>	<b>6 220</b>	<b>3 327</b>	<b>2 893</b>
<b>Myélome multiple<sup>1</sup></b>	<b>Type 9731,9732,9734</b>	<b>1 892</b>	<b>1 027</b>	<b>865</b>
<b>Leucémie<sup>1</sup></b>	<b>Voir le glossaire</b>	<b>4 137</b>	<b>2 400</b>	<b>1 737</b>
<b>Mésothéliomes<sup>1</sup></b>	<b>Type 9050-9055</b>	<b>406</b>	<b>351</b>	<b>55</b>
<b>Tous les autres cancers et cancers non précisés</b>	<b>Voir le glossaire</b>	<b>6 683</b>	<b>3 438</b>	<b>3 245</b>

- Sans objet

<sup>1</sup> Les types histologiques 9590-9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple), et 9050-9055 (mésothéliome) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges/types particuliers.

**Note :** Par CIM-0-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies – Oncologie. Les données concernent les cancers envahissants (y compris les cancers in situ) 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 des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la 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, Canada, 2004

Cancer	CIM-10	Total	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers</b>	<b>C00-C97</b>	<b>66 947</b>	<b>35 156</b>	<b>31 791</b>
<b>Cavité buccale et pharynx</b>	<b>C00-C14</b>	<b>1 067</b>	<b>699</b>	<b>368</b>
Lèvres	C00	19	13	6
Langue	C01-C02	279	178	101
Glandes salivaires	C07-C08	90	55	35
Bouche	C03-C06	207	112	95
Nasopharynx	C11	104	73	31
Oropharynx	C10	85	57	28
Autres et non précisés	C09,C12-C14	283	211	72
<b>Appareil digestif</b>	<b>C15-C25,C26.0,C26.2-.9,C48</b>	<b>17 883</b>	<b>9 859</b>	<b>8 024</b>
Oesophage	C15	1 488	1 112	376
Estomac	C16	1 919	1 163	756
Intestin grêle	C17	150	92	58
Côlon	C18,C26.0	6 724	3 449	3 275
Rectum et anus	C19-C21	1 677	983	694
Foie	C22.0,C22.2-.7	596	453	143
Vésicule biliaire	C23	266	99	167
Pancréas	C25	3 577	1 751	1 826
Autres et non précisés	C22.1,C22.9,C24,C26.2-.9,C48	1 486	757	729
<b>Appareil respiratoire</b>	<b>C30-C36,C38.1-.9,C39</b>	<b>18 208</b>	<b>10 566</b>	<b>7 642</b>
Larynx	C32	446	360	86
Poumon	C34	17 642	10 129	7 513
Autres et non précisés	C30-31,C33,C35-36,C38.1-.9,C39	120	77	43
<b>Os</b>	<b>C40-C41</b>	<b>127</b>	<b>74</b>	<b>53</b>
<b>Tissus mous (y compris le cœur)</b>	<b>C38.0,C47,C49</b>	<b>390</b>	<b>191</b>	<b>199</b>
<b>Peau (mélanome)</b>	<b>C43</b>	<b>790</b>	<b>489</b>	<b>301</b>
<b>Sein</b>	<b>C50</b>	<b>4 998</b>	<b>34</b>	<b>4 964</b>
<b>Organes génitaux</b>	<b>C51-C63</b>	<b>6 638</b>	<b>3 756</b>	<b>2 882</b>
Col de l'utérus	C53	388	-	388
Corps de l'utérus	C54	371	-	371
Utérus, sans précision	C55	363	-	363
Ovaire	C56	1 590	-	1 590
Prostate	C61	3 685	3 685	-
Testicule	C62	46	46	-
Autres et non précisés	C51-52,C57,C58,C60,C63	195	25	170
<b>Organes urinaires</b>	<b>C64-C68</b>	<b>3 207</b>	<b>2 112</b>	<b>1 095</b>
Vessie	C67	1 634	1 131	503
Rein	C64-C65	1 486	937	549
Autres organes urinaires	C66,C68	87	44	43
<b>Oeil</b>	<b>C69</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>12</b>
<b>Encéphale et système nerveux central</b>	<b>C70-C72</b>	<b>1 609</b>	<b>925</b>	<b>684</b>
<b>Glandes endocrines</b>	<b>C37,C73-C75</b>	<b>270</b>	<b>108</b>	<b>162</b>
Thyroïde	C73	174	69	105
Autres glandes endocrines	C37,C74-C75	96	39	57
<b>Maladie de Hodgkin</b>	<b>C81</b>	<b>127</b>	<b>73</b>	<b>54</b>
<b>Lymphomes non hodgkiniens</b>	<b>C82-C85,C96.3</b>	<b>2 650</b>	<b>1 394</b>	<b>1 256</b>
<b>Myélome multiple</b>	<b>C90.0, C90.2</b>	<b>1 178</b>	<b>631</b>	<b>547</b>
<b>Leucémie</b>	<b>C91-C95, C90.1</b>	<b>2 262</b>	<b>1 310</b>	<b>952</b>
<b>Mésothéliomes</b>	<b>C45</b>	<b>340</b>	<b>284</b>	<b>56</b>
<b>Tous les autres cancers et cancers non précisés</b>	<b>Voir le glossaire</b>	<b>5 176</b>	<b>2 636</b>	<b>2 540</b>

- Sans objet

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

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

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

**Tableau A3**

**Données réelles sur l'incidence des cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente<sup>1</sup>, 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
<b>Hommes</b>														
<b>Tous les cancers</b>														
Prostate	77 500	1 250	410	2 800	2 200	19 500	29 500	2 800	2 600	6 800	9 800	50	40	30
Poumon	11 900	180	60	470	340	3 900	3 900	420	350	830	1 350	5	5	10
Côlon et rectum	10 600	240	50	390	280	2 700	4 000	390	370	860	1 350	5	10	5
Vessie**	4 700	70	20	180	140	1 500	1 400	170	140	440	660	5	-	-
Lymphomes non hodgkiniens														
Rein	3 300	45	20	95	85	760	1 300	110	95	300	490	-	-	-
Leucémie	2 400	40	20	110	80	700	790	130	80	220	220	-	-	-
Cavité buccale	2 400	20	15	65	55	560	990	85	90	200	260	-	-	-
Mélanome	2 200	35	15	65	65	560	870	90	60	160	280	-	5	-
Estomac	2 200	30	15	80	80	280	980	70	75	230	350	-	-	-
Pancréas	1 900	55	5	65	55	490	710	80	50	140	240	-	-	-
Encéphale	1 750	20	10	60	45	520	570	80	50	140	230	-	-	-
Myélome multiple	1 300	30	10	55	30	340	480	35	35	120	160	-	-	-
Oesophage	1 050	5	10	30	30	220	430	40	30	100	130	-	-	-
Foie	1 050	20	5	45	35	220	410	25	30	85	140	-	-	-
	910	5	5	10	5	250	340	25	15	95	140	-	-	-
<b>Femmes</b>														
<b>Tous les cancers</b>														
Sein	70 700	1 100	340	2 500	1 800	18 000	27 500	2 700	2 100	6 100	8 900	45	45	25
Poumon	19 300	320	80	660	520	4 900	7 500	720	570	1 750	2 600	15	20	5
Côlon et rectum	9 300	130	45	350	270	2 700	3 200	380	280	730	1 200	5	5	10
Corps de l'utérus	9 100	200	60	370	230	2 400	3 400	350	280	680	1 150	5	10	5
Lymphomes non hodgkiniens														
Thyroïde	3 900	60	10	130	90	870	1 600	180	110	350	530	-	-	-
Ovaire	2 900	25	15	110	85	720	1 200	130	90	220	370	-	-	-
Mélanome	2 600	50	5	70	90	550	1 300	65	55	260	170	-	-	-
Pancréas	2 200	20	10	70	55	550	910	100	65	180	310	-	-	-
Leucémie	1 950	35	20	90	50	230	880	55	55	220	310	-	-	-
Vessie**	1 800	10	10	70	50	470	620	70	70	170	220	-	-	-
Rein	1 750	10	10	50	30	430	740	55	65	130	180	-	-	-
Col de l'utérus	1 600	35	10	55	50	540	500	65	50	130	200	-	-	-
Estomac	1 550	30	10	70	45	450	580	60	40	140	140	-	-	-
Cavité buccale	1 300	10	5	45	30	280	520	50	35	150	140	-	-	-
Encéphale	1 050	25	5	30	25	280	420	40	25	85	120	-	-	-
	1 050	15	5	25	20	240	410	50	20	90	150	-	-	-
	940	20	5	25	25	240	380	35	30	70	110	-	-	-

- Moins de 3 cas

\* Une sous-estimation du nombre de cas.

\*\* Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer *in situ* de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer *in situ* survenus en Ontario se traduirait par 2 200 cas de cancer de la vessie chez les hommes et 800 cas chez les femmes.

<sup>1</sup> 2004 pour le Canada, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta; 2005 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique; moyenne de 2001-2005 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). Pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie.

**Source :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la 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 cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente<sup>1</sup>, 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
<b>Hommes</b>														
<b>Tous les cancers</b>	<b>459</b>	<b>425</b>	<b>520</b>	<b>511</b>	<b>502</b>	<b>481</b>	<b>459</b>	<b>447</b>	<b>457</b>	<b>460</b>	<b>399</b>	<b>409</b>	<b>341</b>	<b>535</b>
Prostate	121	96	135	132	144	100*	133	112	148	138	108	106	76	–
Poumon	70	61	77	87	80	95	62	68	61	58	54	61	53	251
Côlon et rectum	62	82	65	71	65	66	62	62	65	59	55	61	89	94
Vessie**	28	26	28	33	33	38	22	27	24	31	27	24	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	19	16	23	18	20	18	20	18	16	20	20	–	–	–
Leucémie	15	6	22	12	13	15	15	14	16	13	11	–	–	–
Rein	14	14	25	20	18	17	12	20	15	14	9	–	–	–
Cavité buccale	13	12	17	12	15	13	13	14	11	10	11	–	17	–
Mélanome	13	10	15	15	19	7	15	12	13	15	14	–	–	–
Estomac	11	19	7	12	13	12	11	13	9	10	10	–	–	–
Pancréas	10	7	11	11	10	13	9	13	9	9	9	–	–	–
Encéphale	8	10	16	10	7	8	7	6	6	7	7	–	–	–
Myélorne multiple	6	2	13	6	7	6	7	6	5	7	5	–	–	–
Oesophage	6	8	7	8	7	5	6	4	5	6	6	–	–	–
Foie	5	2	4	2	1	6	5	4	2	6	6	–	–	–
<b>Femmes</b>														
<b>Tous les cancers</b>	<b>349</b>	<b>321</b>	<b>357</b>	<b>379</b>	<b>355</b>	<b>352</b>	<b>359</b>	<b>358</b>	<b>321</b>	<b>357</b>	<b>318</b>	<b>325</b>	<b>329</b>	<b>622</b>
Sein	96	91	83	102	99	96	98	99	91	101	93	98	118	52
Poumon	46	37	51	54	53	52	42	50	44	44	43	30	48	274
Côlon et rectum	43	55	58	52	42	44	43	43	40	39	38	57	68	119
Corps de l'utérus	19	17	11	20	18	17	21	25	17	21	19	–	–	–
Thyroïde	15	16	9	13	20	13	20	11	10	16	7	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	14	7	13	16	16	14	15	17	14	13	13	–	–	–
Ovaire	11	6	11	11	11	11	12	14	10	11	11	–	–	–
Mélanome	10	12	21	14	10	5	12	7	8	13	12	–	–	–
Leucémie	9	4	12	8	7	9	10	7	10	8	7	–	–	–
Pancréas	8	3	8	10	9	9	8	9	9	9	7	–	–	–
Rein	8	9	8	10	9	9	7	8	6	9	5	–	–	–
Vessie**	8	10	9	8	9	10	6	8	7	8	7	–	–	–
Col de l'utérus	8	4	7	9	7	6	8	8	7	9	6	–	–	–
Encéphale	5	7	6	5	6	5	5	5	5	4	4	–	–	–
Cavité buccale	5	4	3	4	3	5	5	7	4	5	5	–	–	–
Estomac	5	7	7	4	4	5	5	4	3	5	4	–	–	–

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

\* Une sous-estimation du nombre de cas.

\*\* Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer *in situ* de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer *in situ* survenus en Ontario se traduirait par un taux de 34 cas pour 100 000 chez les hommes et de 10 cas pour 100 000 chez les femmes.

<sup>1</sup> 2004 pour le Canada, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta; 2005 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique; moyenne de 2001-2005 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

**Nota :** Les chiffres ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Ils sont ajustés selon la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

## Tableau A5

### Données réelles sur la mortalité pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2004<sup>1</sup>

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

– Moins de 3 décès

<sup>1</sup> Moyenne de 2000-2004 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.

**Source :** Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la 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 cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2004<sup>1</sup>**

	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
<b>Hommes</b>														
<b>Tous les cancers</b>	<b>212</b>	<b>230</b>	<b>231</b>	<b>246</b>	<b>228</b>	<b>239</b>	<b>203</b>	<b>218</b>	<b>206</b>	<b>194</b>	<b>185</b>	<b>268</b>	<b>238</b>	<b>326</b>
Poumon	61	62	70	75	76	82	53	56	49	50	49	104	71	180
Côlon et rectum	27	46	29	35	27	30	26	31	26	25	21	38	55	–
Prostate	23	30	38	24	22	20	23	28	34	26	22	–	–	–
Pancréas	10	9	9	12	14	11	10	11	10	9	10	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	8	5	5	11	6	8	9	9	9	7	8	–	–	–
Leucémie	8	6	9	9	5	8	8	8	10	7	8	–	–	–
Estomac	7	10	6	7	9	8	7	6	7	6	6	–	–	–
Vessie	7	5	6	7	7	7	7	8	6	6	7	–	–	–
Oesophage	7	4	8	9	7	5	7	7	5	6	7	–	–	–
Rein	6	8	5	7	6	6	5	6	6	6	5	–	–	–
Encéphale	5	4	6	6	6	6	5	4	5	5	5	–	–	–
Cavité buccale	4	3	4	4	3	5	4	5	3	2	4	–	–	–
Myélome multiple	4	3	6	4	3	4	4	3	4	4	4	–	–	–
Mélanome	3	2	4	3	3	2	3	3	2	3	3	–	–	–
Foie	3	2	2	2	1	3	3	2	1	3	3	–	–	–
<b>Femmes</b>														
<b>Tous les cancers</b>	<b>147</b>	<b>146</b>	<b>158</b>	<b>163</b>	<b>138</b>	<b>154</b>	<b>145</b>	<b>159</b>	<b>138</b>	<b>143</b>	<b>138</b>	<b>180</b>	<b>196</b>	<b>437</b>
Poumon	36	31	36	42	36	41	33	39	34	34	36	45	52	249
Sein	23	19	24	21	20	24	24	28	22	20	21	29	30	–
Côlon et rectum	17	29	23	20	13	18	17	16	17	16	14	–	31	–
Pancréas	8	6	4	10	9	9	8	9	6	10	8	–	–	–
Ovaire	7	6	6	9	7	7	7	11	8	9	8	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	7	6	6	6	7	6	6	5	5	–	–	–
Leucémie	4	2	4	6	4	4	5	4	5	5	4	–	–	–
Encéphale	3	2	11	4	3	4	3	3	2	4	3	–	–	–
Corps de l'utérus	3	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	–	–	–
Estomac	3	8	3	4	3	3	3	4	3	3	3	–	–	–
Rein	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	2	–	–	–
Vessie	2	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	–	–	–
Col de l'utérus	2	4	4	4	2	1	2	2	2	2	2	–	–	–
Cavité buccale	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	–	–	–
Mélanome	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	2	–	–	–

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

<sup>1</sup> Moyenne de 2000-2004 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

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

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

## Sources et traitement des données

Les données réelles sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer utilisées dans ce rapport proviennent de trois sources, à savoir les fichiers de données sur la mortalité (1950 à 2004)<sup>40</sup>, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969 à 1991) et le Registre canadien du cancer (RCC, 1992 à 2005)<sup>41</sup>. Ces bases de données sont toutes tenues à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada a obtenu l'accès aux données réelles sur la mortalité pour l'ensemble des provinces et territoires pour la période de 1969 à 2004. Les données sur l'incidence n'étaient pas disponibles pour le Québec, la province n'ayant pas présenté à temps ses données au RCC. Les données correspondantes du Manitoba et de l'Alberta ont été jugées trop provisoires pour être utilisées dans cette publication. Les dénombrements de cas uniquement mentionnés dans les certificats de décès (autrement dit, les cas à propos desquels le certificat de décès était la seule source d'information) en Ontario en 2003 et en 2004 ont été obtenus directement du Registre du cancer de l'Ontario, puisque ces renseignements ne figuraient pas dans le RCC lors de la diffusion des données en juin 2007. Les données réelles de 2005 pour l'Ontario ne comprennent pas les cas uniquement mentionnés dans les certificats de décès. C'est pourquoi le nombre estimatif de cas uniquement mentionnés dans les certificats de décès, fondé sur les données de 2004, a été ajouté au nombre réel, aux fins des projections.

**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.**

Il importe de souligner que les définitions de certains cancers ont changé au fil des ans. Ainsi, dans la présente édition, les changements de définitions concernent les cancers suivants : poumon (dont le code est passé de C33-C34 à C34), rein (C64-C66, C68 à C64-C65), myélome multiple (mortalité : C90 à C90.0, C90.2) et leucémie (mortalité : C91-C95 à C91-C95, C90.1). Les cas de cancer *in situ* de la vessie sont inclus dans les totaux (cancers de la vessie et tous les cancers) depuis la parution de la publication de 2006 (*Glossaire*) sauf en Ontario qui ne signale pas les cas de cancer *in situ* de la vessie. Le graphique ci-après rend compte de ces changements et d'autres changements de définitions survenus au fil des ans. En raison de ces changements, il y a lieu de faire preuve de prudence lorsqu'on compare les données relatives à ces cancers à celles publiées dans les éditions antérieures des *Statistiques canadiennes sur le cancer*.

### Changements de définitions de cancers observés depuis 2004

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

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

Les chiffres de population pour le Canada, les provinces et les territoires ont été tirés d'estimations intercensitaires pour la période de 1971 à 2000<sup>42</sup>, d'estimations postcensitaires pour la **période de 2001 à 2006**<sup>42</sup>, de la publication de Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*, et du scénario 3 des projections de la population pour **2007 à 2008**<sup>2</sup>. Les estimations démographiques de **1971 à 2006** 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<sup>er</sup> juillet plutôt que le 1<sup>er</sup> 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 2008 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 2004 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 ou types 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. Dans les éditions antérieures à 1995, le calcul des taux était basé sur la population type mondiale<sup>43</sup>. 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 estimatifs 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 Nunavut<sup>44</sup>.

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 comparable ou supérieur au 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 problème d'accès aux certificats de décès est plus aigu dans le cas des cancers associés à un pronostic peu favorable, 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-et-Labrador recevra des données lui permettant de comptabiliser ces cas, cet écart devrait disparaître. Par ailleurs au moment de la collecte des données, le Québec n'avait pas signalé au Registre Canadien du cancer les cas diagnostiqués uniquement à l'aide des certificats de décès. De plus, au Québec, comme le registre québécois dépend de données des hôpitaux, on estime que le nombre de cas de cancer de la prostate, de mélanome et de cancer de la vessie confirmés par un examen microscopique a été sous-déclaré de 32 %, 35 % et 14 % respectivement<sup>1</sup>.

### Estimations de l'incidence (nouveaux cas) en 2008

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 nombres de cas incidents annuels sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes, la valeur moyenne étant, dans chaque cas, égale au produit de la taille annuelle de la population et du taux annuel (réel) d'incidence.

La méthodologie utilisée aux fins des projections a été modifiée dans 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. Nous avons obtenu les estimations pour 2008 en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques pour la même année. Comme nous disposions 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.

Nous avons également estimé les nouveaux cas pour 2008 en nous fondant sur une moyenne sur cinq ans des données les plus récentes disponibles. Cette méthode permet de calculer les taux selon l'âge. Nous avons ensuite déterminé le nombre prévu de cas de cancer en 2008 en multipliant les taux selon l'âge par les projections démographiques correspondantes selon l'âge.

Nous avons comparé les estimations fondées sur la méthode de régression de Poisson à celles fondées sur le calcul de la moyenne sur cinq ans en déterminant la valeur absolue de l'écart relatif entre le nombre prévu de cas obtenu à l'aide des deux méthodes. Si la courbe de la tendance de l'incidence est très marquée, l'écart est considérable. Les estimations de cas de cancer affichant un écart relatif supérieur à 10 % ont été faites de concert avec les provinces et les territoires et dans le respect des règles suivantes :

- ◆ L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson.
- ◆ Les estimations fondées sur le calcul de la moyenne sur cinq ans ne sont pas acceptées pour les cancers de l'estomac, du côlon et du rectum, du foie, du col de l'utérus, des testicules ou de la thyroïde en raison des fortes tendances préexistantes.
- ◆ Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

Le tableau A7 dresse la liste des cancers pour lesquels le nombre de nouveaux cas en 2008 a été estimé à l'aide de la méthode fondée sur la moyenne sur cinq ans.

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 sommairess 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 (2004 pour le Québec, le Manitoba, l'Alberta et 2005, pour ailleurs). Cette méthode a été appliquée à l'égard de toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard, le

Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan, où l'on a utilisé la méthode de la moyenne sur cinq ans. Les années précédentes, nous avons eu recours à la méthode de la moyenne quinquennale pour établir des projections relatives au cancer de la prostate de la plupart des provinces et des territoires, mais actuellement, les estimations fondées sur le modèle de régression de Poisson rendent compte plus fidèlement des tendances récentes. C'est pourquoi on peut observer dans certaines provinces un écart entre les estimations de cas de cancer de la prostate et les taux afférents par rapport aux données statistiques publiées antérieurement.

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.

Autre effet de l'utilisation de la CIM-O-3 dans l'édition de 2004, le nombre de cas de cancer de l'ovaire semble avoir diminué de 100 par rapport au chiffre signalé dans l'édition antérieure, ce qui a donné un nombre total de 2 184 cas au Canada en 2000. Or, 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.

### Estimations de la mortalité (décès) en 2008

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 également estimé la mortalité pour 2008 en nous fondant sur une moyenne sur cinq ans des données les plus récentes disponibles. Nous avons comparé les estimations fondées sur la méthode de régression de Poisson à celles basées sur la moyenne quinquennale en déterminant l'écart relatif entre le nombre de décès calculé à l'aide des deux méthodes. Les estimations de cas de cancer affichant un écart relatif supérieur à 10 % ont été faites de concert avec les provinces et les territoires et dans le respect des règles décrites dans la section « Estimation de l'incidence ». Le tableau A7 dresse la liste des cancers pour lesquels le nombre de décès en 2008 a été estimé à l'aide de la méthode fondée sur la moyenne quinquennale. 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 et 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 augmenté considérablement par rapport aux chiffres publiés avant ce changement.

### Estimations des taux d'incidence (TINA) et de mortalité (TMNA) normalisés selon l'âge en 2008

Depuis l'édition de 2003, les taux projetés 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. Nous avons calculé les variances 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.

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 2008 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 2008 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 » et mentionnés dans le tableau A7.

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 avoir obtenu les projections les plus précises 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.

### 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 des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la 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 cinquantaine près pour les dénombrements de 1 000 à 1 999; et à la centaine près pour les dénombrements de 2 000 et plus. Les pourcentages et les taux normalisés et spécifiques selon l'âge ont été arrondis à la dizaine près sauf dans les tableaux 4 et 6 et les tableaux A4 et A6 de l'annexe où ils ont été arrondis au nombre entier le plus près en raison de contraintes d'espace. Les dénombrements/taux selon l'âge et selon le sexe sont combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tous ces écarts doivent toutefois se situer à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

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

Nous avons calculé la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) 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 relatives aux TINA ou aux TMNA de 1986 à 2004 (pour *Sujet particulier* : *Cancer pédiatrique*, de 1985 à 2004) tant pour l'incidence que pour la mortalité. Pour déceler une tendance nouvelle, il fallait au moins cinq données simples, de sorte que la dernière tendance nouvelle qui pouvait être décelée débiterait en 2000. Nous avons utilisé les données de 1995 à 2004 pour l'incidence et pour la mortalité, à moins que l'analyse par point de retournement n'ait permis de déceler une tendance nouvelle ayant débuté après 1995, 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 2008 au Canada

Les estimations relatives au cancer de la peau autre que le mélanome pour 2008 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. Pour le Manitoba, des dénombrements sommaires des nouveaux cas de carcinomes basocellulaires et squameux entre 1986 et 2005 par groupe d'âge ont été fournis par le registre du cancer et les taux ont été projetés jusqu'en 2008 au moyen d'une régression linéaire. Pour le Nouveau-Brunswick, des dénombrements sommaires des nouveaux cas de carcinomes basocellulaires et squameux entre 1989 et 2006 par groupe d'âge ont été fournis par le registre du cancer et les taux ont été projetés jusqu'en 2008 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 2004, et d'après les taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 2002 à 2004. La méthodologie employée est celle de Zdeb<sup>45</sup> et de Seidman et coll.<sup>46</sup>. 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 2004. Nous avons calculé l'indicateur en déterminant la proportion de décès attribués aux différentes formes de cancer pour chaque sexe et groupe d'âge, en multipliant cette proportion par le nombre correspondant de décès tirés de la table de mortalité, en additionnant les nombres de décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge afin d'obtenir la probabilité de décès attribuable à chaque cause.

### 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 1979. 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 1979 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 des âges de la population de 1979 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,  $P_{F,1979}$  représente la population féminine totale au Canada en 1979. 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 1979 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 1979 multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année  $t$  ou, en symboles,  $P_{i,1979} TNA_{i,t}$ .

Niveau de référence : Nombre observé de cas de cancer ou de décès par cancer dans la population de sexe  $i$  survenus en 1979.

### Prevalence

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 (1992-2004), 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 de 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. Nous avons ensuite réparti ces données 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, nous avons estimé la prévalence pour 2004 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 – Oncologie<sup>37</sup>. Pour définir les types de cancer, nous avons utilisé les groupes du programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), en classant la maladie de Kaposi et le mésothéliome dans des groupes séparés<sup>27</sup>. Les définitions des sièges diffèrent à certains égards de celles figurant dans le *Glossaire* (voir référence 26).

Nous avons limité les analyses aux premiers enregistrements de tumeur primaire. Afin d'identifier les personnes inscrites dans le RCC ayant reçu un diagnostic de cancer avant 1992, nous avons couplé les données du RCC avec celles de son prédécesseur, le 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 cancer<sup>47</sup> et en partie en raison de problèmes liés à la détermination du statut vital exact des cas. Les enregistrements étaient exclus lorsque le diagnostic reposait uniquement sur les résultats de l'autopsie ou le certificat de décès.

Nous avons déterminé si la personne était encore en vie ou non au moyen de recoupements avec la Base canadienne de données sur la mortalité et de renseignements communiqués par les registres provinciaux/territoriaux du cancer<sup>48</sup>. Lorsque les décès étaient déclarés par un registre provincial mais n'étaient pas confirmés par le processus de couplage des données avec la base de données nationale, nous avons présumé que la personne était décédée à la date indiquée par la province ou le territoire déclarants. Au moment de l'analyse, l'enregistrement des nouveaux cas et le suivi du statut vital s'étendaient jusqu'au 31 décembre 2003.

L'étude de la survie a été réalisée au moyen d'une méthode d'analyse par période<sup>49</sup>. L'analyse par période porte sur l'expérience de survie observée au cours d'un intervalle de temps récent; dans le cas qui nous intéresse, il s'agissait de 2001 à 2003 pour les adultes et de 1999 à 2003 pour les enfants et les adolescents. Ainsi, les estimations de la survie chez les adultes ont été obtenues par troncation des observations à gauche au début de la période de suivi du statut vital (1<sup>er</sup> janvier 2001) et par censure à droite au cinquième anniversaire de la date du diagnostic ou le 31 décembre 2003, la première des dates étant retenue. La probabilité de survie au cours de la première année suivant le diagnostic a été estimée d'après les personnes-temps à risque et les événements (décès ou censure) chez les personnes dont le diagnostic avait été posé entre 2000 et 2003 seulement, dont la première année suivant le diagnostic englobait une partie de la période allant de 2001 à 2003. De même, la probabilité conditionnelle de survie au cours de la deuxième, de la troisième, de la quatrième et de la cinquième année suivant le diagnostic a été estimée d'après l'expérience de survie observée au cours de la période de 2001 à 2003 uniquement, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de 1999 à 2002, de 1998 à 2001, de 1997 à 2000 et de 1996 à 1999, respectivement. La logique de cette approche est analogue à celle de l'utilisation de tables périodiques de survie pour l'estimation de l'espérance de vie courante.

Le concept d'analyse par période a été introduit comme une nouvelle méthode d'analyse de la survie au cancer devant permettre d'obtenir des estimations plus à jour

de la survie à long terme que les méthodes conventionnelles basées sur l'analyse de cohortes<sup>49</sup>. Les évaluations empiriques faites de l'application de cette méthode dans un tel contexte ont été favorables<sup>50</sup>. On a déjà eu recours à l'analyse par période à l'aide de données provenant du RCC pour prédire la survie à long terme des adultes dont le cancer a été diagnostiqué en 2002<sup>13</sup> et des enfants et des adolescents dont le cancer a été diagnostiqué entre 1999 et 2003<sup>26</sup>.

Les analyses de survie s'appuyaient sur un algorithme rédigé par Paul Dickman<sup>51</sup> qui a été légèrement adapté. Les rapports de survie relative ont été estimés de la façon suivante : rapport de la survie observée des personnes atteintes de cancer 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 prévue ont été dérivées des tables complètes de mortalité provinciales selon le sexe produites par Statistique Canada, au moyen de la méthode Ederer II<sup>52</sup>. 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. Comme les rapports de survie relative se sont révélés presque identiques aux proportions de la survie observée chez les personnes de moins de 20 ans, c'est cette dernière mesure qui a été présentée pour ce groupe d'âge.

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. Plus précisément, 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 avait été 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.

## Tableau A7

**Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections faites par siège ou type de cancer**

Cancer	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.
Tous les cancers		I/H+F					
Cavité buccale					I/H, M/H		
Oesophage							
Estomac							
Côlon et rectum							
Foie							
Pancréas				I/H+F			
Larynx				M/H	I/H, M/H		M/H
Poumon	I/H+F, M/H+F		I/F	M/F			I/F, M/F
Mélanome		I/F	I/H+F	I/H+F	I/H+F		I/H, M/H
Sein							I/F
Col de l'utérus							
Corps de l'utérus					M		
Ovaire							
Prostate		I		I			
Testicule							
Vessie							
Rein				I/H			I/H
Encéphale							
Thyroïde							
Maladie de Hodgkin							
Lymphomes non hodgkiniens		I/H	I/H+F	I/H+F			M/H
Myélome multiple							
Leucémie		I/H					

### Règles appliquées :

- L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson.
- Les ajustements ne sont pas acceptés pour les cancers de l'estomac, du côlon et du rectum, du foie, du col de l'utérus, des testicules ou de la thyroïde en raison des fortes tendances préexistantes.
- Les ajustements ne sont envisagés que pour les cancers où l'écart entre l'estimation fondée sur le modèle de régression de Poisson et celle fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est supérieur à 10 %.
- Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

**Nota** : I – Incidence, M – Mortalité, H – Hommes, et F – Femmes

Tableau A7 (suite)

### Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections faites par siège ou type de cancer

Cancer	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Tous les cancers				I/H+F, M/H+F	I/H+F, M/H+F	I/H+F, M/H+F
Cavité buccale						
Oesophage	M/H					
Estomac						
Côlon et rectum						
Foie						
Pancréas	I/F					
Larynx	M/H		M/H			
Poumon	I/F, M/F					
Mélanome		I/H+F				
Sein						
Col de l'utérus						
Corps de l'utérus						
Ovaire						
Prostate	I, M					
Testicule						
Vessie	I/F, M/F					
Rein						
Encéphale						
Thyroïde						
Maladie de Hodgkin	I/F					
Lymphomes non hodgkiniens			M/H			
Myélome multiple						
Leucémie						

#### Règles appliquées :

- L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson.
- Les ajustements ne sont pas acceptés pour les cancers de l'estomac, du côlon et du rectum, du foie, du col de l'utérus, des testicules ou de la thyroïde en raison des fortes tendances préexistantes.
- Les ajustements ne sont envisagés que pour les cancers où l'écart entre l'estimation fondée sur le modèle de régression de Poisson et celle fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est supérieur à 10 %.
- Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

**Nota** : I – Incidence, M – Mortalité, H – Hommes, et F – Femmes

## ANNEXE III – SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

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

- ◆ cancer du sein (2007);
- ◆ progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage (2006);
- ◆ 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. 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.
2. Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires; 2005-2031*. N<sup>o</sup> 0010591-520-XIF au catalogue. Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2005. (Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/91-520-XIF/0010591-520-XIF.pdf>)
3. Kent WDT, Hall SF, Isotalo PA et al. *Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease*. CMAJ (Canadian Medical Association Journal) 2007;177:1357-61.
4. Duchesne, Doreen. *Les personnes âgées au travail*. L'emploi et le revenu en perspective. (Statistique Canada, n<sup>o</sup> 75-001-XIF au catalogue) 2002;3(5).
5. Action Cancer Ontario. *Le cancer chez les jeunes adultes au Canada* : Toronto, Canada, mai 2006.
6. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2003*, Toronto, Canada, 2003.
7. Du WB, Chia KS, Sankaranarayanan R, Sankila R, Seow A, Lee HP. *Population based survival analysis of colorectal cancer patients in Singapore, 1968-1992*. Int J Cancer 2002;99:460-465.
8. Dickman PW, Adami HO. *Interpreting trends in cancer patient survival*. J Int Med (Journal of internal medicine) 2006; 260:103-117.
9. Black RJ, Sankaranarayanan R, Parkin DM. *Interpretation of population-based cancer survival data*. In Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, Eds. *Cancer survival in developing countries*. IARC Scientific Publication no. 145. Lyon: International Agency for Research on Cancer/Centre international de recherche sur le cancer, 1998.
10. Ederer F, Axtell LM, Cutler SJ. *The relative survival rate: a statistical methodology*. National Cancer Institute monographs 1961; 6:101-121.
11. Merrill RM, Bird JS. *Effect of young age on prostate cancer survival: a population based assessment* (United States). Cancer Causes Control 2002; 13:435-443.
12. Brenner H, Arndt V. *Recent increase in cancer survival according to age: higher survival in all age groups but widening age gradient*. Cancer Causes Control 2004; 15:903-10.
13. Ellison LF, Gibbons L *Survie au cancer - prévisions mises à jour d'après l'analyse par période*. Rapports sur la santé 2006; volume 17, numéro 2 : 19-30.
14. Berrino F, Estève J, Coleman MO. *Basic issues in estimating and comparing the survival of cancer patients*. In Berrino F, Dante M, Verdecchia A, et al. *Survival of Cancer Patients in Europe. The Eurocare Study*. IARC Scientific Publication no. 132 Lyon: International Agency for Research on Cancer/Centre international de recherche sur le cancer, 1995:1-14.
15. Statistique Canada. *Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès 2003*. Service spécialisé de totalisations, janvier 2007.
16. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2004*, Toronto, Canada, 2004.

17. Barr RD, Sala A. *Hidden financial costs in the treatment for childhood cancer*. J Pediatr Hematol Oncol 2003; 25(11):842-4.
18. Marsden HB. *The classification of childhood tumours*. IARC Sci Publ. 1988; (87):9-16.
19. Malkin D, Friend SH, Li FP, Strong LC. *Germ-line mutations of the p53 tumor suppressor gene in children and young adults with second malignant neoplasms*. N Engl J Med 1997, Mar 6, 336(10), 734.
20. Steliarova-Foucher E, Stiller CA, Lacour B, Kaatsch P. *Classification Internationale des Cancers de l'enfant*, third edition. Cancer 2005, 103, 1457-1467.
21. Comité consultatif sur le contrôle du cancer, Institut national du cancer du Canada. *Bridging research to action: A framework and decision-making process for cancer control*. CMAJ 1994; Oct 15, 151(8), 1141-6.
22. Zahm SH, Devesa SS. *Childhood cancer: overview of incidence trends and environmental carcinogens*. Environ Health Perspect 1995; 103 Suppl 6:177-184.
23. Ross JA, Davies SM. *Screening for neuroblastoma: progress and pitfalls*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1999, Feb, 8(2), 189-94
24. Woods WG, Tuchman M, Robinson LL, Bernstein M, Leclerc JM, Brisson LC, Brossard J, Hill G, Shuster J, Luepker R, Byrne T, Weitzman S, Bunin G, Lemieux B. *A population-based study of the usefulness of screening for neuroblastoma*. Lancet 1996, Dec 21-28, 348(9043), 1682-7.
25. Dang-Tan T, Franco EL. *Diagnosis Delays in Childhood Cancer : A Review*. Cancer 2007; 110:703-13.
26. Ellison LF, Pogany L, Mery LS. *Survie au cancer chez l'enfant et l'adolescent : analyse par période des données du Registre canadien du cancer*. Eur J Cancer 2007; 43:1967-1975.
27. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, Clegg L, Horner MJ, Howlader N, Eisner MP, Reichman M, Edwards BK (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2004/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2004/), d'après les données présentées en vue du SEER de novembre 2006, affichées sur le site web du SEER, 2007.
28. Blatt J, Copeland DR, Bleyer WA (1997) *Late effects of childhood cancer and its treatment*. In: Pizzo PA and Poplack DG (eds) Principles and practices of pediatric oncology. Philadelphia, Lippincott-Raven. p. 1303-29.
29. Sklar CA. *Overview of the effects of cancer therapies: the nature, scale and breadth of the problem*. Acta Paediatr Suppl 1999, 88(433), 1-4.
30. Mertens AC, Yasui Y, Neglia JP, Potter JD, Nesbit ME, Jr., Ruccione K, et al. *Late mortality experienced in five-year survivors of childhood and adolescent cancer: the childhood cancer survivor study*. Journal of Clinical Oncology 2001, 19(13), 3163-3172.
31. Villeneuve PJ, Raman S, Leclerc JM, Huchcroft S, Dryer D, Morrison H. *Survival rates among Canadian children and teenagers with cancer diagnosed between 1985 and 1988*. Cancer Prev Control 1998; 2:15-22.
32. Widger K, Davies D, Drouin DJ, Beaune L, Daoust L, Farran RP, Humbert N, Nalewajek F, Rattray M, Rugg M, Bishop M. *Pediatric patients receiving palliative*

- care in Canada: results of a multicenter review.* Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 Jun;161(6):597-602.
33. Harris MB. *Palliative care in children with cancer: which child and when.* J Natl Cancer Inst Monogr 2004, (32), 144-9.
  34. CureSearch (Children's Oncology Group) [En ligne]. 15 octobre 2007. Affiché à l'adresse: <http://www.curesearch.org/> [Consulté le 15 octobre 2007].
  35. Agence de la santé publique du Canada [En ligne]. 15 novembre 2007. Affiché à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/program/ccscsp-pcslce/about\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/program/ccscsp-pcslce/about_f.html) [Consulté le 15 novembre 2007].
  36. Kramarova E, Stiller CA, Ferlay J, Parkin DM, Draper GJ, Michaelis J, Neglia J and Qureshi S. (1996) *Classification Internationale des Cancers de l'enfant.* IARC Technical Report No 29. International Agency for Research on Cancer/Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, 1996.
  37. Fritz A, et al., (eds). *International Classification of Diseases for Oncology.* Troisième édition. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
  38. Organisation mondiale de la santé. *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision, volumes 1 to 3. Genève, 1992.
  39. Capocaccia R, De Angelis R. *Estimating the completeness of prevalence based on cancer registry data.* Stat Med 1997;16:425-40.
  40. Statistique Canada. *Causes de décès.* Statistique Canada, no 84-208-XIF2007001 au catalogue. Ottawa. Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/84-208-XIF/84-208-XIF2007001.htm>
  41. Statistique Canada. *Incidence du cancer au Canada.* Statistique Canada, no 82-231-XIF2007001 au catalogue. Ottawa, Industrie Canada. Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-231-XIF/82-231-XIF2007001.htm>
  42. Statistique Canada. *Compendium des estimations démographiques 2006.* Statistique Canada, no 91-213-SCB au catalogue. Ottawa, Industrie Canada.
  43. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y et al. (eds.). *Cancer incidence in five continents*, volume VII. Lyon: International Agency for Research on Cancer/Centre international de recherche sur le cancer, IARC Scientific Publication No. 143, 1997.
  44. Statistique Canada. *Classification géographique type (CGT) 1996.* Supplément. Ottawa. Affiché à l'adresse : [http://www.statcan.ca/francais/Subjects/Standard/sgc/1996/1996-sgc-supp\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/Subjects/Standard/sgc/1996/1996-sgc-supp_f.htm)
  45. Zdeb MS. *The probability of developing cancer.* Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
  46. 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.
  47. Ellison, L.F., Gibbons, L., et 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):25-38.
  48. Statistique Canada. *Manuels de procédures du registre canadien du cancer- Aperçu de la confirmation des décès*, Édition 2006. Statistique Canada, n° 82-225-XIF au catalogue — N° 009, Ottawa. Industrie Canada. Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/research/82-225-XIF/2006009/82-225-XIF20060099205.pdf>

49. Brenner H, Gefeller O. *Deriving more up-to-date estimates of long term patient survival*. J Clin Epidemiol 1997; 50:211-216.
50. Ellison LF. *An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry*. Annals Epidemiol 2006; 16:191-196.
51. Dickman PW. Population-based cancer survival analysis. Affiché à l'adresse : <http://www.pauldickman.com/teaching/tampere2004/index.php>. Consulté en août 2005.
52. Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates*, methodological note 11, End Results Evaluation section, National Cancer Institute, August 1959.
53. Statistique Canada. *Statistiques sur la survie au cancer 1992 à 1998*. N° 82-226-XWF au catalogue. Ottawa. Industrie Canada, 2006. Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-226-XIF/82-226-XIF2006001.htm>
54. Le ND, Marett LD, Robson DL, Semenciw RM et coll. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et services Canada, Ottawa, 1995. Numéro de catalogue : Catalogue H49-6/1-1996.
55. Wu XC, McLaughlin CC, Lake A et al. (eds.). *Cancer in North America, 2000-2004*. Volume one: Incidence; volume two: Mortality. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. May 2007.
56. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. (eds.). *Cancer incidence in five continents*, volume VIII .Lyon: International Agency for Research on Cancer/ Centre international de recherche sur le cancer, Scientific Publication No. 155, 2002.

Le lecteur peut obtenir des renseignements complémentaires sur la présente publication en consultant d'autres sources, notamment des rapports de registres provinciaux et territoriaux du cancer; *Incidence du cancer au Canada*<sup>41</sup>, *Statistiques sur la survie au cancer*<sup>53</sup>, et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada; *Maladies chroniques au Canada et Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*<sup>54</sup>, de Santé Canada/l'Agence de la santé publique du Canada; une monographie collective intitulée *Cancer in North America, 2000-2004*<sup>55</sup>, de la North American Association of Central Cancer Registries et *Cancer Incidence in Five Continents*<sup>56</sup>, du Centre international de recherche sur le cancer.

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 110.

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

Pour obtenir des détails sur la méthodologie, communiquez avec la Division de la surveillance, Agence de la 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 divers paramètres (p. ex. 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 la 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 613 952-5176. Des articles analytiques consacrés au cancer paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, publication trimestrielle, n° 82-003 au catalogue.

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

Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents. (Voir les adresses, numéros de téléphone, numéros de télécopieur et sites Web aux pages 108 et 109.)

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

- ◆ Société canadienne du cancer (SCC)  
[www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)
- ◆ Institut national du cancer du Canada (INCC)  
[www.ncic.cancer.ca](http://www.ncic.cancer.ca)
- ◆ Agence de la santé publique du Canada  
[www.phac-aspc.gc.ca/new\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html) (cliquer sur « Surveillance »)
- ◆ Statistique Canada  
[www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/freepub\\_f.cgi](http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/freepub_f.cgi) (cliquer sur « Santé »)
- ◆ Association canadienne des agences provinciales du cancer (CAPCA)  
[www.capca.ca](http://www.capca.ca)
- ◆ Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada  
[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/prccc-relccc/index\\_f.html](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**

M<sup>me</sup> 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.easternhealth.ca](http://www.easternhealth.ca)

#### **ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

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

#### **NOUVELLE-ÉCOSSE**

M<sup>me</sup> 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](http://www.cancercare.ns.ca)

#### **NOUVEAU-BRUNSWICK**

D<sup>r</sup> S. Eshwar Kumar / D<sup>r</sup> Réjean Savoie  
*Co-Chief Executive Officers*  
New Brunswick Cancer Network  
New Brunswick Department of Health  
Carleton Place  
520 King Street  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 6G3  
Tél. : (506) 453-5521  
Fax : (506) 453-5522  
<http://www.gnb.ca/0051/cancer/index-e.asp>

#### **QUÉBEC**

M. 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<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1  
Tél. : 418 266-6739  
Fax : 418 266-4609  
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>

#### **ONTARIO**

M<sup>me</sup> 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](http://www.cancercare.on.ca)

## MANITOBA

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

## SASKATCHEWAN

M<sup>me</sup> Heather Stuart  
Directrice provinciale, 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.saskcancer.ca

## ALBERTA

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

## YUKON

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

## COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

## NUNAVUT

D<sup>r</sup> Issac Sobol  
Directeur du registre  
Ministère de la Santé et des Services  
sociaux  
Box 1000, Station 1000  
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0  
Tél. : 867 975-5700  
Fax : 867 975-5780

## TERRITOIRES DU NORD-OUEST

D<sup>r</sup> André Corriveau  
Chief Medical Health Officer and  
Registrar, Disease Registries  
Department of Health and Social Services  
Government of the N.W.T.  
Box 1320, 5022 49<sup>th</sup> Street  
Centre Square Tower, 6<sup>th</sup> Floor  
Yellowknife, N.W.T., X1A 2L9  
Tel: (867) 920-8646  
Fax: (867) 873-0442  
www.gov.nt.ca

## STATISTIQUE CANADA

M<sup>me</sup> 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  
www.ncic.cancer.ca

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

Société canadienne du cancer  
Viking Building, 2<sup>e</sup> étage  
P.O. Box 8921  
136 Crosbie Road  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)  
A1B 3R9  
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  
Suite 200, 325 Manning Rd. N.E.  
Calgary (Alberta) T2E 2P5  
Tél. : 403 205-3966  
Fax : 403 205-3979

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

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

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 2008, à l'adresse suivante :

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

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

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*.

	Pas utile	Un peu utile	Très utile
Faits saillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer	<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 des cas de cancer selon l'âge et le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévalence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Survie relative à cinq ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sujet particulier</b>			
<b>Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)</b>	<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 2009).  
En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

# Des questions sur le cancer?

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

**1 888 939-3333** DU LUNDI AU VENDREDI, 9 H À 18 H

DISTRIBUÉ PAR



Société  
canadienne  
du cancer

Canadian  
Cancer  
Society



113-226