



STATISTIQUES **CANADIENNES** SUR LE CANCER **2011**

Section spéciale sur le cancer colorectal

Produit par : Société canadienne du cancer, Statistique
Canada, Registres provinciaux et territoriaux du cancer, Agence
de la santé publique du Canada
cancer.ca

Membres du Comité directeur

Heather Chappell (présidente), M. Sc., CHE

Politiques de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Prithwish De, Ph. D.

Politiques de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, M.D., FRCPC

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

Larry Ellison, M. Sc.

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

Heather Logan, R.N., B. Sc. N., M. H. Sc., CHE

Association canadienne des agences provinciales du cancer, Toronto (Ontario)

Maureen MacIntyre, MHSA

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

Loraine Marrett, Ph. D.

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

Les Mery, M. Sc.

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

Hannah K. Weir, Ph. D.

Division of Cancer Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Soutien analytique et statistique

Michael Otterstatter, Ph. D.

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

Robert Semenciw, M. Sc.

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

Lin Xie, M. Sc. (statistique), M. Sc. (MIS)

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 sous la forme suivante :

« Comité directeur de la Société canadienne du cancer : **Statistiques canadiennes sur le cancer 2011. Toronto : Société canadienne du cancer, 2011** ».

Mai 2011

ISSN 0835-2976

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 le formulaire d'évaluation* figurant au verso de la publication ou envoyer un courriel à stats@cancer.ca.

Cette publication est également disponible à l'adresse www.cancer.ca/statistics. 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.

Si l'on repense à ce qu'était la situation il y a 25 ans, au milieu des années 1980, le lecteur d'aujourd'hui pourrait avoir de la difficulté à réaliser à quel point les statistiques sur le cancer au Canada étaient rares à cette époque. Le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDDCC), mis sur pied en 1969, était sous pression pour présenter les données réelles déclarées par les registres provinciaux du cancer dans les cinq ans suivant l'année de référence. Si ces données extrêmement détaillées étaient publiées par Statistique Canada dans *Le cancer au Canada*, les totaux nationaux ne contenaient cependant pas les chiffres d'une importante province canadienne. Il n'est donc pas étonnant que la plupart des experts canadiens dans le domaine du cancer citaient les estimations statistiques annuelles à jour des États-Unis. Ironiquement, les estimations américaines étaient fondées sur des données du programme américain Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER), qui couvrait à l'époque environ 10 % de la population des États-Unis. Par opposition, le Canada disposait d'excellents registres du cancer qui couvraient l'ensemble de la population, mais on ne tirait pas un profit optimal des données disponibles.

La frustration engendrée par la lenteur avec laquelle les données réelles étaient rapportées était partagée par tous les responsables de la compilation des statistiques sur le cancer au Canada. Par conséquent, lorsque le Dr Bob MacBeth, de l'Institut national du cancer du Canada/la Société canadienne du cancer (INCC/SCC), a proposé à Statistique Canada en 1985 de réaliser des estimations des données canadiennes en s'inspirant du modèle américain, le personnel de cette organisation a adhéré avec enthousiasme au projet. On a mis sur pied un comité directeur, chargé de donner au projet une légitimité scientifique et politique, qui constitue l'un des premiers exemples de partenariat dans la lutte contre le cancer, puisqu'il comptait parmi ses membres des représentants de l'Alberta Cancer Registry, de Santé et Bien-être social Canada, de la Société canadienne du cancer, du Fichier des tumeurs du Québec et de Statistique Canada. Les membres ont fourni avec enthousiasme des données provenant de diverses sources, dans le but de présenter la meilleure vue d'ensemble possible de la situation du cancer au Canada. L'organisation des réunions du Comité directeur et les frais d'impression et de diffusion étaient assumés par la Société.

Lorsque je suis arrivée à Statistique Canada en décembre 1985 dans le cadre d'une affectation temporaire à titre de gestionnaire de projet, Registres des maladies, on avait déjà commencé à élaborer la méthodologie pour produire les estimations des données sur le cancer. J'ai occupé le poste de rédacteur en chef de la publication pendant ses 10 premières années, qui ont été une période passionnante pour le développement des statistiques sur le cancer au Canada. Les premières estimations pour l'année en cours ont été produites pour 1986; mais, au moment où les estimations ont été révisées, comme la moitié de l'année 1986 était déjà écoulée, le Comité directeur a prudemment recommandé de reporter la publication. La première édition de *Statistiques canadiennes sur le cancer*, qui ne contenait que 32 pages, a été publiée en 1987.

La publication a connu un succès instantané, faisant la une des principaux quotidiens d'information en annonçant qu'un peu plus d'un Canadien sur trois serait atteint d'une forme de cancer au cours de sa vie. Dans les premières années, on a élargi la portée du contenu pour inclure les répartitions selon l'âge et le sexe, le cancer chez l'enfant, ainsi qu'une large gamme de sujets particuliers annuels. Le sujet particulier abordé en 1991, le tabagisme et le cancer du poumon, était particulièrement à propos puisque ce volume était publié en même temps que se déroulait au Québec une affaire judiciaire

majeure mettant en cause les fabricants de cigarettes, et a suscité beaucoup d'intérêt de la part des médias nationaux. À ce moment, *Statistiques canadiennes sur le cancer* avait fait ses preuves en tant que source responsable, conviviale et respectée de statistiques nationales pour le Canada et était devenu un véhicule majeur pour la diffusion non seulement des données statistiques, mais aussi de toute l'information connexe utile pour la lutte contre le cancer.

Au cours des dernières 25 années, les sources de données ont fait l'objet d'améliorations considérables, principalement grâce au passage du Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC), axé sur les événements, au Registre canadien du cancer (RCC), axé sur les patients. La mise sur pied du RCC a nécessité des efforts importants de coopération et de collaboration entre Statistique Canada et les registres provinciaux et territoriaux du cancer pendant plus d'une décennie, entre 1987 et 1997.

Statistiques canadiennes sur le cancer a continué à grandir, tant sur le plan de son contenu que sur celui de sa réputation, avec plus de 120 pages publiées chaque année et une distribution en formats électronique et imprimé. Le Comité directeur actuel compte davantage de membres pour mieux représenter le nombre croissant d'intervenants nationaux. Les estimations du cancer et les taux de survie sont à présent produits à partir des données du RCC. On a continué à apporter des améliorations aux méthodologies de projection, de même qu'aux données sur l'incidence, qui sont maintenant disponibles pour toutes les provinces. Outre les tendances fondamentales, on présente une quantité considérable de données touchant tous les aspects de la lutte contre le cancer, allant des données sur les facteurs de risque, importantes pour la prévention, à celles sur le dépistage, dont on a besoin pour surveiller les programmes de dépistage du cancer; de plus, dans l'édition de 2010, on aborde la question des soins de fin de vie. Cette publication, qui jouit d'une très large diffusion et est utilisée par les chercheurs, les administrateurs et les professionnels de la santé, est une source incontournable de connaissances aux fins de la lutte contre le cancer, pour ce qui intéresse notamment l'analyse des tendances, les profils de survie, l'éducation et la planification des services de santé.

Leslie Gaudette, ancien membre du Comité directeur

Références

Band P, Gaudette LA, Hill GB, Holowaty EJ, Huchcroft SA, Johnston GM, Illing EMM, Mao Y, Semenciw RM. *The Making of the Canadian Cancer Registry: Cancer Incidence in Canada and its Regions, 1969–1988*. Ottawa, ON: Canadian Council of Cancer Registries, Health and Welfare Canada, Statistics Canada; 1993.

Ellison LF, Gibbons L, and the Canadian Cancer Survival Analysis Group. Five-year relative survival from prostate, breast, colorectal and lung cancer. *Health Reports* 2001;13(1):23–34.

Gaudette LA, Lee J. *Cancer Incidence in Canada, 1969–1993*. Ottawa, ON: Statistics Canada; 1997.

Dates clés

- Années 1930** Premiers registres provinciaux du cancer en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba
- Années 1940** Création du registre du cancer de l'Alberta
- Années 1950** Organisation d'ateliers pour le personnel technique des registres provinciaux du cancer avec l'appui de l'INCC
- Années 1960** Création de registres en Ontario et au Québec; certaines provinces mettent sur pied des bases de données informatisées
- 1969** Création du SNDCC
- Années 1970** Les provinces de l'Ouest, l'Ontario et le Québec transmettent leurs données à Statistique Canada par voie électronique
- Début des années 1980** Remaniement du SNDCC
- 1985** À l'issue d'une visite sur place au SNDCC, il est recommandé de mettre sur pied un registre du cancer national pleinement fonctionnel; les fonds de démarrage du projet de RCC sont fournis par l'INCC et la SCC
- Fin des années 1980** Les administrateurs du registre du cancer se réunissent une à deux fois par année; on met sur pied des comités chargés d'encadrer la qualité des données et les modalités d'élaboration de la base de données et de confirmation des décès
- 1993** Publication du document *Développement du registre canadien du cancer : incidence du cancer au Canada et dans ses régions, 1969 à 1988*, qui présente sous forme de tableaux les données sur l'incidence nationale du cancer au cours des 20 premières années
- 1994-95** Première année d'activité pour le RCC (avec des données à partir de 1992)
- 1996** Premier couplage interne de données pour déceler les doublons
- 1997** Achèvement de l'élaboration du module de confirmation des décès du RCC; publication de *L'incidence du cancer au Canada : 1969-1993*, qui s'appuie sur des données nationales présentées dans un format commun
- 2001** Publication des taux de survie au cancer s'appuyant sur les données du RCC

1. Incidence du cancer et mortalité par cancer

- ◆ On estime que 177 800 nouveaux cas de cancer (à l'exclusion de 74 100 cas de cancer de la peau autre que le mélanome) et 75 000 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2011.
- ◆ Environ la moitié des cas nouvellement diagnostiqués seront des cancers du poumon, des cancers colorectaux, des cancers de la prostate et des cancers du sein.
- ◆ Plus du quart (27 %) de tous les décès par cancer sont attribuables au cancer du poumon.
- ◆ Le cancer colorectal a une incidence significative sur la mortalité chez les hommes et les femmes combinés, avec un nombre de décès estimé à 8 900 (12 % de tous les décès par cancer).

2. Incidence et mortalité selon la province

- ◆ En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec. C'est en Colombie-Britannique qu'ils sont les plus bas.
- ◆ Chez les hommes comme chez les femmes, les taux d'incidence du cancer du poumon les plus élevés se retrouvent au Québec et les plus faibles, en Colombie-Britannique.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer colorectal les plus élevés chez les hommes et les femmes sont observés à Terre-Neuve-et-Labrador. Chez les femmes, les taux sont également élevés à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse. Les taux les plus bas pour les deux sexes sont enregistrés en Colombie-Britannique.
- ◆ C'est en Saskatchewan que l'on enregistre le taux de mortalité le plus élevé lié au cancer de la prostate.
- ◆ Le taux d'incidence du cancer du sein semble passablement constant d'une région à l'autre au Canada.

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

- ◆ Le risque de cancer augmente avec l'âge; 42 % des nouveaux cas de cancer et 59 % des décès par cancer touchent des personnes de 70 ans et plus.
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité chez les hommes dépassent ceux enregistrés chez les femmes vers l'âge de 55 ans.
- ◆ Le taux de mortalité est en déclin chez les hommes de la plupart des groupes d'âge et chez les femmes de moins de 70 ans.

4. Tendances de l'incidence et de la mortalité

- ◆ Les hausses du nombre de nouveaux cas de cancer sont principalement attribuables à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- ◆ Entre 1998 et 2007, le taux d'incidence du cancer de la thyroïde a augmenté d'une moyenne de 7 % par année chez les hommes et de 9 % chez les femmes. Le taux d'incidence du cancer du foie a augmenté en moyenne de 4 % par année chez les hommes et d'un peu plus de 2 % par années chez les femmes.

- ◆ Entre 1998 et 2007, le taux d'incidence a diminué en moyenne, d'au moins de 2 % par année pour le cancer de l'estomac chez les hommes, et pour le cancer du larynx chez les deux sexes.
- ◆ Entre 1997 et 2006, le taux de mortalité global a beaucoup diminué chez les deux sexes. Le taux a diminué, en moyenne, d'au moins 2 % par année pour les cancers du poumon, de la cavité buccale, de la prostate et du larynx chez les hommes; pour le cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes; et pour le cancer de l'estomac et le lymphome non hodgkinien chez les deux sexes.

5. Incidence, mortalité et survie chez les enfants et les jeunes (de 0 à 19 ans)

- ◆ Bien qu'il soit rare, le cancer chez les enfants et les jeunes demeure un problème de santé publique important.
- ◆ On estime qu'en moyenne, 1 310 enfants et jeunes âgés de 0 à 19 ans sont atteints d'un cancer chaque année; toutefois, grâce à l'efficacité du traitement des cancers les plus courants, près d'un cas sur sept seulement se solde par un décès.
- ◆ Le taux d'incidence du cancer chez les enfants et les jeunes est relativement constant depuis 1985, mais le taux de mortalité par cancer continue de décliner.
- ◆ L'amélioration de la survie au cancer chez les enfants et les jeunes (qui est à présent de 82 %) a rendu plus pressant le besoin d'assurer un suivi à long terme des séquelles de cette maladie.

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

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

7. Survie relative à cinq ans

- ◆ Les taux de survie relative les plus élevés sont ceux des cancers de la thyroïde, de la prostate et des testicules.
- ◆ Les taux de survie relative les plus faibles sont ceux des cancers du pancréas, de l'œsophage et du poumon.
- ◆ La survie relative au cancer du poumon diminue en général avec l'âge. Les taux de survie au cancer du sein sont beaucoup plus faibles chez les femmes qui avaient 15 à 39 ans ou 80 à 99 ans au moment du diagnostic que chez celles de tous les autres groupes d'âge.
- ◆ La survie relative au cancer, tous types/sièges confondus, a augmenté de 6 % entre 1992-1994 et 2004-2006. Les augmentations les plus marquées concernent le lymphome non hodgkinien et les leucémies.

8. Prévalence

- ◆ Les cancers du sein, de la prostate, du côlon et du rectum et du poumon diagnostiqués entre 1997 et la fin de 2006 étaient les cancers les plus courants en date du

FAITS SAILLANTS

1^{er} janvier 2007 et représentaient près de 60 % des cas prévalents sur cette période de 10 ans.

- ◆ Chez les femmes, les cancers les plus courants durant cette période de 10 ans étaient le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du corps de l'utérus et le cancer du poumon.
- ◆ Chez les hommes, les cancers les plus courants durant cette période de 10 ans étaient le cancer de la prostate, le cancer colorectal, le cancer de la vessie et le cancer du poumon.
- ◆ Au fur et à mesure qu'augmente le nombre de Canadiens recevant un diagnostic de cancer et que progresse la survie à cette maladie, le taux de prévalence du cancer augmente. Ce fardeau de plus en plus lourd aura une incidence sur les ressources en soins de santé, car les Canadiens seront de plus en plus nombreux à avoir besoin de traitements médicaux, d'un suivi et de soins de soutien.

9. Sujet particulier : le cancer colorectal

- ◆ Le cancer colorectal est la deuxième cause par ordre d'importance de décès par cancer au Canada (8 900 décès estimés en 2011) et le quatrième type de cancer le plus couramment diagnostiqué globalement (22 200 nouveaux cas estimés en 2011).
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge sont considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- ◆ Au Canada, le taux d'incidence suit un gradient géographique est-ouest qui s'explique probablement par des différences sur le plan des facteurs de risque (p. ex. alimentation, activité physique et antécédents familiaux de la maladie) et de l'intensité des efforts en matière de dépistage.
- ◆ Le dépistage du cancer colorectal est recommandé pour les Canadiens âgés de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen. Des programmes de dépistage structurés sont aujourd'hui offerts dans plusieurs provinces.
- ◆ La survie relative s'élève à 63 %, ce qui correspond à une amélioration de près de huit points de pourcentage entre 1992-1994 et 2004-2006.

Statistiques canadiennes sur le cancer, qui fait partie d'une série annuelle inaugurée en 1987, est l'œuvre des membres du Comité directeur des statistiques sur le cancer, soutenu par la Société canadienne du cancer. Le Comité directeur est responsable des aspects suivants : élaboration du contenu, examen et interprétation des données statistiques et rédaction du texte. Il est formé de membres 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 même que de chercheurs du milieu universitaire et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer.

Objet et publics cibles

Cette publication annuelle vise avant tout à fournir aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs des renseignements détaillés sur l'incidence des cancers les plus courants, sur la mortalité associée à ces derniers selon l'âge, le sexe, la période et la province ou le territoire, de même que sur d'autres mesures du fardeau de cette maladie. 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. Ce rapport pourrait aussi être utile aux éducateurs, aux représentants des médias et aux membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Nouveau format bisannuel

Chaque année, ce rapport fait le point sur l'incidence et la prévalence du cancer, sur la mortalité et la survie liées à cette maladie et sur le risque d'être atteint du cancer ou d'en mourir. Étant donné qu'une partie de cette information ne varie pas de manière significative d'une année à l'autre, on a introduit un nouveau format bisannuel depuis l'édition de 2010, dans lequel certaines données ne sont présentées qu'une année sur deux. Cette formule permet au Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer d'aller au-delà des statistiques habituelles et d'explorer et d'approfondir de nouveaux aspects concernant des questions spécialisées dans le domaine du cancer.

En raison de ce changement, les sections sur la survie relative à cinq ans, sur la prévalence, sur la probabilité d'être atteint du cancer et d'en mourir et sur l'incidence, la mortalité et la survie chez les enfants n'ont pas été incluses dans l'édition de 2010, mais sont présentées cette année et continueront d'apparaître dans la publication toutes les années impaires.

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

Le Registre canadien du cancer (RCC), le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC), la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, ainsi que les recensements et les prévisions dans la population sont les principales sources de données pour cette publication.

- ◆ Les données cliniques et démographiques sur les cas de cancer récemment diagnostiqués sont recueillies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer pour les personnes résidant dans la province ou le territoire en question. Elles sont communiquées annuellement à Statistique Canada et ajoutées au RCC.
- ◆ Les données démographiques et les renseignements sur les causes de décès sont recueillis par les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil pour les personnes qui résidaient dans la province ou le territoire en question lors du décès. Ils sont communiqués annuellement à Statistique Canada et ajoutés à la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès.

À PROPOS DE LA PUBLICATION

- ◆ Sauf indication contraire, les cancers mentionnés dans le présent rapport sont définis selon les catégories décrites dans le tableau A10.
- ◆ Les cancers suivants ont été exclus :
 - les cancers de la peau (basocellulaires et squameux) autres que le mélanome;
 - les tumeurs bénignes et les cancers in situ (sauf les cancers in situ de la vessie, qui sont inclus pour toutes les provinces et tous les territoires, hormis l'Ontario).

La plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome. Les estimations canadiennes sur le cancer de la peau autre que le mélanome sont basées sur les données provenant de trois provinces et elles sont présentées dans les tableaux 1.1 et 1.2 seulement.

Données réelles et données estimatives (pour des renseignements détaillés, voir les Annexes I et II)

- ◆ L'information contenue dans la présente publication comprend à la fois des données réelles et des données estimatives.
- ◆ Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans cette publication couvrent la période allant de 1982 à 2008 (sauf pour le Québec, pour lequel les données du RCC étaient disponibles jusqu'à 2007 au moment de la préparation de la présente publication).
- ◆ Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006 pour l'ensemble des provinces et des territoires.
- ◆ Les données sur l'incidence pour 2008 à 2011 et les données sur la mortalité pour 2007 à 2011 sont estimées à partir des tendances à long terme (15 à 20 ans). Par conséquent, les taux prévus pourraient ne pas tenir compte des changements récents dans les tendances à long terme.

Examen et analyse

- ◆ La Division de la surveillance des maladies chroniques du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC), qui fait partie de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), s'est chargée de l'analyse des données dans la plupart des sections. Les analystes ont été appuyés par M^{me} Brenda Branchard, qui a mis à jour les figures et les tableaux.
- ◆ Des analyses ont également été fournies par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada.
- ◆ Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont examiné les estimations relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer dans leur province et territoire respectif. Les résultats de cet examen sont présentés dans les tableaux A8 et A9.
- ◆ Michel Beaupré et Rabia Louchini, du Fichier des tumeurs du Québec, Jean-Marc Daigle, de l'Institut national de santé publique du Québec ont revu la version française de cette publication.

Sujet particulier : le cancer colorectal

Cette section a été élaborée par un groupe de travail constitué de membres du Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer et d'autres auteurs dont le nom apparaît au début de la section 9. Les auteurs souhaitent remercier le D^r Jeff Sisler, d'Action cancer Manitoba, pour sa contribution au volet clinique, et le D^r John McLaughlin, d'Action cancer Ontario, pour avoir effectué une relecture critique de la version finale de cette section.

Pour obtenir la liste complète des sujets particuliers examinés au cours des dernières années, consulter l'annexe III. Les sections sur des sujets particuliers publiées au cours des dernières années (1988 à 2010) sont offertes en ligne au www.cancer.ca/statistiques; on peut aussi obtenir des exemplaires imprimés en écrivant à : stats@cancer.ca.

Production et distribution

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

Comment accéder au contenu de la présente publication

Des copies électroniques de la publication (en français et en anglais), toutes les figures et certains autres tableaux et figures non inclus dans le rapport peuvent être obtenus sur le site Web de la Société canadienne du cancer à www.cancer.ca/statistiques. Le contenu de la présente publication peut être utilisé sans permission. Les renseignements exacts concernant la source à indiquer dans ce cas figurent au début du document.

Pour accéder à des ressources additionnelles sur la surveillance du cancer au Canada, veuillez consulter la section intitulée *Pour en savoir plus sur le cancer*.

	Page
1. Incidence et mortalité selon le siège ou type de cancer	15
2. Incidence et mortalité selon la province	20
3. Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe	28
4. Tendances de l'incidence et de la mortalité	34
5. Incidence, mortalité et survie chez les enfants et les jeunes (0 à 19 ans)	55
6. Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	59
7. Survie relative à cinq ans	63
8. Prévalence	70
9. Sujet particulier : le cancer colorectal	77
Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès	105
Annexe II : Sources de données et méthodologie	112
Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années	128
Glossaire	129
Références	133
Pour en savoir plus sur le cancer	138
Bon de commande et formulaire d'évaluation	143

Tableaux

1.1	Nombre estimatif de nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2011	16
1.2	Nombre estimatif de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2011	17
2.1	Population estimée et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 2011	23
2.2	Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2011	24
2.3	Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2011	25
2.4	Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2011	26
2.5	Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2011	27
3.1	Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2011	29
3.2	Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour les cancers les plus courants selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2011	30
4.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1982–2011	50
4.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1982–2011	51
4.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1982–2011	52
4.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1982–2011	53
4.5	Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence (1998–2007) et de mortalité (1997–2006) normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada	54
5.1	Nouveaux cas et décès, taux annuels moyens d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) et estimations de la proportion de la survie observée (PSO) à 5 ans (et intervalles de confiance [IC] à 95 %) par groupe de diagnostics, chez les enfants et les jeunes (0–19 ans), Canada (à l'exception du Québec)	57
6.1	Probabilité à vie d'être atteint du cancer et d'en mourir et probabilité d'être atteint du cancer selon l'âge, Canada	61
7.1	Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans et intervalles de confiance (IC) à 95 % pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec), 2004–2006	67

TABLE DES MATIÈRES

7.2	Rapports estimatifs de survie relative à 5 ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance (IC) à 95 % pour les cancers les plus courants, selon la province, Canada (à l'exception du Québec), 2004–2006	68
7.3	Rapports estimatifs de survie relative à 5 ans et intervalles de confiance (IC) à 95 % pour les cancers les plus courants, par groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2004–2006	68
8.1	Prévalence fondée sur la tumeur selon la durée et le sexe, certains cancers, Canada, 1 ^{er} janvier 2007	73
8.2	Prévalence à dix ans fondée sur la personne par sexe, cancers les plus courants, Canada, 1 ^{er} janvier 2007	74
9.1	Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par province ou territoire et par sexe, cancer colorectal, Canada	88
9.2	Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge par sous-siège et par sexe, cancer colorectal, Canada	89
9.3	Facteurs de risque du cancer colorectal	90
9.4	Lignes directrices relatives au dépistage du cancer colorectal chez les Canadiens présentant un risque moyen	90
9.5	Programmes organisés provinciaux de dépistage du cancer colorectal actuellement mis en œuvre	91
9.6	Résumé des lignes directrices cliniques pour la prise en charge des cas de cancer du côlon ou du rectum	92
9.7	Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance (IC) à 95 % par province, cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec), comparaison des années 2004–2006 et 1992–1994	93
9.8	Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans et intervalles de confiance (IC) à 95 % par sous-siège, sexe et groupe d'âge, cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec), 2004–2006	94
9.9	Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance à 95 % par sous-siège, cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec), comparaison des années 2004–2006 et 1992–1994	95
A1	Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, Canada, 2007	106
A2	Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2006	107
A3	Données réelles sur l'incidence des cancers les plus courants, selon le sexe et la province ou le territoire, année la plus récente, Canada	108
A4	Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province ou le territoire, année la plus récente, Canada	109
A5	Données réelles sur la mortalité pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 2006	110

A6	Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 2006	111
A7	Modifications de la définition de certains cancers depuis 2004	123
A8	Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections des taux d'incidence selon le siège ou type de cancer et la province, 2011	124
A9	Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections des taux de mortalité selon le siège ou type de cancer et la province, 2011	125
A10	Définition des différents cancers	126
A11	Définition des cancers – sujet particulier	127

Figures

1.1	Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, hommes, Canada, 2011	18
1.2	Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, femmes, Canada, 2011	19
3.1	Taux d'incidence (2007) et de mortalité (2006) par âge selon le sexe pour tous les cancers, Canada	31
3.2	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1982–2011	32
4.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1982–2011	42
4.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1982–2011	43
4.3	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1982–2011	44
4.4	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1982–2011	45
4.5	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1982–2011	46
4.6	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1982–2011	47
4.7	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1982–2011	48
4.8	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1982–2011	49

TABLE DES MATIÈRES

5.1	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus fréquemment observés chez les enfants et les jeunes (0–19 ans), Canada, 1985–2011	58
7.1	Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance à 95 % pour certains cancers, pour les deux sexes, Canada (à l'exception du Québec), comparaison des années 2004–2006 et 1992–1994	69
8.1	Prévalence à cinq ans fondée sur la tumeur selon le sexe et l'âge, tous les cancers, Canada, 1 ^{er} janvier 2007	75
8.2	Prévalence fondée sur la tumeur selon la durée, cancers les plus fréquents, Canada, 1 ^{er} janvier 2007	76
9.1	Anatomie du côlon et du rectum	96
9.2	Taux d'incidence (2003–2007) et de mortalité (2003–2006) par âge selon le sexe, cancer colorectal, Canada	97
9.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA; 2003–2007), taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA; 2003–2006) et intervalle de confiance à 95 % par province ou territoire et par sexe, cancer colorectal, Canada	98
9.4	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA, 1983–2007) et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA, 1983–2006), selon le sexe, cancer colorectal, Canada	99
9.5	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer colorectal, par sous-siège et par sexe, Canada, 1983–2007	100
9.6	Distribution selon le stade des cas de cancer colorectal invasif diagnostiqués entre 2004 et 2008, Nouvelle-Écosse, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard	101
9.7	Nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant signalé avoir subi un dépistage par recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes et/ou une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq années précédentes, par province ou territoire, Canada, 2008	102
9.8	Estimation des rapports de survie relative à 5 ans (survie conditionnelle), cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec), 2004–2006	103
9.9	Prévalence à 5 ans fondée sur la tumeur selon le sexe et l'âge, cancer colorectal, Canada, 1 ^{er} janvier 2007	104

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

En 2011, la hausse du nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer se poursuivra au Canada. Toutes les heures, chaque jour, en moyenne vingt personnes recevront un diagnostic de cancer et huit personnes mourront de cette maladie.

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans une année, tandis que la mortalité désigne le nombre de décès causés par la maladie. Une fois réunies, ces statistiques (présentées dans les tableaux 1.1 et 1.2) offrent une compréhension fondamentale du fardeau lié au cancer.

On estime que 177 800 nouveaux cas de cancer et 75 000 décès causés par le cancer surviendront au Canada en 2011. Les hommes seront plus nombreux que les femmes à recevoir un diagnostic de nouveau cancer (52 % des diagnostics chez les hommes contre 48 % chez les femmes) et à mourir de cette maladie (53 % des décès chez les hommes contre 47 % chez les femmes). En outre, on prévoit qu'en 2011, il y aura 74 100 nouveaux cas de cancers de la peau (basocellulaire et squameux) autres que le mélanome et 270 décès liés à cette maladie. Bien que le cancer de la peau autre que le mélanome soit le type de cancer le plus souvent diagnostiqué parmi les Canadiens, on l'aborde de façon distincte parce qu'il est responsable de très peu de décès et que la plupart des registres du cancer ne recueillent pas systématiquement d'information sur ces cas.

Les cancers les plus couramment diagnostiqués demeurent le cancer de la prostate chez l'homme, avec 25 500 cas prévus en 2011, et le cancer du sein chez la femme, avec plus de 23 400 nouveaux cas attendus. Tant chez les hommes que chez les femmes, le deuxième siège de cancer le plus fréquent est le cancer du poumon (14 %), tandis que le cancer du côlon et du rectum arrive au troisième rang (12 %). En 2011, quatre cancers (sein, poumon, côlon et rectum et prostate) représenteront 54 % de tous les cancers diagnostiqués au Canada.

Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer tant chez l'homme (28 %) que chez la femme (27 %) (figures 1.1 et 1.2). Si le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez l'homme, il se classe au troisième rang en termes de mortalité, avec environ 4 100 décès. Le cancer du sein, qui représente 28 % des cas de cancer chez la femme, se classe au deuxième rang sur le plan de la mortalité (14 %). Le cancer du côlon et du rectum a un impact important sur la mortalité chez les deux sexes combinés, et 8 900 décès sont attendus (12 % de tous les décès).

Le nombre de nouveaux cas de cancer prévus correspond environ à la population de Kelowna (Colombie-Britannique), de Barrie (Ontario) ou de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador). Le nombre de décès prévus correspond environ à la population de Nanaimo (Colombie-Britannique), de Peterborough (Ontario) ou de Drummondville (Québec).

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

Tableau 1.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2011

	Nouveaux cas			Cas pour 100 000		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	177 800	93 000	84 800	406	456	369
Prostate	25 500	25 500	—	—	122	—
Poumon	25 300	13 200	12 200	57	65	51
Sein	23 600	190	23 400	53	1	102
Côlon et rectum [†]	22 200	12 500	9 700	50	61	40
Lymphome non hodgkinien	7 700	4 200	3 400	18	21	15
Vessie [‡]	7 200	5 400	1 800	16	27	7
Thyroïde	5 700	1 200	4 500	15	6	24
Mélanome	5 500	3 100	2 500	13	15	12
Rein	5 100	3 100	1 950	12	15	8
Leucémie	5 000	3 000	2 100	12	15	9
Corps de l'utérus	4 700	—	4 700	—	—	20
Pancréas	4 100	2 000	2 100	9	10	8
Cavité buccale	3 600	2 400	1 200	8	11	5
Estomac	2 900	1 900	1 000	7	9	4
Encéphale	2 700	1 550	1 150	7	8	6
Ovaire	2 600	—	2 600	—	—	11
Myélome multiple	2 300	1 300	1 000	5	6	4
Foie	1 950	1 500	460	4	7	2
Oesophage	1 750	1 350	410	4	6	2
Col de l'utérus	1 300	—	1 300	—	—	7
Larynx	1 150	930	210	3	4	1
Testicule	970	970	—	—	6	—
Maladie de Hodgkin	920	510	420	3	3	2
Tous les autres cancers	14 000	7 300	6 800	32	37	28
Cancers de la peau autres que le mélanome	74 100	40 700	33 300	—	—	—

— Sans objet.

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A7.

‡ Pour le moment, l'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie.

Nota : La catégorie « tous les autres cancers » exclut les nouveaux cas estimés de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

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

Tableau 1.2

Nombre estimatif de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2011

	Décès			Décès pour 100 000		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	75 000	39 900	35 100	167	199	144
Poumon	20 600	11 300	9 300	46	56	39
Côlon et rectum	8 900	5 000	3 900	20	25	15
Sein	5 100	55	5 100	11	<0.5	21
Prostate	4 100	4 100	—	—	21	—
Pancréas	3 800	1 900	1 950	9	9	8
Lymphome non hodgkinien	3 000	1 700	1 350	7	8	6
Leucémie	2 500	1 450	980	6	8	4
Vessie	1 850	1 300	520	4	7	2
Oesophage	1 850	1 450	410	4	7	2
Estomac	1 800	1 150	680	4	6	3
Encéphale	1 800	1 050	750	4	5	3
Ovaire	1 750	—	1 750	—	—	7
Rein	1 650	1 050	580	4	5	2
Myélome multiple	1 350	730	640	3	4	3
Cavité buccale	1 150	760	370	3	4	2
Mélanome	950	590	360	2	3	2
Foie	810	640	170	2	3	1
Corps de l'utérus	750	—	750	—	—	3
Larynx	490	390	95	1	2	<0.5
Col de l'utérus	350	—	350	—	—	2
Tous les autres cancers	10 400	5 300	5 000	23	27	20

— Sans objet.

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Nota : La catégorie « tous les autres cancers » inclut 270 décès attribuables aux cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

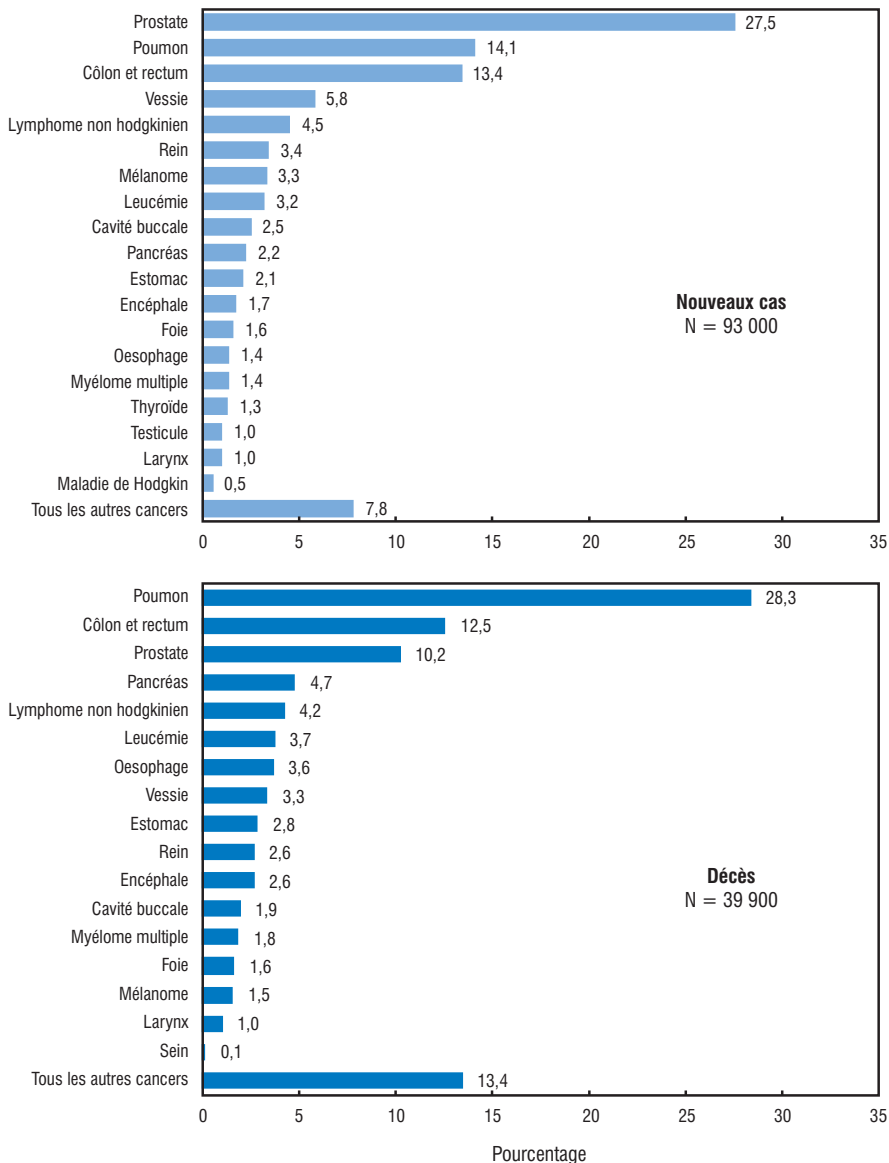
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

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

Figure 1.1

Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, hommes, Canada, 2011



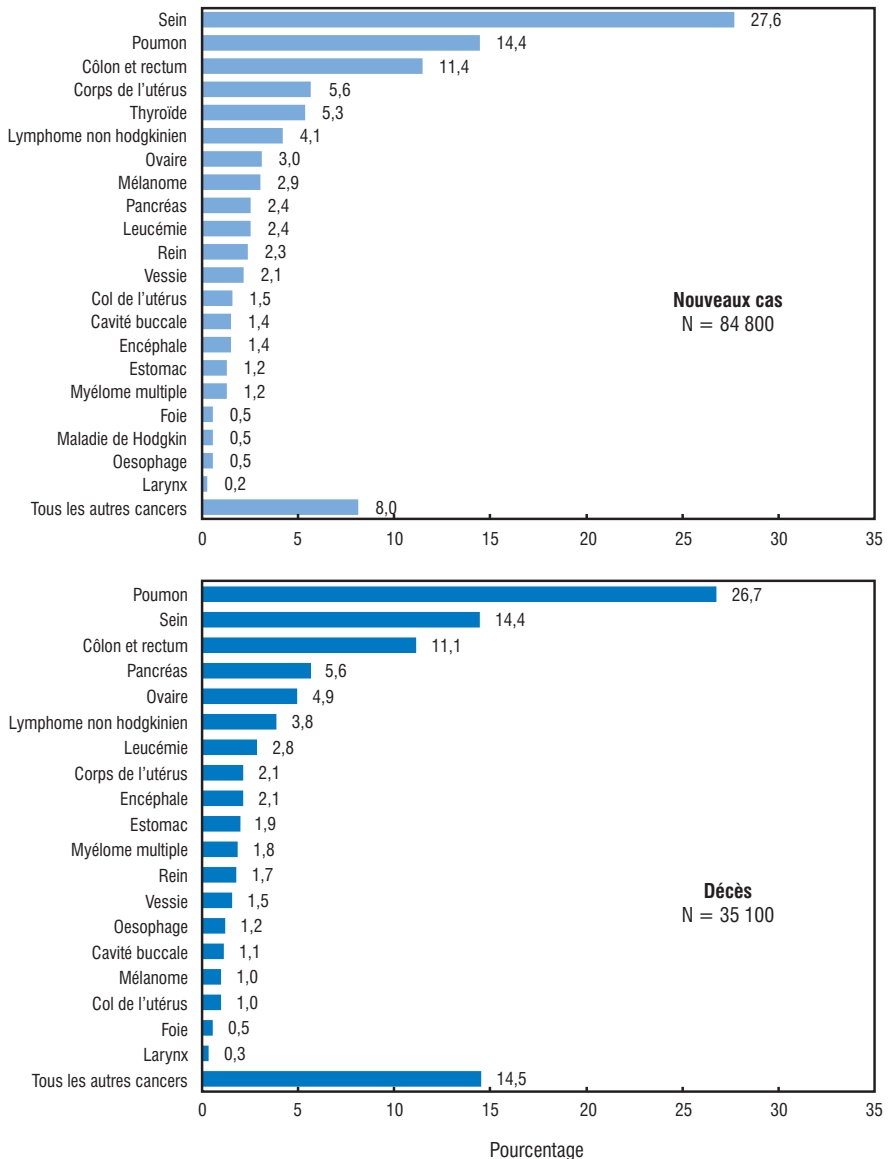
Nota : Les nouveaux cas excluent les 40 700 cas estimés de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 170 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

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

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

Figure 1.2

Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, femmes, Canada, 2011



Nota : Les nouveaux cas excluent les 33 300 cas estimés de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 100 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

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

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Le tableau 2.1 contient des projections de la population ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous cancers confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2011. Les tableaux 2.2 et 2.3 présentent des estimations du nombre de nouveaux cas et des taux d'incidence normalisés selon l'âge et selon la province pour 2011. Les estimations correspondantes du nombre de décès par cancer et des taux de mortalité normalisés selon l'âge sont présentées dans les tableaux 2.4 et 2.5. Les tableaux A3 à A6 de l'*Annexe I* donnent les nombres et les taux réels les plus récents.

On utilise la normalisation selon l'âge pour tenir 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 des taux normalisés selon l'âge, en prenant pour référence le dénombrement de la population canadienne de 1991, est décrit dans le *Glossaire* et, de manière plus détaillée, dans l'*Annexe II*.

Incidence

Les taux d'incidence estimatifs de tous les cancers combinés continuent à atteindre des valeurs maximales dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et des valeurs minimales en Colombie-Britannique (tableau 2.3). Les taux à Terre-Neuve-et-Labrador sont sous-estimés en raison des données manquantes (voir l'*Annexe II*).

On observe des écarts considérables entre les provinces dans les taux d'incidence du cancer de la prostate, peut-être en raison des différences dans le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS).

On prévoit que, chez les hommes et les femmes, les taux d'incidence du cancer du poumon les plus élevés seront observés au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique.

Les taux d'incidence du cancer colorectal les plus élevés chez les hommes et les femmes sont observés à Terre-Neuve-et-Labrador. Chez les femmes, on enregistre également des taux élevés à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse. Les taux les plus faibles pour les deux sexes se retrouvent en Colombie-Britannique.

Les taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes semblent assez constants d'une région à l'autre du pays, et aucune tendance géographique n'est perceptible.

Mortalité

Chez les hommes, les taux de mortalité attribuable à tous les cancers demeurent plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et plus faibles dans l'Ouest canadien (tableau 2.5). Les tendances sont semblables chez les femmes, mais le taux projeté est également élevé au Manitoba et les différences globales entre les différentes régions du pays sont moins marquées que chez les hommes.

Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon sera le plus élevé au Québec et au Nouveau-Brunswick et le plus faible en Colombie-Britannique. Chez les femmes, le taux de mortalité par cancer du poumon le plus élevé sera enregistré au Québec et le plus faible à Terre-Neuve-et-Labrador.

Les taux de mortalité par cancer colorectal les plus élevés sont observés à Terre-Neuve-et-Labrador, où ils sont deux fois plus élevés que ceux enregistrés en Colombie-Britannique pour les hommes.

On prévoit que la Saskatchewan continuera d'enregistrer le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate le plus élevé.

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, provinciale et 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, au transfert de connaissances, ainsi qu'à la planification et à la prise de décisions à l'échelle tant nationale que 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 les variations géographiques avec prudence, car elles pourraient s'expliquer par différents facteurs. Les différences réelles de taux d'incidence ou de mortalité, observées entre les provinces et 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) ou à d'autres mesures de dépistage (p. ex. le dosage de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate);
- ◆ des variations de la disponibilité des services de diagnostic;
- ◆ des variations de l'accessibilité et de la qualité des traitements.

Toutefois, même si l'un de ces cas de figure s'applique, on ne peut présumer qu'il est la cause d'une variation des taux de cancer d'une région à l'autre du Canada. 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 très long, ce qui rend plus difficile la cueillette d'information sur la prévalence des facteurs de risque passés. 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.

Lorsqu'on interprète des variations interprovinciales, on doit prendre en considération certains facteurs, dont les suivants :

- ◆ Si le cancer est rare, ou que la population est peu nombreuse, le nombre de cas qui se manifestent et les taux enregistrés dans une province ou un territoire durant une année ne sont parfois pas fiables et peuvent 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. Ainsi, à Terre-Neuve-et-Labrador, les renseignements contenus dans les certificats de décès ne sont devenus disponibles à des fins d'enregistrement que

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

très récemment et n'ont pas été disponibles à temps pour figurer dans ce rapport. Cela a diminué faussement le nombre de cas nouvellement diagnostiqués tant dans la projection actuelle que dans les données réelles (*Annexe I*), 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*). La mesure dans laquelle on corrobore les renseignements contenus dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie aussi d'une province à l'autre et d'un territoire à l'autre, ce qui influe sur l'exactitude des données sur 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 cancer de la vessie est sous-déclaré¹.

- ◆ La méthode de projection choisie par les responsables des registres provinciaux pour les estimations de 2011 (soit un modèle de Poisson, soit une moyenne mobile sur cinq ans) varie selon la province et le type de cancer (voir la section *Méthodologie* à l'*Annexe II*). Cela pourrait toucher particulièrement la variation des estimations de 2011 en ce qui concerne le cancer du poumon chez les femmes (nouveaux cas et décès), en ce que le choix de la méthode pourrait être lié à des changements récents des tendances qui varient selon la province.
- ◆ 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 ces données n'étaient pas recueillies jusqu'à tout récemment et n'étaient donc pas accessibles pour cette publication.

On continue d'observer d'importantes variations en ce qui concerne les taux d'incidence et de mortalité rapportés d'une région à l'autre du Canada.

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.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.1

Population estimée et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 2011

	Population (en milliers)			Nouveaux cas			Décès		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
CANADA	34 360	17 083	17 276	177 800	93 000	84 800	75 000	39 900	35 100
Colombie-Britannique (C.-B.)	4 574	2 274	2 300	22 100	11 900	10 200	9 300	4 900	4 300
Alberta (Alb.)	3 775	1 929	1 847	16 200	8 600	7 600	6 100	3 300	2 900
Saskatchewan (Sask.)	1 035	516	518	5 300	2 800	2 400	2 400	1 300	1 050
Manitoba (Man.)	1 240	619	621	6 100	3 100	3 000	2 800	1 450	1 300
Ontario (Ont.)	13 361	6 602	6 759	66 900	34 500	32 400	27 800	14 600	13 200
Québec (Qc) [†]	7 921	3 938	3 983	46 400	24 000	22 500	20 100	10 800	9 300
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	751	370	381	4 800	2 700	2 100	1 950	1 100	890
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	942	459	483	6 100	3 300	2 800	2 700	1 450	1 200
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	143	70	73	910	500	410	350	180	170
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) [†]	507	249	258	2 800	1 500	1 250	1 400	830	590
Yukon (Yn)	34	17	17	120	60	60	70	40	30
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	44	23	21	140	85	60	60	30	30
Nunavut (Nt)	33	17	16	70	35	35	45	25	20

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

[†] Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2011.

Nota : Les totaux canadiens et provinciaux ou territoriaux ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur l'état civil – Décès et Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada²

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.2

Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2011

	Nouveaux cas											
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc†	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.†	
Hommes												
Tous les cancers	93 000	11 900	8 600	2 800	3 100	34 500	24 000	2 700	3 300	500	1 500	
Prostate	25 500	3 400	2 500	900	710	10 600	5 100	820	910	150	430	
Poumon	13 200	1 450	990	360	430	4 100	4 500	430	500	75	200	
Côlon et rectum†	12 500	1 550	1 050	400	460	4 500	3 400	320	470	60	310	
Vessie§	5 400	800	530	170	210	1 350	1 850	160	210	30	80	
Lymphome non hodgkinien	4 200	580	400	130	160	1 650	970	110	120	15	55	
Mélanome	3 100	480	310	75	95	1 350	420	90	140	20	60	
Rein	3 100	300	290	90	150	1 100	870	120	130	20	60	
Leucémie	3 000	400	340	100	110	1 150	680	65	80	15	25	
Cavité buccale	2 400	300	190	55	100	920	580	65	85	10	40	
Pancréas	2 000	270	180	65	70	670	590	60	65	10	15	
Estomac	1 900	250	170	50	75	710	490	50	60	10	50	
Encéphale	1 550	190	150	45	45	580	420	35	45	5	35	
Foie	1 500	220	150	25	40	570	420	20	25	5	15	
Oesophage	1 350	190	150	35	40	490	310	40	50	5	20	
Myélome multiple	1 300	150	110	35	40	510	350	30	40	10	15	
Thyroïde	1 200	85	110	15	25	600	270	35	35	5	15	
Femmes												
Tous les cancers	84 800	10 200	7 600	2 400	3 000	32 400	22 500	2 100	2 800	410	1 250	
Sein	23 400	2 800	2 100	660	810	9 000	6 200	550	720	100	370	
Poumon	12 200	1 500	1 050	330	470	3 900	4 000	320	410	55	140	
Côlon et rectum†	9 700	1 150	770	290	350	3 600	2 600	230	360	55	200	
Corps de l'utérus	4 700	600	450	150	200	1 950	1 050	100	130	20	75	
Thyroïde	4 500	240	390	55	90	2 500	970	120	90	5	50	
Lymphome non hodgkinien	3 400	440	320	100	120	1 400	800	95	120	15	60	
Ovaire	2 600	290	190	75	95	1 050	690	65	60	10	25	
Mélanome	2 500	370	240	60	65	1 150	340	80	130	15	45	
Pancréas	2 100	270	190	65	75	690	620	65	70	10	10	
Leucémie	2 100	260	230	75	85	800	490	40	55	10	15	
Rein	1 950	180	180	60	80	730	520	65	90	10	30	
Vessie§	1 800	260	160	60	65	450	630	50	65	10	30	
Col de l'utérus	1 300	160	170	40	45	500	280	30	45	10	20	
Cavité buccale	1 200	160	95	30	50	500	300	25	35	5	15	
Encéphale	1 150	140	100	35	35	450	340	30	35	5	15	
Estomac	1 000	110	90	25	30	390	280	25	25	5	25	
Myélome multiple	1 000	110	90	25	30	420	270	25	30	5	10	

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées séparément en raison du faible nombre de cas.

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2011.

‡ La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A7.

§ Variation interprovinciale. Pour le moment, l'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie.

Nota : La catégorie « tous les cancers » ne tient pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.3

Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2011

	Cas pour 100 000										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc†	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.†
Hommes											
Tous les cancers	456	412	455	461	440	445	487	525	529	543	440
Prostate	122	117	130	145	100	134	100	156	140	158	119
Poumon	65	49	55	58	61	54	92	87	80	80	58
Côlon et rectum‡	61	52	58	64	64	58	67	63	75	64	89
Vessie§	27	28	29	27	30	18	37	33	34	31	25
Lymphome non hodgkinien	21	20	21	21	22	22	20	23	20	19	16
Mélanome	15	17	16	12	13	18	9	18	23	20	19
Rein	15	10	15	15	20	14	17	23	21	22	17
Leucémie	15	14	18	17	16	15	15	14	13	20	7
Cavité buccale	11	10	9	9	13	11	11	12	13	13	12
Pancréas	10	9	10	10	10	9	12	12	10	12	4
Estomac	9	9	9	8	10	9	10	10	9	8	15
Encéphale	8	7	8	7	7	8	9	8	8	9	10
Foie	7	7	7	4	6	7	8	4	4	4	5
Oesophage	6	6	8	5	6	6	6	8	8	7	5
Thyroïde	6	3	6	3	4	8	6	8	6	6	4
Myélome multiple	6	5	6	5	6	6	7	6	6	10	4
Femmes											
Tous les cancers	369	324	368	356	369	370	393	377	396	396	332
Sein	102	91	100	98	101	102	110	99	101	98	96
Poumon	51	46	52	47	57	43	67	55	55	52	35
Côlon et rectum‡	40	35	37	39	41	39	44	38	48	49	52
Thyroïde	24	10	20	10	14	33	22	28	17	9	16
Corps de l'utérus	20	19	21	22	25	21	18	18	18	19	19
Lymphome non hodgkinien	15	14	15	15	15	16	14	17	17	13	16
Mélanome	12	13	12	10	9	14	7	16	19	17	12
Ovaire	11	9	9	11	12	12	12	12	9	9	6
Leucémie	9	9	11	11	11	9	9	8	9	9	5
Pancréas	8	8	9	8	8	7	10	11	9	8	3
Rein	8	6	9	9	10	8	9	12	12	10	8
Col de l'utérus	7	6	9	8	7	7	6	7	10	9	7
Vessie§	7	8	8	9	8	5	11	9	9	9	8
Encéphale	6	5	5	5	5	6	7	6	6	5	5
Cavité buccale	5	5	5	4	6	6	5	4	5	6	4
Estomac	4	3	4	4	3	4	5	4	4	6	7
Myélome multiple	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3

* Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées séparément en raison du faible nombre de cas.

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2011.

‡ La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A7.

§ Variation interprovinciale. Pour le moment, l'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie.

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

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

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

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.4

Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2011

	Décès										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	39 900	4 900	3 300	1 300	1 450	14 600	10 800	1 100	1 450	180	830
Poumon	11 300	1 250	890	320	360	3 700	3 700	360	450	60	240
Côlon et rectum	5 000	580	400	150	180	1 800	1 350	120	190	20	150
Prostate	4 100	530	420	210	160	1 550	840	120	140	20	85
Pancréas	1 900	270	160	60	65	670	480	55	75	10	35
Lymphome non hodgkinien	1 700	270	140	50	70	630	410	45	50	5	20
Oesophage	1 450	230	130	45	60	570	270	40	55	5	20
Leucémie	1 450	200	130	55	60	600	320	35	50	10	20
Vessie	1 300	190	110	40	50	510	310	35	45	5	25
Estomac	1 150	130	75	25	35	420	330	25	35	5	35
Encéphale	1 050	130	100	25	35	370	300	25	35	5	20
Rein	1 050	120	95	35	55	370	270	35	40	5	20
Cavité buccale	760	110	70	15	25	280	180	20	35	5	15
Myélome multiple	730	95	55	20	25	290	200	15	25	5	10
Foie	640	75	45	5	20	260	190	5	15	—	10
Mélanome	590	80	50	15	20	260	120	10	25	—	10
Femmes											
Tous les cancers	35 100	4 300	2 900	1 050	1 300	13 200	9 300	890	1 200	170	590
Poumon	9 300	1 250	830	250	320	3 000	3 000	230	310	45	120
Sein	5 100	600	410	150	210	1 950	1 300	120	170	30	100
Côlon et rectum	3 900	510	270	120	140	1 450	1 050	95	150	25	90
Pancréas	1 950	270	170	55	70	700	520	60	70	10	25
Ovaire	1 750	240	160	55	65	700	380	45	60	5	30
Lymphome non hodgkinien	1 350	170	110	45	60	510	340	35	50	5	15
Leucémie	980	130	85	35	40	400	220	25	30	5	10
Corps de l'utérus	750	85	70	15	30	320	180	20	25	5	10
Encéphale	750	95	70	25	25	260	220	15	25	5	15
Estomac	680	80	50	15	20	240	200	15	20	5	25
Myélome multiple	640	75	50	20	25	260	160	15	20	—	5
Rein	580	60	50	20	25	200	160	20	20	5	15
Vessie	520	60	45	15	15	210	130	15	15	—	10
Cavité buccale	370	50	35	10	15	140	95	10	10	—	—
Mélanome	360	50	30	10	10	160	60	10	15	—	5
Col de l'utérus	350	45	45	10	15	140	60	10	20	—	10

— Moins de trois décès.

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées séparément en raison du faible nombre de cas.

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.5

Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2011

	Décès pour 100 000										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	199	171	184	204	205	191	222	222	239	206	252
Poumon	56	43	49	51	51	48	75	74	73	63	72
Côlon et rectum	25	20	23	24	26	24	28	24	30	24	45
Prostate	21	19	25	33	24	21	18	25	23	24	29
Pancréas	9	9	9	10	9	9	10	12	12	11	10
Lymphome non hodgkinien	8	9	8	8	10	8	8	9	8	7	5
Leucémie	8	7	7	9	9	8	7	7	8	9	6
Oesophage	7	8	7	7	8	7	5	8	8	7	6
Vessie	7	7	6	7	7	7	7	7	8	7	9
Estomac	6	5	4	4	5	6	7	5	6	5	11
Encéphale	5	5	5	4	5	5	6	5	6	3	6
Rein	5	4	5	6	7	5	5	7	7	6	7
Cavité buccale	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	4
Myélome multiple	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3
Mélanome	3	3	3	2	3	3	2	2	4	—	4
Foie	3	3	2	1	3	3	4	1	2	—	2
Femmes											
Tous les cancers	144	130	137	145	154	141	154	150	160	153	152
Poumon	39	38	41	34	38	33	50	39	42	42	31
Sein	21	18	19	21	23	21	22	20	22	27	27
Côlon et rectum	15	15	13	15	16	15	17	15	19	23	23
Pancréas	8	8	8	7	8	7	8	10	9	6	7
Ovaire	7	7	7	8	8	8	6	7	8	5	7
Lymphome non hodgkinien	6	5	5	6	7	6	6	6	7	6	4
Leucémie	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	2
Estomac	3	2	2	2	2	3	3	2	3	4	6
Corps de l'utérus	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3
Encéphale	3	3	3	4	3	3	4	3	4	6	4
Myélome multiple	3	2	2	2	3	3	3	3	3	—	2
Cavité buccale	2	1	2	1	2	2	2	1	1	—	—
Mélanome	2	2	1	1	1	2	1	1	2	—	2
Col de l'utérus	2	1	2	2	2	2	1	2	3	—	3
Vessie	2	2	2	2	2	2	2	2	2	—	2
Rein	2	2	3	3	3	2	3	4	2	4	4

— Moins de trois décès.

* Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées séparément en raison du faible nombre de cas.

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

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

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

Tendances selon l'âge

Bien que le cancer soit une maladie qui frappe principalement les Canadiens âgés de 50 ans ou plus (qui représentent 88 % de tous les nouveaux cas et 95 % des décès par cancer), il touche néanmoins tous les groupes d'âge. Chez les deux sexes, l'âge médian va de 65 à 69 ans au moment du diagnostic du cancer et de 70 à 74 ans lors du décès par cancer. Le tableau 3.1 indique les estimations suivantes pour 2011 :

- ◆ Chez les Canadiens âgés de 70 ans et plus, on enregistrera environ 74 700 nouveaux cas de cancer (42 % de tous les cas) ainsi que 44 600 décès liés à cette maladie (59 % de tous les décès).
- ◆ En outre, 49 600 nouveaux cas (28 % de tous les cas) et 17 600 décès (23 % de tous les décès) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans.
- ◆ Comparativement aux groupes plus âgés, le groupe des 50 à 59 ans représentera une plus faible proportion de tous les nouveaux cas (18 % dans tous les cas) et des décès (12 % de tous les décès).

La figure 3.1 présente les taux d'incidence (en 2007) et de mortalité (en 2006) par tranche d'âge de cinq ans. Ces taux augmentent avec l'âge chez les deux sexes. C'est vers l'âge de 55 ans que le taux d'incidence chez les hommes dépasse celui observé chez les femmes. On observe une tendance similaire pour ce qui est de la mortalité.

La répartition selon l'âge et le sexe des cancers les plus courants chez les Canadiens est présentée dans le tableau 3.2, qui indique ce qui suit :

- ◆ 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.
- ◆ Le cancer du sein frappe surtout les femmes de 50 à 69 ans. Vingt-huit pour cent des cas de cancer du sein seront diagnostiqués chez des femmes de plus de 69 ans, et 19 % chez des femmes de moins de 50 ans. Fait à signaler, bien que plus de la moitié des nouveaux cas de cancer du sein surviennent entre l'âge de 50 et 69 ans, les décès par cancer du sein seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus que dans tout autre groupe d'âge, ce qui montre les bienfaits associés au dépistage et au traitement en vue de prolonger la vie 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 seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus. Ce phénomène rend vraisemblablement compte de l'effet du dépistage effectué chez les hommes dans la soixantaine et de la lente évolution de la maladie.
- ◆ Contrairement à d'autres cancers d'importance pour lesquels le nombre de décès augmente avec l'âge, les décès liés au cancer du poumon culminent dans le groupe des 70 à 79 ans, tant chez l'homme que chez la femme.

Tendances selon le sexe

Les tendances concernant les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés sont présentées à la figure 3.2.

Chez les personnes âgées de 19 ans et moins et de 60 ans et plus, le cancer touche davantage les hommes que les femmes, mais cette tendance s'inverse par la suite, car le taux d'incidence devient plus élevé chez les femmes dans le groupe de 20 à 59 ans. Les cancers liés au sexe (en particulier le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus), de même que le cancer du poumon, le mélanome et le cancer de la thyroïde,

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

sont responsables de l'incidence plus élevée du cancer observée chez les femmes de 20 à 59 ans.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes de plus de 20 ans. C'est uniquement chez les femmes de 30 à 39 ans que ce cancer cause plus de décès que les autres cancers courants.

Le taux d'incidence global du cancer chez les hommes de plus de 69 ans est en baisse, principalement en raison de la diminution de l'incidence du cancer du poumon liée à un recul du tabagisme³. Chez les femmes, le taux d'incidence global n'a commencé que récemment à marquer un palier. Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer pour les deux sexes.

Depuis 1989, les taux de mortalité attribuable à tous les cancers combinés diminuent chez les hommes jusqu'à l'âge de 79 ans, et chez les femmes jusqu'à l'âge de 69 ans. Chez les femmes toutefois, ce taux commence à augmenter dès 70 ans.

Le risque d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge. Des baisses notables de la mortalité ont été observées pour tous les cancers combinés, chez les deux sexes et dans la plupart des groupes d'âge.

Tableau 3.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2011

Groupe d'âge	Population (en milliers)			Nouveaux cas			Décès		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les âges	34 360	17 083	17 276	177 800	93 000	84 800	75 000	39 900	35 100
0-19	7 864	4 034	3 830	1 350	730	640	160	90	75
20-29	4 808	2 451	2 357	2 100	960	1 150	230	130	100
30-39	4 656	2 334	2 322	4 700	1 550	3 100	630	270	360
40-49	5 163	2 601	2 562	13 000	4 500	8 500	2 800	1 200	1 600
50-59	5 029	2 497	2 531	32 400	15 400	17 000	9 000	4 400	4 600
60-69	3 575	1 744	1 831	49 600	28 500	21 100	17 600	9 600	7 900
70-79	2 061	955	1 106	44 300	25 800	18 500	22 100	12 500	9 600
80+	1 205	469	737	30 400	15 600	14 800	22 500	11 600	10 800

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales.

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

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur l'état civil - Décès et Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada²

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

Tableau 3.2

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour les cancers les plus courants selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2011

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein	
	Total	H	F	Total	H	F	H	F	
Nouveaux cas									
Tous les âges	25 300	13 200	12 200	22 200	12 500	9 700	25 500	23 400	
0-19	10	5	5	15	10	5	—	5	
20-29	20	15	10	65	40	30	—	90	
30-39	85	35	50	240	120	110	5	870	
40-49	960	340	620	1 000	530	490	460	3 500	
50-59	3 600	1 650	2 000	3 400	2 000	1 400	4 500	6 300	
60-69	7 700	4 000	3 700	6 100	3 800	2 300	10 100	6 200	
70-79	8 100	4 500	3 600	6 400	3 700	2 700	7 000	3 900	
80+	4 800	2 700	2 200	4 900	2 300	2 600	3 400	2 600	
Décès									
Tous les âges	20 600	11 300	9 300	8 900	5 000	3 900	4 100	5 100	
0-19	—	—	—	5	—	—	—	—	
20-29	5	—	—	15	10	5	—	5	
30-39	50	20	30	50	25	25	—	95	
40-49	670	250	420	270	150	120	15	390	
50-59	2 600	1 200	1 350	970	580	390	120	910	
60-69	5 800	3 100	2 700	1 950	1 250	700	520	1 100	
70-79	6 900	4 000	2 900	2 500	1 500	1 000	1 200	1 100	
80+	4 600	2 700	1 950	3 100	1 450	1 650	2 200	1 450	

— Moins de trois cas ou décès.

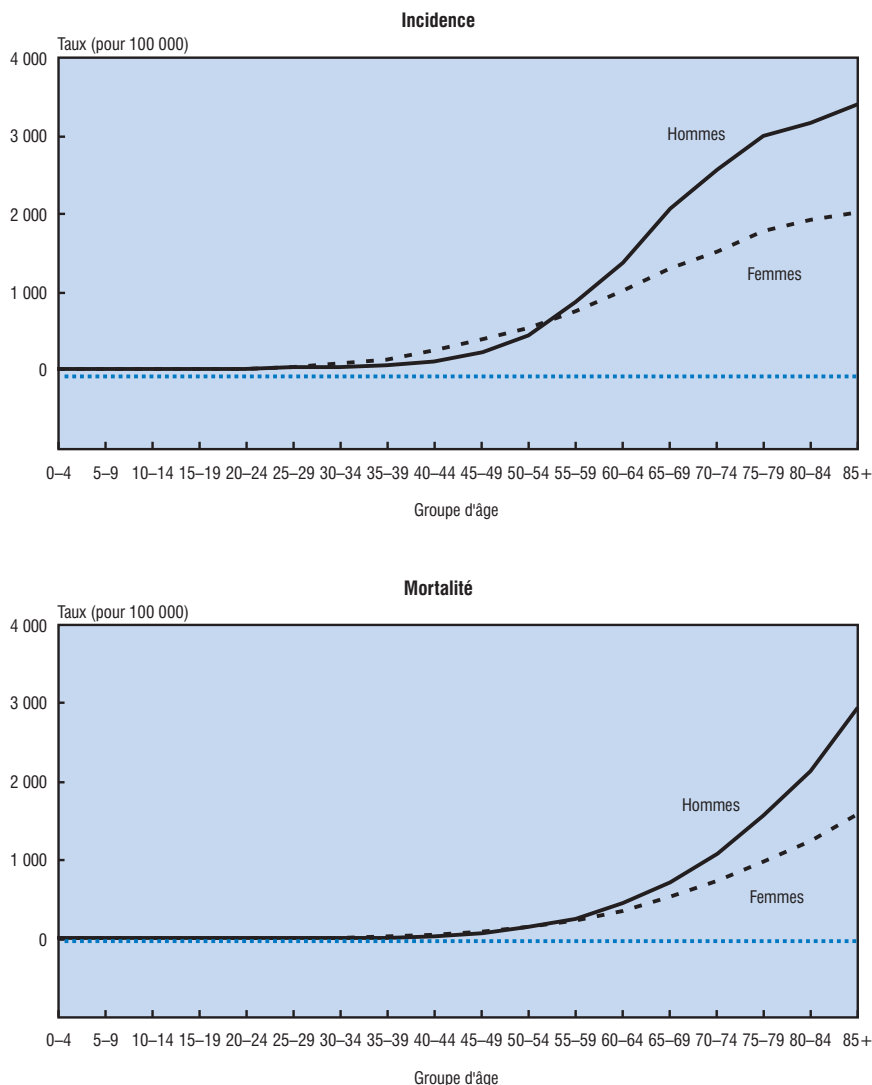
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

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

Figure 3.1

Taux d'incidence (2007) et de mortalité (2006) par âge selon le sexe pour tous les cancers, Canada



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

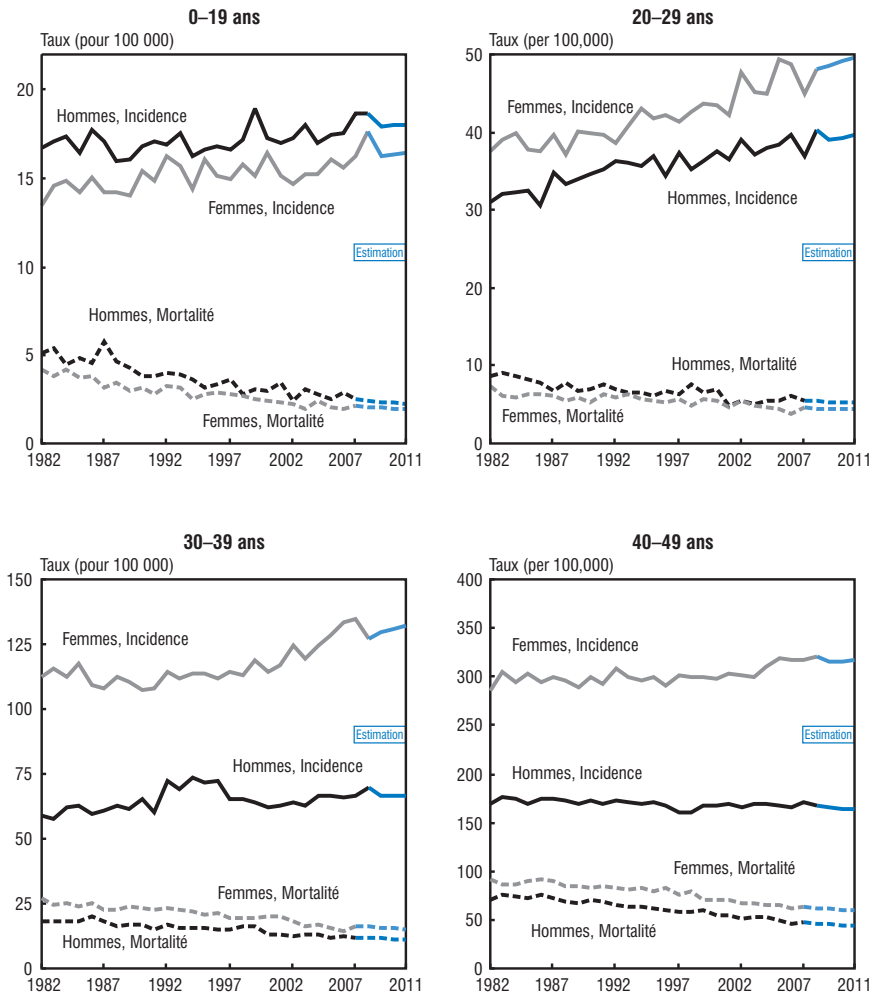
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

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

Figure 3.2

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1982–2011



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre figures. 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 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2006.

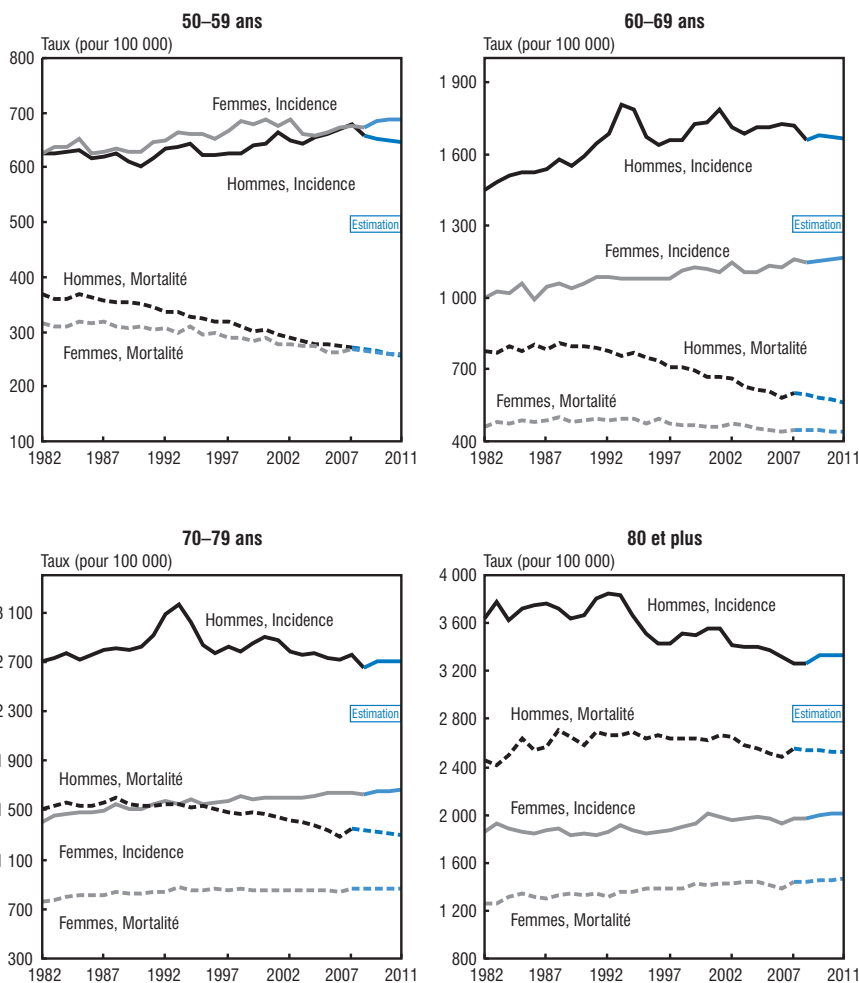
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

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

Figure 3.2 (suite)

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1982–2011



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre figures. 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 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2006.

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès constituent d'importantes mesures du fardeau que fait peser le cancer sur la population et le système de santé au Canada. Les tendances de l'incidence indiquent en général des changements dans la population ou dans la prévalence des facteurs de risque. Elles peuvent également indiquer des changements dans les pratiques de dépistage ou de diagnostic. Les tendances de l'incidence peuvent être utilisées directement pour prévoir le nombre de personnes qui, pour la première fois, demanderont un diagnostic, un traitement primaire, d'éventuels traitements ultérieurs ou des soins palliatifs dans le futur. Les tendances du taux de mortalité reflètent les changements dans l'incidence, la survie ou les deux. Une tendance à la baisse de la mortalité indique un progrès dans la lutte contre le cancer.

La détermination des tendances de l'incidence et de la mortalité repose souvent sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. La normalisation selon l'âge permet des comparaisons géographiques ou temporelles plus utiles des changements sur le plan des risques de cancer ou des pratiques diagnostiques, puisqu'elle tient compte de la variation de la répartition par âge et de la croissance des populations. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette section sont des changements annuels moyens en pourcentage sur 10 ans.

Tendances pour l'ensemble des cancers

La figure 4.1 indique le nombre de nouveaux cas pour tous les cancers combinés, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants, de 1982 à 2007, de même que des prévisions jusqu'en 2011. La figure 4.2 présente le nombre de décès et les taux normalisés selon l'âge correspondants, de 1982 à 2006, de même que des prévisions jusqu'en 2011. Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge, le nombre de nouveaux cas de cancer continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne croît et vieillit. Selon les estimations, en 2011, on enregistrera 177 800 nouveaux cas et 75 000 décès.

Chez les hommes, le taux d'incidence global du cancer a augmenté au début des années 1990 avant de chuter abruptement (figure 4.1). Pendant cette même période, l'incidence du cancer de la prostate, le siège de cancer le plus fréquent chez les hommes, a suivi une tendance similaire. Depuis 1993, on observe un déclin du taux d'incidence global du cancer chez les hommes. En revanche, le taux de mortalité par cancer chez les hommes, après avoir atteint un point culminant en 1988, a diminué lentement en raison des baisses des taux de mortalité par cancer de la prostate, du poumon, du côlon et du rectum et autres (figure 4.2).

Chez les femmes, le taux d'incidence global du cancer augmente lentement depuis le début des années 1990 (figure 4.1), tandis que le taux de mortalité demeure relativement stable depuis 1982 (figure 4.2).

Les figures 4.3 et 4.4 décrivent les contributions relatives à l'évolution du nombre total de nouveaux cas et de décès qui peuvent être imputées à des changements au niveau des risques de cancer ou des pratiques diagnostiques, ou encore de la taille de la population et du vieillissement de la population. Les principaux facteurs contributifs au nombre croissant de nouveaux cas de cancer sont la croissance de la population et le vieillissement de la population :

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ La ligne continue la plus basse représente le nombre total de nouveaux cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si la taille et la structure par âge de la population étaient restées les mêmes qu'en 1982, ce qui illustre l'impact des changements au niveau du risque ou des pratiques diagnostiques.
- ◆ La ligne du milieu représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) qui seraient survenus si la structure de la population par âge était demeurée identique à celle de 1982, ce qui illustre l'impact de la croissance démographique et des changements au niveau de risque.
- ◆ La ligne du haut représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'effet conjugué des changements au niveau du risque, de la croissance démographique et du vieillissement de la population.

Ces chiffres montrent que l'augmentation du nombre de cas de cancer et de décès observée au cours des 30 dernières années découle principalement du vieillissement de la population, et dans une moindre mesure, de la croissance démographique. Aussi longtemps que se poursuivra cette tendance démographique, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas de cancer. Il importe de souligner que les changements touchant le risque de cancer et les pratiques diagnostiques n'ont que très peu contribué à l'augmentation du nombre de nouveaux cas, en particulier chez les hommes, tandis que les changements touchant le risque de décès ont bel et bien donné lieu à une réduction des décès chez les hommes.

Tendances pour certains cancers

Les figures 4.5 à 4.8 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains cancers, tandis que les tableaux 4.1 à 4.4 présentent les données correspondantes. Ces tendances sont examinées plus loin.

Les données sur la variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence (1998–2007) et des taux de mortalité (1997–2006) selon le siège ou le type de cancer figurent au tableau 4.5. Le taux d'incidence global a augmenté de manière significative chez les femmes entre 1998 et 2007 (0,3 % par an). Les taux de mortalité globaux ont diminué de manière significative entre 1997 et 2006 pour les deux sexes (-2,0 % par an pour les hommes depuis 2001 et -0,6 % par an pour les femmes). Il convient de souligner que ces tendances à court terme ne reflètent pas nécessairement les tendances à plus long terme ou les tendances antérieures mises en évidence dans les tableaux 4.1 à 4.4 et dans les figures 4.5 à 4.8. Il faut en tenir compte au moment d'interpréter les descriptions suivantes.

Parmi les cancers figurant dans le tableau 4.5, on observe des hausses ou des baisses statistiquement significatives de 2 % ou plus par an :

- ◆ Hausses de l'incidence
 - cancer du foie chez l'homme (3,6 %) et chez la femme (2,3 %)
 - cancer de la thyroïde chez l'homme (6,8 %) et chez la femme (8,8 %)

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ Baisses de l'incidence
 - cancer du larynx chez l'homme (-3,8 %) et chez la femme (-3,4 %)
 - cancer de l'estomac chez l'homme (-2,0 %)
- ◆ Hausse de la mortalité
 - aucun cancer, chez l'homme ou chez la femme
- ◆ Baisses de la mortalité
 - Chez l'homme, tous les types de cancers combinés (-2,0 %), cancer du poumon (-2,3 %), cancer de la cavité buccale (-2,4 %), cancer de l'estomac (-3,1 %), lymphome non hodgkinien (-3,8 %), cancer de la prostate (-4,5 %) et cancer du larynx (-6,1 %)
 - Chez la femme, cancer de l'estomac (-2,2 %), cancer du sein (-3,1 %), lymphome non hodgkinien (-3,1 %) et cancer du col de l'utérus (-3,4 %)

Analyse de certains cancers importants dont les tendances montrent des changements significatifs

Cancer du sein

L'incidence du cancer du sein a augmenté entre 1982 et le début des années 1990, tendance qui s'explique en partie par le recours accru au dépistage par mammographie. Les raisons expliquant les alternances de hausse et de baisse modestes observées depuis lors ne sont pas claires, mais elles sont probablement liées à des facteurs tels que l'augmentation constante du dépistage par mammographie tout au long des années 1990, ainsi que les tendances variables du recours à l'hormonothérapie chez les femmes ménopausées durant la même période.

Les taux de mortalité due au cancer du sein chez la femme diminuent depuis le milieu des années 1980. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a chuté de plus de 35 % depuis le sommet atteint en 1986, passant de 32,0 à 20,7 pour 100 000 (tableau 4.4). La tendance à la baisse s'est accélérée, passant à -3,1 % depuis 2002. Cette situation est probablement attribuable à la fois au recours accru 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.⁴

Cancer du col de l'utérus

Les taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus continuent de baisser (de -1,4 % et de -3,4 % par an respectivement) (tableau 4.5). Cela est principalement dû à l'usage généralisé et régulier du test de Papanicolaou (Pap), qui permet de détecter tôt les lésions pré-malignes et malignes et de les traiter.

La vaccination des filles d'âge scolaire contre le virus du papillome humain (VPH) aura pour effet de réduire encore l'incidence et la mortalité due à ce cancer à long terme, sans toutefois l'éradiquer. La poursuite du dépistage à l'aide du test Pap demeure une mesure de prévention nécessaire et importante.

Cancer du côlon et du rectum

Les tendances relatives aux taux d'incidence du cancer du côlon et du rectum observées au cours de la période de 1982 à 2007 (dernière année pour laquelle il existe des données complètes) sont complexes. Entre 1982 et 1985, les taux ont augmenté (ou ont été relativement stables chez la femme), après quoi ils ont fléchi jusqu'au milieu des années 1990 (de manière plus marquée chez la femme que chez l'homme). Ils ont grimpé de nouveau jusqu'en 2000 et ont affiché par la suite une baisse significative (figures 4.5 et 4.7). Les projections relatives au cancer du côlon et du rectum jusqu'en 2011 reposent sur des données recueillies à long terme (soit de 1986 à 2007), ce qui correspond à la méthode généralement utilisée dans la présente publication, et il est donc possible que les effets des fluctuations de courte durée ne soient pas pris en compte. Il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on utilise ces données.

Les taux de mortalité continuent de chuter chez la femme et chez l'homme, à raison de respectivement -1,5 % et -1,8 % par an depuis 1997 (tableau 4.5), baisse qui tient vraisemblablement à l'amélioration des traitements, notamment la chimiothérapie.

Le dépistage du cancer colorectal peut permettre de réduire tant l'incidence (par la détection et l'excision des polypes précancéreux) que la mortalité. Le dépistage opportuniste existe déjà dans de nombreuses provinces, ce qui peut expliquer en partie la chute des taux de mortalité, même si les taux de dépistage sont peu élevés. En 2010, toutes les provinces ont annoncé ou ont commencé à mettre en œuvre des programmes organisés de dépistage (tableau 9.5).

Cancer du larynx

Les taux d'incidence diminuent de manière significative tant chez l'homme (-3,8 % par an) que chez la femme (-3,4 % par an), tandis que les taux de mortalité affichent un recul significatif de -6,1 % depuis 2001, chez l'homme seulement (tableau 4.5).

Le cancer du larynx est associé principalement au tabagisme³ et à la consommation d'alcool⁵. Les taux d'incidence et de mortalité reflètent les tendances à la baisse de ces facteurs de risque.

Cancer du foie

Chez l'homme, le taux d'incidence du cancer du foie a augmenté de 3,6 % par an et le taux de mortalité de 1,8 % par an (tableau 4.5). Ces deux hausses sont statistiquement significatives.

Chez la femme, le taux d'incidence a augmenté de 2,3 % par an (tableau 4.5). L'augmentation du taux de mortalité observée était statistiquement non significative. En 2007, pour la première fois depuis que les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du foie sont analysés dans ce rapport, l'augmentation du taux d'incidence chez la femme a été statistiquement significative.

Une partie des hausses observées pourrait s'expliquer par l'augmentation de l'immigration de personnes originaires de régions du globe où les facteurs de risque du cancer du foie, par exemple l'infection par le virus de l'hépatite B et l'exposition aux aflatoxines, sont prévalents⁶.

Parmi les autres facteurs de risque, citons les taux accrus d'infection par le virus de l'hépatite C et l'abus d'alcool, qui augmentent le risque de cirrhose et, par conséquent, de cancer du foie⁷.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Cancer du poumon

Chez l'homme, les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon ont commencé à se stabiliser au milieu des années 1980 et sont en déclin depuis (tableaux 4.1 et 4.2). Les taux ont considérablement diminué, soit de -1,8% par année dans le cas de l'incidence et de -2,3 % par année dans le cas de la mortalité (tableau 4.5).

Chez la femme, les taux d'incidence augmentent depuis 1982, et ils ont connu une hausse importante de 1,1 % par année entre 1998 et 2007. Les projections à plus long terme suggèrent toutefois que ce taux commence à se stabiliser.

On prévoit que les hommes continueront de connaître des taux d'incidence et de mortalité plus élevés que les femmes en 2011 (incidence : 65 contre 51 pour 100 000; mortalité : 56 contre 39 pour 100 000).

Les différences entre les hommes et les femmes dans les tendances liées au cancer du poumon sont le reflet des différences passées dans les profils de consommation du tabac. Chez les hommes, la consommation de tabac a commencé à chuter au milieu des années 1960, précédant d'environ 20 ans le déclin des taux du cancer du poumon, alors que chez les femmes, elle a commencé à reculer au milieu des années 1980.

Lymphome non hodgkinien

Le taux d'incidence du lymphome non hodgkinien a légèrement augmenté chez les hommes (0,8 %) et s'est stabilisé chez les femmes.

Les tendances observées pour ce qui est de l'incidence découlent probablement de l'amélioration de la détection et de la classification de cet ensemble complexe de maladies et de changements au niveau des facteurs de risque. Le facteur de risque le plus manifestement associé au lymphome non hodgkinien est l'immunosuppression, laquelle peut découler de troubles immunologiques, de thérapies immunosuppressives ou du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). On connaît mal les autres facteurs qui augmentent le risque, mais ceux-ci pourraient comprendre l'exposition professionnelle aux pesticides et aux composés organochlorés, comme les herbicides phénoxy et les dioxines.

Le taux de mortalité a diminué chez les hommes (-3,8 % par an) et chez les femmes (-3,1 % par an) depuis 2001 et 2000 respectivement (tableau 4.5).

Ces baisses de la mortalité peuvent s'expliquer par les améliorations récentes des traitements, comme l'immunothérapie (p. ex. rituximab). De plus, grâce à l'introduction de l'antirétrovirothérapie pour le traitement de l'infection à VIH durant la deuxième moitié des années 1990, on a observé une baisse du nombre de cas atteints des formes particulièrement agressives de lymphome non hodgkinien attribuables à l'infection à VIH.

Cancer de la cavité buccale

Ce groupe comprend les cancers de la lèvre, de la langue, de la glande salivaire, de la bouche, du nasopharynx et de l'oropharynx.

On a observé une diminution du taux d'incidence chez les hommes (-1,0 % par an) et des taux de mortalité chez les hommes et les femmes (-2,4 % et -1,9 % par an respectivement; tableau 4.5).

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Une diminution du tabagisme, lequel est un facteur de risque majeur pour la plupart des cancers de la cavité buccale au Canada, est sans doute responsable des tendances à la baisse de l'incidence de ces cancers et de la mortalité qui y est associée. La diminution de l'abus d'alcool est peut-être aussi en cause. Le rôle joué par les autres facteurs de risque, y compris l'infection par le virus (VPH), l'alimentation et l'exposition au soleil (liée au cancer de la lèvre), demeure vague.

Cancer de la prostate

Les deux pics qui ont été atteints pour l'incidence du cancer de la prostate en 1993 et en 2001, suivis dans chaque cas d'un fléchissement (figure 4.5), coïncident 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. Le premier pic suit l'introduction du dosage de l'APS en tant que test de dépistage. Le second pourrait s'expliquer par la publicité entourant le diagnostic de cancer de la prostate reçu par le ministre fédéral de la Santé au début de 2001 à la suite de dosages en série 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 des changements dans la prévalence des facteurs de risque. Toutefois, on en sait peu sur la nature de ces facteurs dans le cas du cancer de la prostate.

Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité ont augmenté beaucoup plus lentement depuis 1980, et ont amorcé un mouvement à la baisse au milieu des années 1990. Les taux de mortalité ont affiché une diminution importante de -4,5 % par an entre 1997 et 2006 (tableau 4.5), sans doute grâce à l'amélioration des traitements.

En 2009, deux essais randomisés à grande échelle portant sur le dosage de l'APS et son lien possible avec la baisse de la mortalité chez les hommes âgés de plus de 55 ans ont produit des résultats contradictoires^{8,9}. Le suivi des participants à ces études aidera peut-être à clarifier le rôle de ce test dans la diminution des décès par cancer de la prostate.

Cancer de l'estomac

Le taux d'incidence du cancer de l'estomac diminue chez les deux sexes, à raison de -2,0 % par an chez les hommes et de -1,5 % par an chez les femmes (tableau 4.5). Cette baisse pourrait s'expliquer par un changement des habitudes alimentaires, par une diminution du tabagisme et de l'abus d'alcool (lequel peut aggraver les conséquences du tabagisme sur le risque de cancer de l'estomac) et par une amélioration de la reconnaissance de l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori*, qui est associée au cancer de l'estomac, et de son traitement.

Le taux de mortalité lié à ce cancer a aussi diminué considérablement (-3,1 % par année chez les hommes et -2,2 % par année chez les femmes) (tableau 4.5).

On observe ces tendances à la baisse de l'incidence et de la mortalité depuis longtemps. Les taux d'incidence du cancer de l'estomac sont à présent environ deux fois moins élevés qu'en 1982 et les taux de mortalité sont environ de deux tiers plus faibles qu'en 1981.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Cancer de la thyroïde

Il s'agit du cancer dont le taux d'incidence augmente le plus rapidement (6,8 % par années chez les hommes et 8,8 % par années chez les femmes depuis 1998; tableau 4.5). Des hausses similaires ont été observées en Europe et aux États-Unis.

Il est possible qu'un recours plus fréquent aux tests diagnostiques (imagerie par échographie, tomodensitométrie et résonance magnétique) permette de détecter des cancers de la thyroïde asymptomatiques à un stade plus précoce que ce qui était possible par le passé¹⁰.

Le taux de mortalité est demeuré stable, fort probablement parce que les traitements actuels sont très efficaces contre le cancer de la thyroïde à un stade précoce.

Répercussions

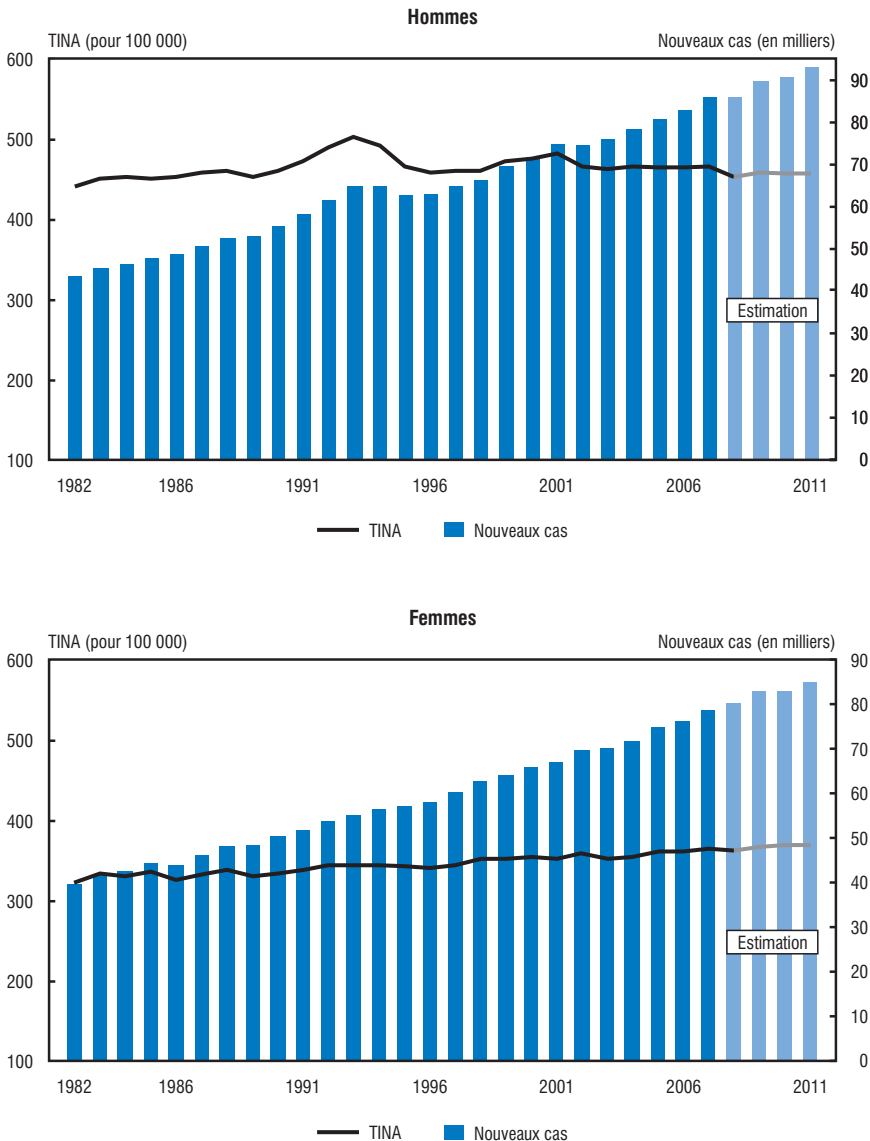
Les fortes baisses des taux de mortalité observées pour plusieurs cancers portent à croire que des progrès importants ont été réalisés en matière de lutte contre le cancer, notamment grâce à la détection précoce et au traitement, comme l'atteste l'amélioration de la survie relative à cinq ans au cours de la période la plus récente pour les cancers les plus courants (se reporter à la section 7). Les tendances stables ou à la hausse des taux d'incidence de nombreux cancers suggèrent toutefois qu'il faut rehausser la prévention primaire. De plus, les figures 4.1 et 4.2 mettent en relief le fardeau de plus en plus lourd que représentera l'accroissement continu du nombre de nouveaux cas de cancer pour la société canadienne, et ce, dans une large mesure, indépendamment des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité. Elles montrent pourquoi les programmes de prévention du cancer et de promotion de la santé sont si cruciaux. Il est essentiel d'améliorer la capacité en matière de prévention primaire, de détection précoce et de traitement afin de réduire davantage les taux globaux d'incidence du cancer et de mortalité liée à cette maladie.

L'incidence et la mortalité sont des mesures du fardeau de la maladie, et les données sur leurs tendances peuvent renseigner sur les besoins en matière de services cliniques. Dans l'ensemble, les taux d'incidence sont stables (hommes) ou augmentent légèrement (femmes), mais les taux de mortalité diminuent, ce qui indique que les taux de survie pour certains cancers augmentent. Compte tenu de ces tendances, il faut intensifier les efforts de prévention primaire; continuer à mettre l'accent sur le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus; insister davantage sur les mesures de détection précoce et l'éducation du public au sujet des premiers signes du cancer; améliorer les options thérapeutiques et les mesures de promotion de la santé.

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1982–2011



Nota : La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

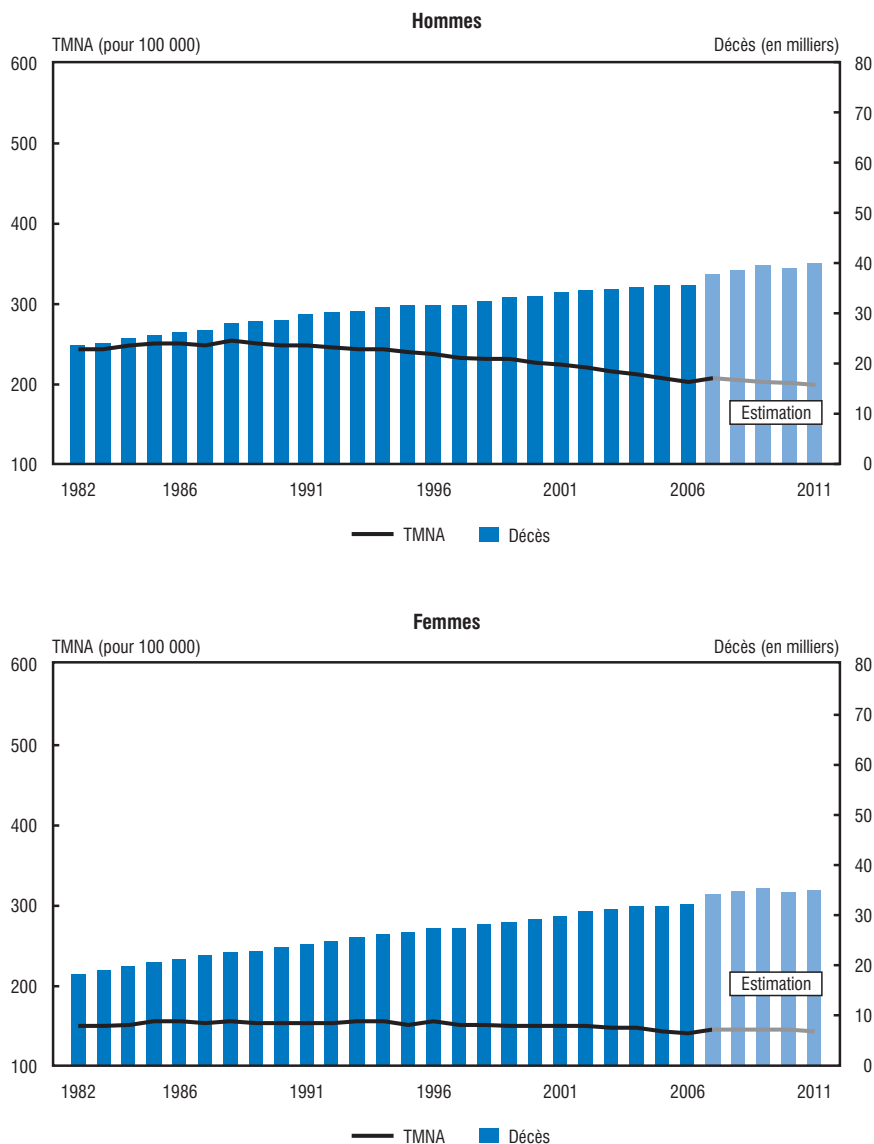
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.2

Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1982–2011



Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006.

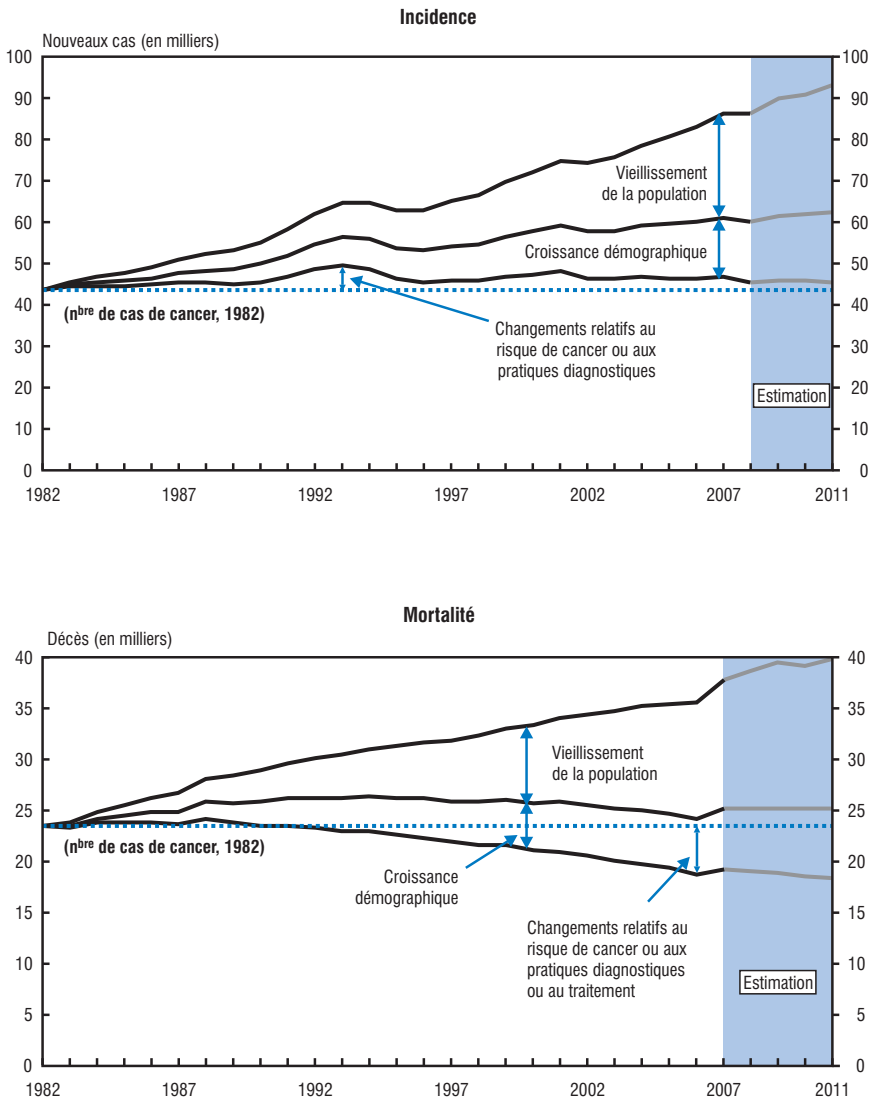
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.3

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1982–2011



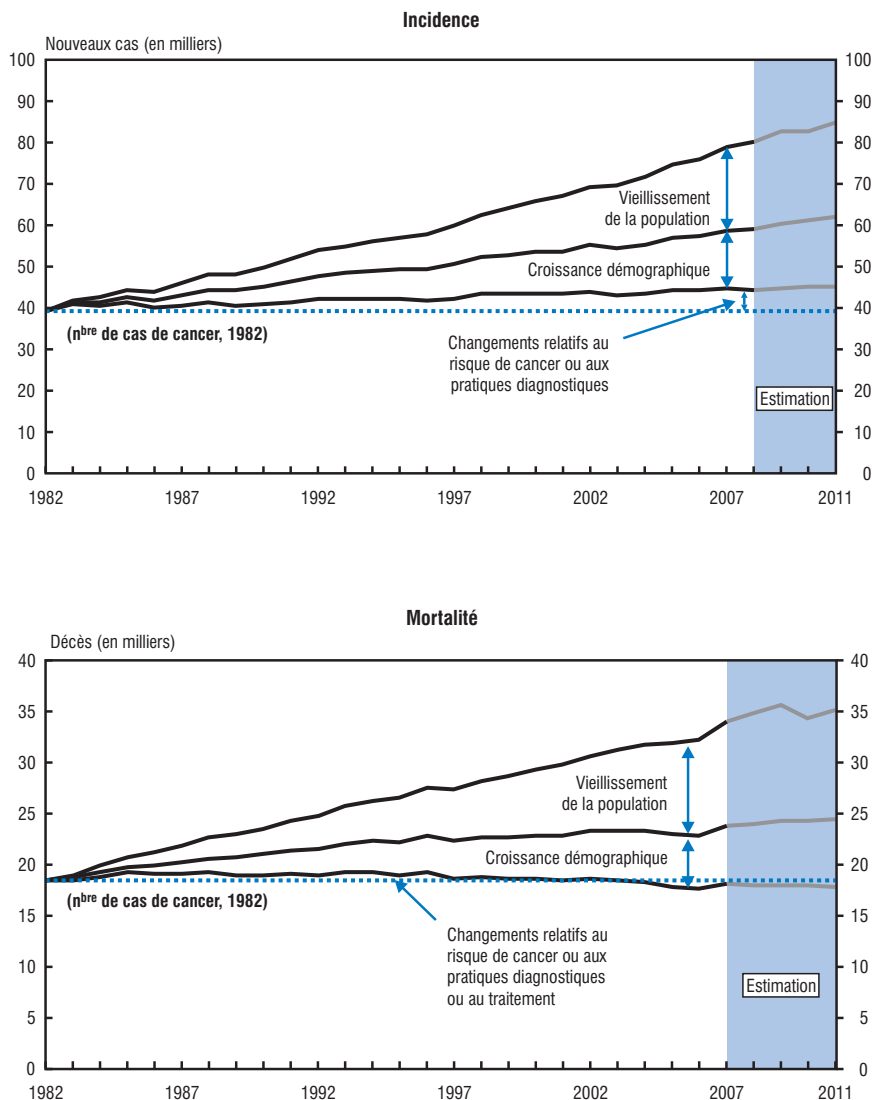
Nota : Les nouveaux cas excluent les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2006. Les fourchettes des taux varient entre les figures.

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.4

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1982–2011



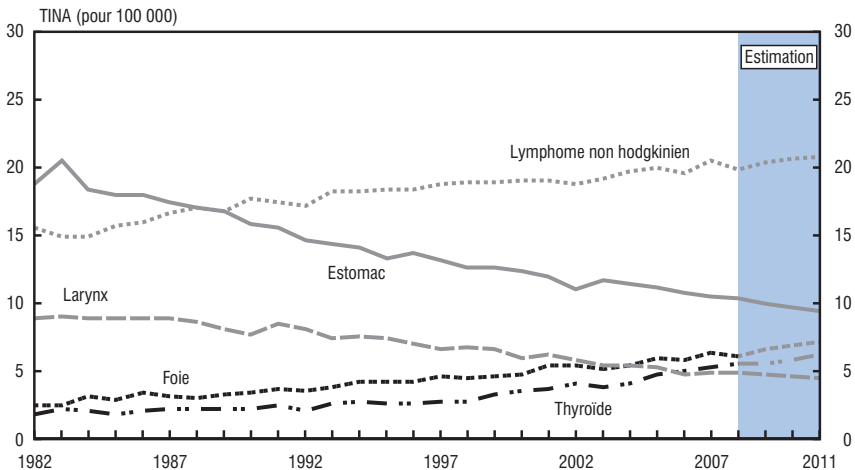
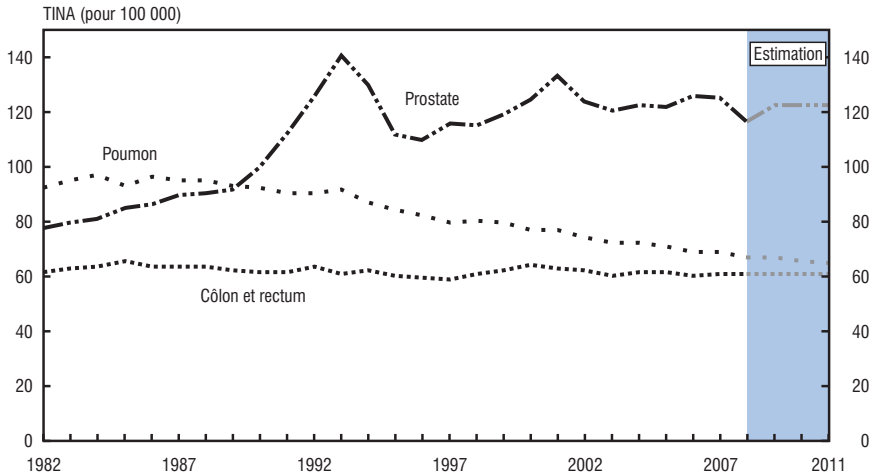
Nota : Les nouveaux cas excluent les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2006. Les fourchettes des taux varient entre les figures.

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.5

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1982–2011



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

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.1. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

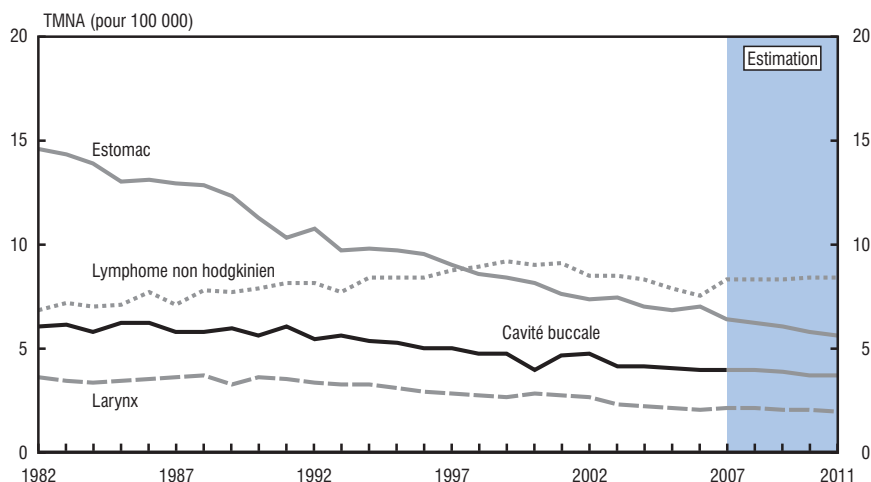
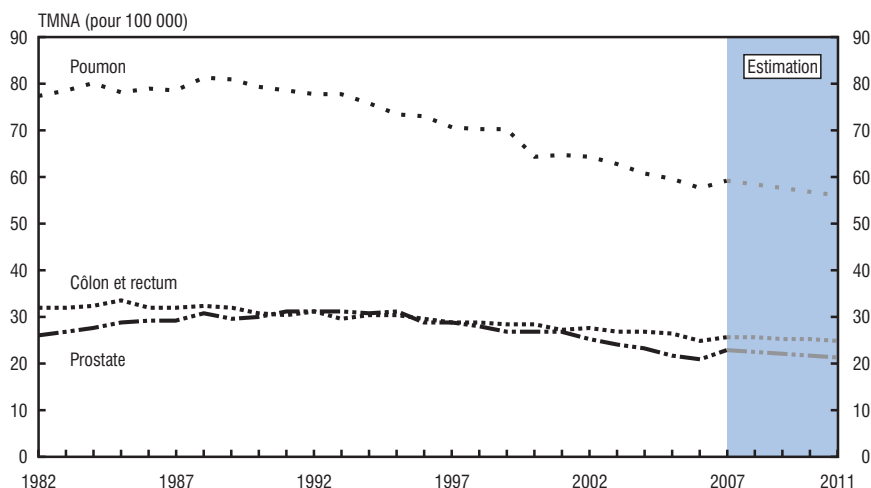
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.6

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1982–2011



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

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.2. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

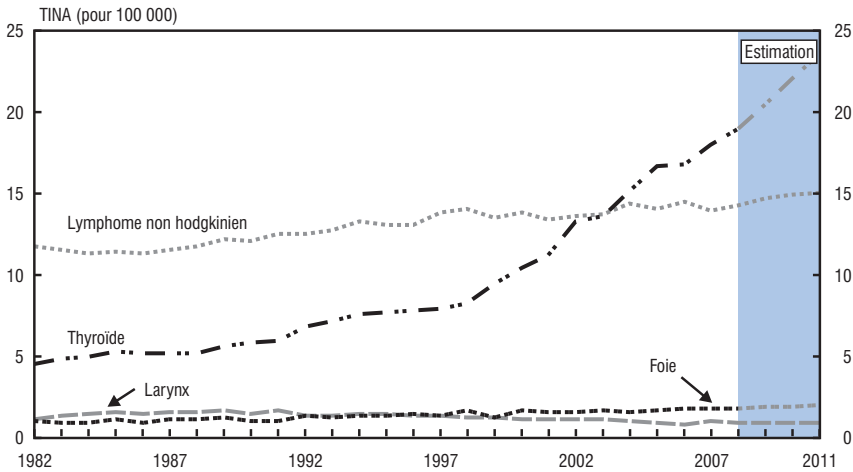
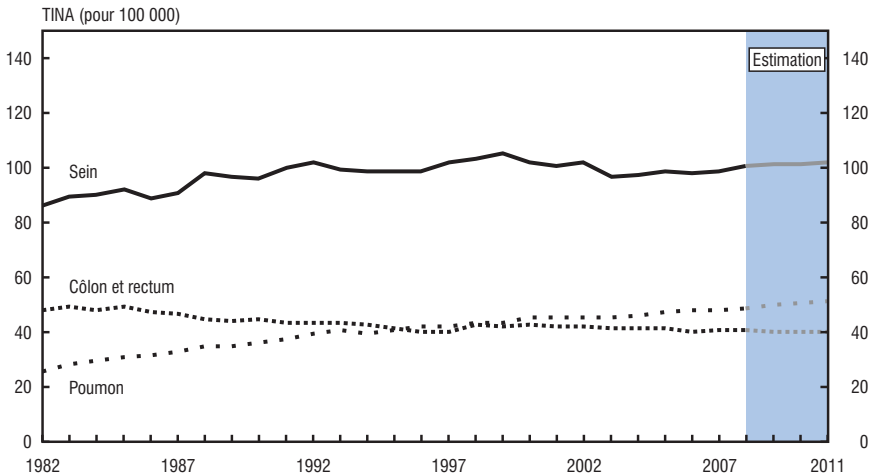
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.7

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1982–2011



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

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.3. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

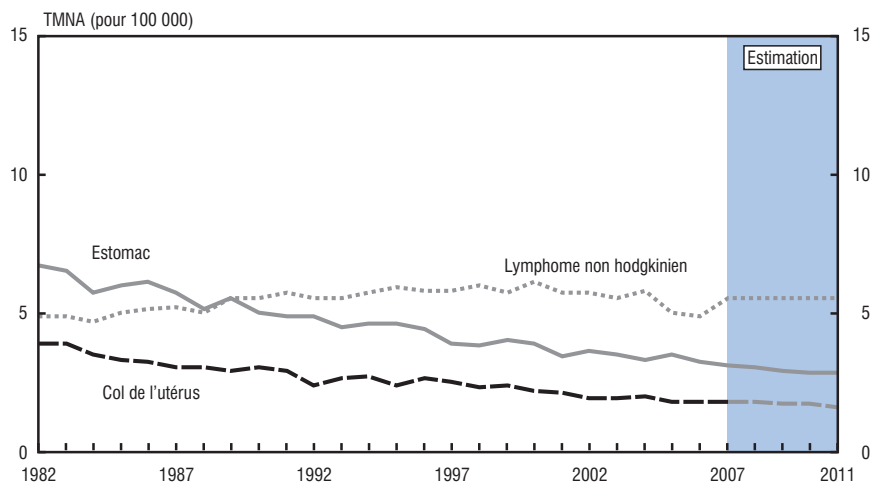
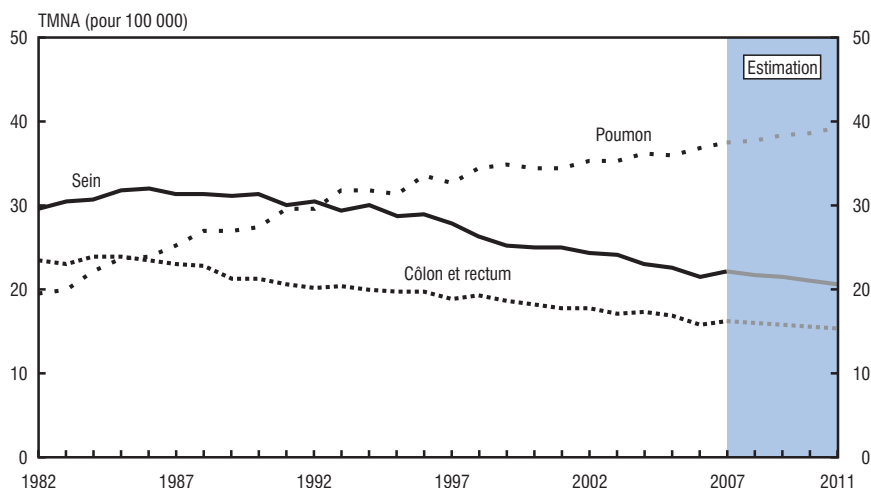
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.8

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1982–2011



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

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.4. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1982–2011

Année	Cas pour 100 000								
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphome non hodgkinien	Thyroïde	Estomac	Foie	Larynx
1982	442,2	77,9	92,4	61,6	15,6	1,7	18,7	2,4	8,8
1983	450,6	79,7	95,0	62,9	14,9	2,1	20,5	2,4	9,0
1984	452,4	81,0	96,9	63,8	14,9	2,0	18,4	3,1	8,9
1985	452,3	85,2	93,0	65,3	15,7	1,8	18,0	2,8	8,8
1986	454,0	86,1	96,1	63,5	16,0	2,0	18,0	3,3	8,8
1987	458,5	89,5	94,8	63,4	16,6	2,2	17,4	3,1	8,8
1988	461,0	90,4	95,1	63,4	17,0	2,1	17,0	3,0	8,6
1989	453,8	91,8	93,3	62,0	16,7	2,1	16,7	3,2	8,1
1990	460,2	99,8	92,4	61,9	17,7	2,2	15,8	3,4	7,7
1991	472,4	112,5	90,5	61,8	17,4	2,4	15,6	3,6	8,4
1992	490,6	125,7	90,6	63,3	17,2	2,0	14,6	3,5	8,1
1993	503,3	140,7	91,6	61,0	18,2	2,6	14,3	3,8	7,4
1994	491,4	129,8	86,9	62,1	18,2	2,7	14,1	4,2	7,5
1995	467,2	111,8	84,7	60,5	18,3	2,6	13,3	4,2	7,4
1996	458,2	110,1	82,2	59,4	18,3	2,6	13,6	4,2	6,9
1997	461,1	115,6	79,4	59,1	18,8	2,7	13,1	4,5	6,6
1998	460,8	115,0	80,5	61,2	18,9	2,7	12,6	4,4	6,7
1999	471,9	119,5	79,5	62,2	18,9	3,2	12,6	4,6	6,6
2000	476,5	124,8	77,1	64,2	19,0	3,5	12,3	4,7	5,9
2001	482,4	133,2	77,0	63,2	19,0	3,6	11,9	5,3	6,1
2002	466,7	123,7	74,5	62,6	18,8	4,0	11,0	5,3	5,8
2003	462,3	120,4	72,4	60,4	19,1	3,7	11,7	5,1	5,4
2004	466,3	122,6	72,2	61,5	19,7	4,0	11,4	5,4	5,3
2005	464,9	121,9	71,1	61,4	20,0	4,7	11,1	5,9	5,2
2006	464,2	126,0	69,0	60,4	19,5	5,0	10,7	5,7	4,7
2007	466,4	125,2	68,9	60,7	20,5	5,2	10,5	6,3	4,8
2008 [†]	454,2	116,2	66,7	61,2	19,8	5,5	10,3	6,0	4,8
2009 [‡]	458,8	122,4	66,7	61,0	20,4	5,5	9,9	6,6	4,7
2010 [‡]	457,6	122,5	65,7	61,0	20,6	5,8	9,6	6,8	4,6
2011 [‡]	456,4	122,5	64,7	60,9	20,8	6,1	9,4	7,1	4,4

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

[†] Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007).

[‡] Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

Nota : La catégorie « tous les cancers » exclut les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

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

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1982–2011

Année	Décès pour 100 000							
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Cavité buccale	Estomac	Larynx
1982	243,6	26,0	77,4	31,9	6,8	6,0	14,6	3,6
1983	243,1	26,7	78,4	31,8	7,2	6,1	14,3	3,4
1984	248,1	27,5	80,2	32,5	7,0	5,8	13,9	3,3
1985	249,2	28,9	78,0	33,4	7,1	6,2	13,0	3,4
1986	249,1	29,4	78,8	32,0	7,7	6,2	13,1	3,5
1987	248,1	29,4	78,5	32,0	7,1	5,8	12,9	3,6
1988	254,7	30,7	81,2	32,4	7,8	5,8	12,8	3,7
1989	249,5	29,7	81,0	31,9	7,7	5,9	12,3	3,2
1990	246,4	30,1	79,4	30,9	7,9	5,6	11,3	3,6
1991	247,5	31,2	78,7	30,4	8,1	6,0	10,3	3,5
1992	245,2	31,1	77,6	31,2	8,1	5,4	10,7	3,3
1993	243,2	31,1	77,9	29,7	7,7	5,6	9,7	3,2
1994	242,3	30,8	75,6	30,3	8,4	5,3	9,8	3,2
1995	239,3	31,1	73,3	30,2	8,4	5,2	9,7	3,1
1996	236,6	29,0	72,9	29,5	8,4	5,0	9,5	2,9
1997	232,3	28,8	70,5	29,0	8,7	5,0	9,0	2,8
1998	230,8	28,1	70,2	29,0	8,9	4,7	8,6	2,7
1999	229,8	27,0	70,4	28,6	9,2	4,7	8,4	2,6
2000	225,8	26,9	64,4	28,5	9,0	3,9	8,1	2,8
2001	224,3	26,8	64,7	27,2	9,1	4,6	7,6	2,7
2002	220,3	25,1	64,5	27,8	8,5	4,7	7,3	2,6
2003	215,4	24,0	62,7	26,8	8,5	4,1	7,4	2,3
2004	212,1	23,4	60,6	26,8	8,3	4,1	7,0	2,2
2005	207,7	21,9	59,8	26,5	7,9	4,0	6,8	2,1
2006	201,5	20,8	57,5	25,0	7,5	3,9	7,0	2,0
2007 [†]	207,5	22,8	59,2	25,8	8,3	3,9	6,4	2,1
2008 [†]	205,4	22,4	58,3	25,6	8,3	3,9	6,2	2,1
2009 [†]	203,3	22,0	57,5	25,3	8,3	3,8	6,0	2,0
2010 [†]	201,2	21,6	56,7	25,1	8,4	3,7	5,8	2,0
2011 [†]	199,2	21,2	55,9	24,8	8,4	3,7	5,6	1,9

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

[†] Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006. Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

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

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1982–2011

Année	Cas pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Foie	Larynx
1982	321,3	25,8	86,0	47,9	11,7	4,5	1,0	1,1
1983	333,1	28,2	89,3	49,2	11,5	4,8	0,9	1,3
1984	329,9	29,5	90,3	47,8	11,3	4,9	0,9	1,4
1985	336,1	30,8	92,2	49,5	11,4	5,3	1,1	1,5
1986	325,5	31,5	88,6	47,1	11,3	5,2	0,9	1,4
1987	331,6	33,2	91,1	46,7	11,5	5,2	1,1	1,5
1988	336,8	34,6	97,8	45,0	11,7	5,1	1,1	1,5
1989	330,6	34,9	96,4	44,3	12,2	5,6	1,2	1,6
1990	333,6	36,3	96,0	44,5	12,1	5,8	1,0	1,4
1991	338,1	37,6	100,2	43,3	12,5	5,9	1,0	1,6
1992	343,8	39,6	101,9	43,2	12,5	6,8	1,3	1,3
1993	343,4	40,6	99,2	43,2	12,7	7,1	1,2	1,3
1994	343,8	39,8	99,0	42,5	13,3	7,6	1,3	1,4
1995	342,1	40,7	98,9	41,4	13,1	7,7	1,3	1,4
1996	340,0	42,0	98,7	40,1	13,1	7,8	1,4	1,3
1997	344,3	42,0	102,3	40,4	13,8	7,9	1,3	1,3
1998	352,1	43,6	103,4	42,8	14,0	8,2	1,6	1,2
1999	352,8	43,5	105,4	41,9	13,5	9,4	1,2	1,2
2000	354,8	45,1	101,8	42,9	13,8	10,4	1,6	1,1
2001	352,7	45,1	100,4	42,3	13,4	11,2	1,5	1,1
2002	358,6	45,7	102,3	42,1	13,6	13,3	1,5	1,1
2003	351,3	45,6	96,9	41,2	13,7	13,6	1,6	1,1
2004	354,1	46,3	97,2	41,6	14,4	15,1	1,5	1,0
2005	360,7	47,6	98,5	41,5	14,0	16,7	1,6	0,9
2006	360,7	47,9	98,3	40,3	14,5	16,8	1,8	0,8
2007	364,4	47,7	98,7	40,8	13,9	18,0	1,8	1,0
2008 [†]	362,4	48,6	100,4	40,5	14,2	19,0	1,8	0,9
2009 [‡]	365,7	50,0	101,2	40,3	14,7	20,5	1,9	0,9
2010 [‡]	367,4	50,7	101,4	40,1	14,9	22,0	1,9	0,9
2011 [‡]	369,1	51,3	101,7	40,0	15,0	23,6	2,0	0,9

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

[†] Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007).

[‡] Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

Nota : La catégorie « tous les cancers » exclut les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

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

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.4

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1982–2011

Année	Décès pour 100 000						
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Col de l'utérus
1982	149,3	19,5	29,7	23,5	4,9	6,7	3,9
1983	149,4	19,9	30,4	23,1	4,9	6,5	3,9
1984	151,9	22,1	30,7	23,8	4,7	5,7	3,5
1985	154,8	23,7	31,8	23,8	5,0	6,0	3,3
1986	154,4	23,9	32,0	23,5	5,1	6,1	3,2
1987	154,1	25,3	31,3	23,0	5,2	5,7	3,0
1988	155,4	26,9	31,4	22,7	5,0	5,1	3,0
1989	153,0	26,9	31,2	21,3	5,5	5,5	2,9
1990	152,9	27,5	31,3	21,3	5,5	5,0	3,0
1991	153,7	29,5	30,1	20,7	5,7	4,9	2,9
1992	153,2	29,6	30,4	20,2	5,5	4,9	2,4
1993	154,9	31,7	29,4	20,3	5,5	4,5	2,6
1994	155,2	31,9	30,0	19,9	5,7	4,6	2,7
1995	152,1	31,3	28,7	19,8	5,9	4,6	2,4
1996	155,2	33,6	28,9	19,7	5,8	4,4	2,6
1997	150,4	32,6	27,8	18,8	5,8	3,9	2,5
1998	151,3	34,5	26,4	19,3	6,0	3,8	2,3
1999	149,8	34,9	25,2	18,6	5,7	4,0	2,4
2000	149,8	34,4	25,1	18,2	6,1	3,9	2,2
2001	148,2	34,4	25,0	17,8	5,7	3,4	2,1
2002	149,2	35,2	24,4	17,7	5,7	3,6	1,9
2003	148,1	35,3	24,1	17,1	5,5	3,5	1,9
2004	147,0	36,1	23,1	17,3	5,8	3,3	2,0
2005	143,7	35,9	22,6	16,9	5,0	3,5	1,8
2006	141,6	36,8	21,5	15,8	4,9	3,2	1,8
2007 [†]	145,4	37,4	22,2	16,3	5,5	3,1	1,8
2008 [†]	145,0	37,8	21,8	16,1	5,5	3,0	1,8
2009 [†]	144,6	38,3	21,4	15,8	5,5	2,9	1,7
2010 [†]	144,2	38,7	21,1	15,6	5,5	2,8	1,7
2011 [†]	143,7	39,2	20,7	15,4	5,5	2,8	1,6

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

[†] Les données réelles sont disponibles jusqu'en 2006. Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

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

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.5

Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence (1998–2007) et de mortalité (1997–2006) normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada

	Incidence 1998–2007				Mortalité 1997–2006			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	VAP	Point de retournement†	VAP	Point de retournement†	VAP	Point de retournement†	VAP	Point de retournement
Tous les cancers	0,1	2003	0,3**		-2,0**	2001	-0,6**	
Prostate	-0,6	2001	—		-4,5**	2001	—	
Poumon	-1,8**		1,1**		-2,3**		1,0**	
Sein	—		-0,7**		—		-3,1**	2002
Côlon et rectum	-0,8**	2000	-0,8**	2000	-1,5**		-1,8**	
Lymphome non hodgkinien	0,8**		0,4		-3,8**	2001	-3,1**	2000
Vessie	-0,7*		-0,1		-1,1**		0,1	
Mélanome	1,4**		1,4**		0,5		-0,6*	
Thyroïde	6,8**		8,8**		—		—	
Leucémie	0,6		1,1**		-0,9*		-1,0*	
Rein	2,4	2003	1,8**		-0,7		-0,4	
Corps de l'utérus	—		0,7*		—		-0,7	
Pancréas	-0,3		0,5		-0,4		0,1	
Cavité buccale	-1,0*		0,2		-2,4**		-1,9*	
Estomac	-2,0**		-1,5**		-3,1**		-2,2**	
Encéphale	-0,5		-0,8		-1,0**		-1,4**	
Ovaire	—		-0,2		—		-0,5	
Myélome multiple	0,4		0,0		-1,6*		-0,4	
Foie	3,6**		2,3*		1,8*		1,6	
Oesophage	0,6		-0,7		-0,2		-1,5*	
Col de l'utérus	—		-1,4**		—		-3,4**	
Larynx	-3,8**		-3,4**		-6,1**	2001	-2,6	
Maladie de Hodgkin	0,4		0,9		—		—	
Testicule	1,5*		—		—		—	

— Sans objet ou faible nombre de décès.

* 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 1998 pour l'incidence ou 1997 pour la mortalité. Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1986 à 2007 pour l'incidence et aux taux de 1986 à 2006 pour la mortalité.

Nota : On calcule la variation annuelle en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique; les taux d'incidence pour tous les cancers tiennent compte des cancers non mentionnés dans le tableau, mais ils ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). En l'absence d'un point de retournement au cours des dix dernières années, la VAP est calculée par une analyse distincte des points de retournement appliquée aux dix années; lorsqu'il y a présence d'un point de retournement, la VAP est calculée à partir des données annuelles postérieures au point de retournement. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES (0 À 19 ANS)

Le cancer est rare chez les enfants canadiens. Entre 2003 et 2007, au Canada, 6 550 enfants et jeunes âgés de 0 à 19 ans ont reçu un diagnostic de cancer (soit 1 310 par an en moyenne) et, entre 2002 et 2006, 962 sont décédés des suites de cette maladie (tableau 5.1). Si les cas de cancer chez les enfants et les jeunes ne représentent que 1 % de tous les cancers diagnostiqués au Canada, ils revêtent cependant une importance significative du point de vue de la santé publique. Le cancer chez les enfants et les jeunes a une incidence disproportionnée sur les systèmes de soins de santé et de services sociaux ainsi que sur l'économie, et il impose un très lourd fardeau aux familles dont l'enfant ou l'adolescent est atteint par cette maladie. D'après les estimations, les deux tiers des survivants à un cancer infantile souffrent d'au moins un effet chronique ou à survenue tardive de leur traitement anticancéreux et jusqu'à un tiers de ces effets tardifs sont jugés majeurs, graves ou mettant la vie en danger¹¹. Compte tenu du nombre toujours plus élevé d'enfants et de jeunes qui survivent à un diagnostic de cancer, le besoin d'une surveillance à long terme et des soins de suivi continuera de croître.

Incidence

- ◆ Le taux d'incidence normalisé selon l'âge pour l'ensemble des cancers chez les enfants et les jeunes combinés a peu varié depuis 1985 (figure 5.1).
- ◆ Entre 2003 et 2007, le cancer infantile le plus fréquemment diagnostiqué était la leucémie (tableau 5.1), qui représentait 26 % de tous les cas nouvellement diagnostiqués. Venaient ensuite les lymphomes et les cancers du système nerveux central (SNC), à respectivement 17 % et 16 %.
 - Les leucémies lymphoïdes représentaient près de 73 % des 1 716 cas de leucémie, comparativement à 16 % pour la leucémie myéloïde aiguë.
 - Sur les 1 100 cas de lymphome diagnostiqués, 55 % étaient des lymphomes de Hodgkin, 8 % des lymphomes de Burkitt et 24 % des lymphomes non hodgkiniens.
 - Les astrocytomes comptaient pour 44 %, les tumeurs intracrâniennes et intrarachidiennes embryonnaires pour 20 % et les épépendymomes pour 10 % des 1 039 cas de cancer du SNC recensés.

Mortalité

- ◆ Pour tous les cancers chez les enfants et les jeunes combinés, le taux de mortalité normalisé selon l'âge a diminué de façon importante, passant d'un maximum de 41,2 pour 1 000 000 en 1985 à 23,0 pour 1 000 000 en 2007 (figure 5.1).
- ◆ Environ 65 % des décès par cancer chez les enfants et les jeunes enregistrés de 2002 à 2006 étaient imputables à des leucémies (28 %), à des cancers du SNC (27 %) ou à des tumeurs osseuses malignes (11 %).

Survie

Les estimations de la proportion de survie observée (PSO) ont été calculées pour la période de 2002 à 2006 à partir d'une analyse par période (voir l'*Annexe II*).

- ◆ Pour tous les cancers combinés dans ce groupe d'âge (0 à 19 ans), la PSO à 5 ans est estimée à 82 %.

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES (0 À 19 ANS)

- ◆ Par rapport au groupe de diagnostic, les PSO à cinq ans les plus élevées concernaient le rétinoblastome, avec 96 %, suivi des autres tumeurs épithéliales malignes, des lymphomes et des tumeurs germinales, pour lesquels cette proportion variait de 89 à 93 % (tableau 5.1). Les PSO à cinq ans les plus faibles ont été observées dans le cas des tumeurs osseuses malignes (68 %), des tumeurs des tissus mous (71 %) et des cancers du SNC (71 %).
- ◆ Les PSO à cinq ans varient considérablement à l'intérieur d'un même groupe de diagnostic (tableau 5.1) :
 - La survie des individus ayant reçu un diagnostic de leucémie myéloïde aiguë (67 %) était considérablement moins élevée que celle des personnes ayant reçu un diagnostic de leucémie lymphoïde (89 %).
 - Le pronostic était plus favorable à l'égard des cas de diagnostic du lymphome de Hodgkin (94 %) qu'à l'égard des cas de diagnostic du lymphome non hodgkinien (82 %).
 - Pour les cancers du SNC, on a observé que le pronostic associé à l'astrocytome (81 %) était plus favorable que celui associé aux tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intrarachidiennes (58 %).

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

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES (0 À 19 ANS)

Tableau 5.1

Nouveaux cas et décès, taux annuels moyens d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (TINA et TMNA) et estimations de la proportion de la survie observée (PSO) à 5 ans (et intervalles de confiance [IC] à 95 %) par groupe de diagnostics, chez les enfants et les jeunes (0-19 ans), Canada (à l'exception du Québec*)

Groupe de diagnostics	Nouveaux cas (2003-2007)	TINA (pour 1 000 000 par année)	Décès (2002-2006)	TMNA (pour 1 000 000 par année)	PSO à 5 ans (2002-2006) (IC à 95 %)
Total[†] (5 ans)	6 550	167,3	962	24,2	82 (81-83)
Moyenne annuelle	1 310		192		
I. Leucémie	1 716	45,9	267	6,7	84 (82-86)
a. Lymphoïde	1 257	34,0	124	3,1	89 (87-91)
b. Aiguë myéloïde	269	6,9	67	1,7	67 (61-73)
II. Lymphome	1 100	26,4	61	1,5	89 (87-91)
a. Maladie de Hodgkin	607	14,1	12	0,3	94 (92-96)
b. Lymphome non hodgkinien	259	6,4	18	0,5	82 (76-86)
c. Lymphome de Burkitt	88	2,2	8	0,2	84 (75-90)
III. Système nerveux central	1 039	27,0	258	6,6	71 (68-74)
a. Épendymome	99	2,6	21	0,6	70 (59-79)
b. Astrocytome	460	11,8	56	1,4	81 (76-84)
c. Embryonnaire intracrânien et intramédullaire	211	5,6	80	2,1	58 (51-65)
XI. Autres tumeurs épithéliales malignes	659	15,4	25	0,6	93 (90-95)
b. Thyroïde	314	7,3	1	0,0	99 (97-100)
d. Mélanome malin	139	3,3	5	0,1	95 (90-98)
X. Tumeurs germinales et autres tumeurs gonadiques	412	9,8	20	0,5	89 (85-92)
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	266	6,2	3	0,1	93 (88-95)
IX. Tissus mous	405	10,2	89	2,2	71 (66-76)
a. Rhabdomyosarcome	153	4,0	49	1,2	68 (59-75)
VIII. Tumeurs osseuses malignes	368	8,8	103	2,4	68 (63-74)
a. Ostéosarcome	189	4,5	45	1,1	69 (60-76)
c. Sarcome d'Ewing	136	3,3	54	1,3	62 (51-70)
IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du SNP	309	8,9	71	1,9	75 (69-80)
a. Neuroblastome	302	8,7	71	1,9	75 (69-80)
VI. Tumeurs rénales	248	7,0	24	0,6	85 (79-89)
a. Néphroblastome	220	6,3	18	0,5	87 (82-92)
XII. Autres cancers et cancers non précisés	122	3,1	23	0,6	90 (82-95)
V. Rétinoblastome	86	2,5	5	0,1	96 (89-99)
VII. Tumeurs hépatiques	78	2,2	16	0,4	74 (62-83)

* Les données relatives au Québec ont été exclues du calcul de la survie en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

† Le total comprend 8 nouveaux cas de tumeurs malignes qui n'ont pu être classés.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année. Les cas ont été classés et répartis d'après la troisième édition de la *Classification internationale des cancers de l'enfant*¹². Les groupes de diagnostics sont énumérés selon la fréquence des cas. La liste n'englobe que certains sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe de diagnostics. L'abréviation SNP renvoie aux tumeurs du système nerveux périphérique.

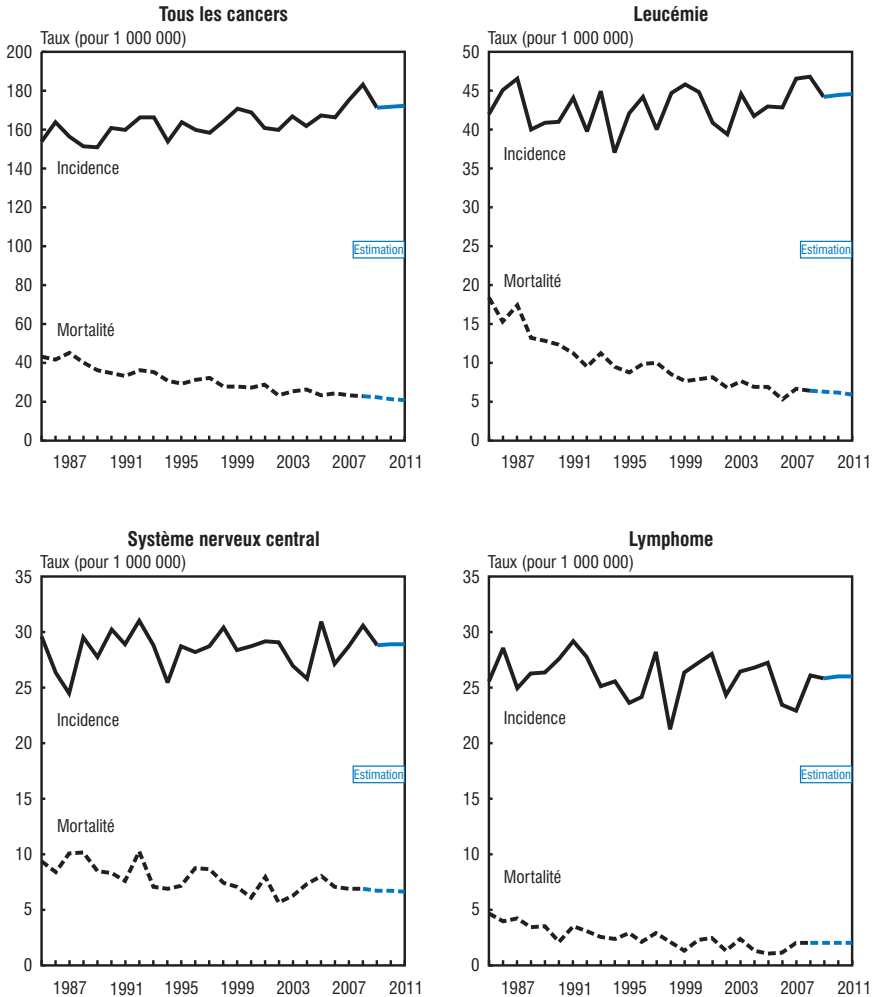
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

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

5. INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES (0 À 19 ANS)

Figure 5.1

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus fréquemment observés chez les enfants et les jeunes (0–19 ans), Canada, 1985–2011



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Les taux d'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 2008 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2006.

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

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

Le risque de survenue d'un type de cancer donné est fonction de la prévalence des facteurs de risque et de l'espérance de vie dans la population, tandis que la probabilité de décéder de ce cancer dépend de son incidence et de son taux de survie. Le tableau 6.1 indique la probabilité de survenue chez les Canadiens, au cours des 10 prochaines années, des types de cancer les plus courants par groupe d'âge, ainsi que la probabilité à vie d'être atteint d'un de ces cancers ou d'en mourir. Les données sur la probabilité à vie d'être atteint du cancer ou d'en mourir sont présentées sous forme de pourcentage et de rapport.

- ◆ Chez l'homme, la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de la vie est de 45 % (soit un homme sur 2,2). Autrement dit, un homme sur deux devrait être atteint d'un cancer au cours de sa vie.
- ◆ De même, chez la femme, la probabilité d'être atteinte d'un cancer au cours de la vie est de 40 % (soit une femme sur 2,5).
- ◆ Un homme sur 3,5 et une femme sur 4,2, soit approximativement un Canadien sur quatre, devraient en principe décéder du cancer.

Probabilités selon le siège ou type de cancer

- ◆ Un homme sur sept devrait en principe recevoir un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie, et un homme sur 28 devrait en mourir.
- ◆ Un homme sur 11 risque d'être atteint du cancer du poumon et un homme sur 13 risque de mourir de cette maladie, ce qui fait de ce cancer celui qui présente la probabilité de décès au cours de la vie la plus élevée chez les hommes.
- ◆ D'après les estimations actuelles, un homme sur 13 devrait être atteint du cancer colorectal au cours de sa vie, et un homme sur 28 devrait mourir de cette maladie.
- ◆ Une femme sur neuf devrait être atteinte du cancer du sein au cours de sa vie, et une femme sur 29 devrait en mourir.
- ◆ Une femme sur 15 risque d'être atteinte du cancer du poumon et une femme sur 17 risque de décéder de cette maladie, ce qui fait de ce cancer celui qui présente la probabilité de décès au cours de la vie la plus élevée chez les femmes.
- ◆ D'après les estimations actuelles, une femme sur 16 devrait être atteinte du cancer colorectal au cours de sa vie, et une femme sur 32 devrait mourir de cette maladie.

Probabilités selon l'âge

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 prochaines années donne une indication utile du risque de cancer à court terme.

- ◆ Le tableau 6.1 montre l'augmentation marquée du risque d'être atteint du cancer de la prostate en fonction de l'âge. Chez un homme âgé de moins de 50 ans, la probabilité de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate est faible. Toutefois, un homme de 70 ans a une probabilité de 6,2 % (un sur 16) de recevoir un tel diagnostic avant l'âge de 80 ans. Ce pourcentage représente le risque le plus élevé, tant pour l'homme que pour la femme, d'être atteint d'un type de cancer donné pendant l'une ou l'autre des décennies de sa vie.

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

- ◆ Pour les hommes, la probabilité croissante d'être atteint d'un cancer avec chaque période de 10 ans de sa vie atteint un maximum dans le cas du cancer de la prostate, du cancer du poumon et du cancer colorectal ainsi que, dans une moindre mesure, du cancer de la vessie. Pour la plupart de ces cancers, l'augmentation la plus marquée est enregistrée entre la cinquantaine et la soixantaine.
- ◆ Pour les femmes, la probabilité croissante d'être atteinte d'un cancer avec chaque période de 10 ans de sa vie atteint un maximum dans le cas du cancer du sein, du cancer du poumon et du cancer colorectal. Comme chez les hommes, pour la plupart de ces cancers, l'augmentation la plus marquée est enregistrée entre la cinquantaine et la soixantaine.

Environ un Canadien sur deux sera atteint d'un cancer et un sur quatre en mourra, le risque étant légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 6.1

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

	Probabilité à vie :									
	d'être atteint du cancer		de mourir du cancer		Probabilité (%) d'être atteint du cancer au cours des 10 années suivantes, par groupe d'âge					
	%	Un sur :	%	Un sur :	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Hommes										
Tous les cancers*	45,3	2,2	28,9	3,5	0,7	1,7	6,2	15,2	21,4	20,7
Prostate	14,2	7,0	3,6	27,8	—	0,2	1,8	5,7	6,2	4,8
Poumon	8,7	11,4	8,0	12,5	—	0,2	0,8	2,4	4,1	4,0
Côlon et rectum	7,5	13,3	3,6	27,7	0,1	0,2	0,8	2,0	3,4	3,3
Vessie	3,6	27,9	1,1	90,0	—	0,1	0,3	0,8	1,6	1,8
Lymphome non hodgkinien	2,2	45,3	1,0	97,0	0,1	0,1	0,3	0,6	0,9	0,8
Leucémie	1,8	56,9	1,0	95,7	—	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8
Rein	1,7	59,0	0,7	141,0	—	0,1	0,3	0,5	0,6	0,5
Mélanome	1,5	66,5	0,4	243,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,6
Estomac	1,4	72,1	1,0	101,4	—	—	0,1	0,3	0,6	0,7
Cavité buccale	1,3	74,5	0,5	195,6	—	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4
Pancréas	1,3	78,9	1,3	74,1	—	—	0,1	0,3	0,5	0,6
Myélome multiple	0,8	124,8	0,5	206,2	—	—	0,1	0,2	0,3	0,4
Encéphale	0,8	125,9	0,6	165,9	—	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Oesophage	0,7	134,7	0,9	115,9	—	—	0,1	0,2	0,3	0,3
Foie	0,7	147,8	0,4	262,1	—	—	0,1	0,2	0,3	0,2
Larynx	0,6	178,8	0,3	377,0	—	—	0,1	0,2	0,2	0,2
Thyroïde	0,4	223,4	0,1	1937,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	—

— Valeur inférieure à 0,05.

* La catégorie « tous les cancers » exclut les cancers in situ de la vessie et les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) en ce qui concerne la probabilité d'être atteint d'un cancer.

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence du cancer et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 2006 et sur les tables de mortalité fondées sur les taux pour l'ensemble des causes de 2004 à 2006. 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 2006. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : *Méthodologie*.

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

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

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

Tableau 6.1 (suite)

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

	Probabilité à vie :									
	d'être atteint du cancer		de mourir du cancer		Probabilité (%) d'être atteint du cancer au cours des 10 années suivantes, par groupe d'âge					
	%	Un sur :	%	Un sur :	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Femmes										
Tous les cancers*	40,4	2,5	24,1	4,2	1,3	3,2	6,3	10,5	14,3	14,2
Sein	11,3	8,9	3,4	29,2	0,4	1,3	2,2	3,1	3,1	2,6
Poumon	6,7	14,9	5,7	17,4	—	0,2	0,8	1,9	2,7	2,0
Côlon et rectum	6,4	15,7	3,1	32,3	0,1	0,2	0,6	1,3	2,3	2,7
Corps de l'utérus	2,5	40,4	0,5	183,8	—	0,1	0,6	0,8	0,7	0,5
Lymphome non hodgkinien	1,9	51,5	0,9	111,5	0,1	0,1	0,2	0,5	0,7	0,7
Ovaire	1,5	68,7	1,1	91,9	—	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4
Thyroïde	1,4	70,8	0,1	1374,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1
Pancréas	1,3	74,1	1,4	69,9	—	—	0,1	0,2	0,5	0,6
Leucémie	1,3	75,4	0,8	125,4	—	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5
Vessie	1,2	83,3	0,5	220,7	—	—	0,1	0,2	0,4	0,5
Mélanome	1,2	84,6	0,2	463,9	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
Rein	1,1	92,4	0,4	231,3	—	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3
Estomac	0,8	131,2	0,6	172,7	—	—	0,1	0,1	0,3	0,3
Cavité buccale	0,7	142,6	0,2	417,1	—	—	0,1	0,2	0,2	0,2
Col de l'utérus	0,7	153,4	0,2	444,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Myélome multiple	0,6	157,1	0,4	230,3	—	—	0,1	0,1	0,2	0,3
Encéphale	0,6	158,3	0,4	224,6	—	—	0,1	0,1	0,2	0,1

— Valeur inférieure à 0,05.

* La catégorie « tous les cancers » exclut les cancers in situ de la vessie et les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) en ce qui concerne la probabilité d'être atteint d'un cancer.

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence du cancer et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 2006 et sur les tables de mortalité fondées sur les taux pour l'ensemble des causes de 2004 à 2006. 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 2006. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

Les estimations de la survie dans une population donnent une indication de la gravité de la maladie : la personne moyenne chez laquelle on diagnostique un cancer présentant un rapport de survie relative (RSR) à cinq ans défavorable, par exemple un cancer du poumon, a une faible probabilité de vivre jusqu'au cinquième anniversaire de son diagnostic. Lorsqu'on les examine selon le siège ou le type de cancer et selon la région géographique, les estimations de la survie peuvent servir à établir les secteurs prioritaires en ce qui concerne l'amélioration du pronostic¹³. Lorsqu'on les examine selon une perspective temporelle, en conjonction avec les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité, elles constituent un indicateur important des progrès accomplis dans la lutte contre le cancer¹⁴.

Déterminants de la survie

Chez une personne atteinte du cancer, le pronostic peut être influencé par plusieurs facteurs :

- ◆ Les facteurs liés à la personne atteinte comme l'âge, le sexe, les maladies concomitantes, la situation socio-économique et les habitudes de vie;
- ◆ Les facteurs liés à la tumeur tels que le stade de la maladie et le sous-type histologique;
- ◆ Les facteurs liés à l'infrastructure de lutte contre le cancer tels que la disponibilité et la qualité des services de détection précoce, de diagnostic et de traitement.

Le stade de la maladie au moment du diagnostic est un indicateur pronostique très important, mais c'est une donnée qui n'est pas encore fournie systématiquement à des fins d'analyse dans tous les ensembles de données des registres du cancer. Les registres du cancer provinciaux et territoriaux déploient actuellement des efforts importants en vue de favoriser la collecte des données sur le stade de la maladie.

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

Le rapport de survie relative (RSR) est le paramètre privilégié pour évaluer les chances de survie au cancer dans la population. Par définition, il s'agit du rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et la survie attendue chez les membres de la même population générale¹⁵. Un RSR à cinq ans de 80 % pour un cancer donné signifie que les personnes atteintes de ce cancer ont 80 % de chances d'être en vie au cours d'une période de cinq ans postérieure au diagnostic, par rapport aux membres de la population générale de profil analogue.

Si l'estimation de la survie dans la population constitue un indicateur « moyen » utile de la survie¹⁶, il convient cependant de garder à l'esprit les éléments suivants :

- ◆ Elle est fondée sur les expériences d'un groupe d'individus présentant un mélange hétérogène de caractéristiques pathologiques et, par conséquent, ne donne pas nécessairement d'indications sur les chances de survie d'une personne donnée pendant une certaine période (p. ex. cinq ans) après le diagnostic.
- ◆ Les intervalles de confiance des estimations de la survie ne représentent pas la gamme des pronostics possibles pour chaque patient, mais plutôt une variation statistique.

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

Estimation de la survie relative à cinq ans (2004–2006)

Le tableau 7.1 indique les RSR à cinq ans prévus pour la période allant de 2004 à 2006. Les données sont présentées pour certains cancers par ordre décroissant de survie pour les deux sexes combinés.

- ◆ Tous les cancers combinés
 - La survie relative à cinq ans pour tous les cancers combinés s'élève à 62 %.
 - La survie observée à cinq ans (c'est-à-dire la proportion des patients en vie cinq ans après leur diagnostic) s'élève à 54 % (données non présentées).
- ◆ Par siège ou type de cancer
 - Les RSR les plus élevés étaient ceux des cancers de la thyroïde (98 %), de la prostate (96 %) et des testicules (95 %).
 - Les RSR les plus faibles étaient ceux des cancers du pancréas (6 %), de l'œsophage (13 %) et du poumon (16 %).
- ◆ Par sexe
 - Pour la plupart des cancers examinés, la survie relative était plus élevée chez les femmes ou était comparable chez les deux sexes.
 - Les différences entre les sexes les plus marquées sur le plan de la survie—toujours en faveur des femmes—étaient observées dans le cas du cancer du sein (8,6 %), du mélanome (6,5 %) et du cancer du poumon (5,3 %).
 - La différence la plus marquée sur le plan de la survie en faveur des hommes était observée dans le cas du cancer du larynx (3,5 %).

Estimation de la survie relative à cinq ans selon la province

Le tableau 7.2 présente les RSR provinciaux à cinq ans normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon (c'est-à-dire pour les sièges de cancer les plus fréquemment diagnostiqués). Les rapports de survie pour Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas indiqués parce qu'ils sont artificiellement élevés. En raison du nombre relativement peu élevé de cas à l'Île-du-Prince-Édouard, les estimations des RSR sont moins précises pour cette province que pour les autres. Les estimations des territoires ne sont pas présentées parce que le nombre de cas était insuffisant pour permettre de calculer des valeurs normalisées selon l'âge fiables.

- ◆ Les valeurs provinciales les plus élevées du RSR pour le cancer de la prostate sont observées au Nouveau-Brunswick (99 %) et en Ontario (98 %); les plus faibles se retrouvent en Saskatchewan (91 %), au Manitoba (92 %) et en Alberta (92 %).
- ◆ La survie varie peu d'une province à l'autre dans le cas du cancer du sein.
- ◆ Le RSR pour le cancer colorectal varie de 65 % en Ontario à 59 % en Alberta. Voir le tableau 9.7 pour obtenir plus d'information sur la survie au cancer colorectal en fonction du temps par province.
- ◆ Le RSR pour le cancer du poumon varie de 18 % au Manitoba à 14 % dans plusieurs provinces.

Les variations d'une province à l'autre peuvent avoir plusieurs explications, dont les suivantes :

- ◆ Différences sur le plan des méthodes d'utilisation et de diffusion des tests de sélection et de dépistage précoce;
- ◆ Différences sur le plan des méthodes diagnostiques;
- ◆ Différences sur le plan de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements spécialisés du cancer;
- ◆ Différences sur le plan des caractéristiques des populations.

Faute de données sur le stade de la maladie au moment du diagnostic et sur les modalités du traitement, il est difficile d'évaluer quels facteurs pourraient être importants parmi ceux énumérés ci-haut.

Estimation de la survie relative à cinq ans selon l'âge au moment du diagnostic

Les RSR à cinq ans selon l'âge pour le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon sont présentés au tableau 7.3.

- ◆ Le pronostic le plus favorable pour le cancer du sein (89 %) est observé chez les femmes qui avaient entre 40 et 79 ans au moment du diagnostic; la survie relative est plus faible chez celles qui étaient plus jeunes (84 %) ou plus âgées (79 %) au moment du diagnostic.
- ◆ La survie au cancer de la prostate est toujours élevée (> 95 %) chez les hommes âgés de 40 à 79 ans et culmine à 99 % chez ceux qui avaient entre 60 et 69 ans au moment du diagnostic; la survie la plus faible est observée chez les 80 à 99 ans (83 %).
- ◆ Dans le cas du cancer du poumon, le RSR diminue au fur et à mesure que l'âge augmente, passant de 38 % chez les personnes âgées de 15 à 39 ans au moment du diagnostic à 9 % chez celles qui avaient 80 à 99 ans à ce moment-là.
- ◆ La survie au cancer colorectal est comparable dans tous les groupes d'âge jusqu'à 70 ans (66 % pour la population de 15 à 69 ans), puis diminue graduellement. Voir le tableau 9.8 pour de plus amples renseignements sur la survie au cancer colorectal selon l'âge par sous-siège.

La survie relative est en général moins bonne chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer à un âge plus avancé pour les raisons suivantes :

- ◆ Elles peuvent recevoir un traitement moins soutenu en raison de la présence d'autres maladies ou affections qui réduisent la tolérance de l'organisme et sa réactivité aux traitements anticancéreux (phénomène appelé comorbidité).
- ◆ Elles peuvent recevoir un traitement moins agressif indépendamment de la comorbidité^{17,18}.

Survie relative à cinq ans estimée : comparaison des périodes 2004–2006 et 1992–1994

La figure 7.1 compare les estimations des RSR à cinq ans normalisés selon l'âge pour certains cancers durant les périodes 2004-2006 et 1992-1994.

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

- ◆ Le RSR a augmenté de 6 % pour tous les cancers combinés (variation exprimée en différence absolue de survie relative entre les deux périodes) ainsi que pour la plupart des cancers.
- ◆ Les augmentations les plus marquées de la survie relative ont été observées chez les personnes ayant reçu un diagnostic de lymphome non hodgkinien (près de 13 %) ou de leucémie (10 %).
- ◆ Les RSR pour le cancer de la prostate et pour le cancer colorectal ont augmenté respectivement de 9 % et de près de 8 %. Voir le tableau 9.9 pour de plus amples renseignements sur l'évolution en fonction du temps de la survie au cancer colorectal par sous-siège.
- ◆ En ce qui concerne les cancers de la vessie, du corps de l'utérus et du pancréas, on observe peu de variations de la survie relative (variation inférieure à environ 1 point de pourcentage).

Renseignements additionnels

L'article d'Ellison et Wilkins (2010)¹⁹ fournit plus d'information sur les estimations de survie prévues pour la période 2004-2006. Les valeurs réelles de la survie à cinq ans depuis 1992 pour tous les cancers sont disponibles sur le site Web de Statistique Canada²⁰.

L'examen des estimations de la survie peut aider à déterminer les changements prioritaires à apporter au système pour améliorer la survie. Il est d'une importance vitale de continuer à développer la collecte des données sur le stade de la maladie pour tous les cas de cancer nouvellement diagnostiqués, afin de permettre de mieux comprendre les différences sur le plan de la survie.

Tableau 7.1

Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans et intervalles de confiance (IC) à 95 % pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec*), 2004–2006

	Rapports de survie relative (%) (IC à 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	62 (62–62)	62 (61–62)	63 (63–63)
Thyroïde	98 (97–98)	94 (93–96)	99 (98–99)
Prostate	—	96 (96–97)	—
Testicule	—	95 (94–96)	—
Mélanome	90 (89–90)	86 (85–88)	93 (92–94)
Sein	88 (87–88)	79 (73–85)	88 (87–88)
Maladie de Hodgkin	85 (83–87)	83 (81–86)	87 (84–89)
Corps de l'utérus	—	—	85 (85–86)
Vessie [†]	75 (74–77)	76 (74–78)	73 (71–76)
Col de l'utérus	—	—	75 (73–76)
Rein	67 (66–68)	67 (65–68)	67 (66–69)
Larynx	64 (62–66)	65 (62–67)	61 (56–66)
Cavité buccale	63 (61–64)	61 (59–62)	66 (64–68)
Côlon et rectum	63 (63–64)	63 (62–63)	64 (63–65)
Lymphome non hodgkinien	63 (62–64)	61 (60–62)	65 (63–66)
Leucémie	55 (54–56)	55 (54–57)	54 (53–56)
Ovaire	—	—	42 (41–44)
Myélome multiple	37 (35–38)	37 (35–39)	36 (34–38)
Estomac	24 (23–25)	24 (22–25)	25 (23–27)
Encéphale	23 (21–24)	21 (20–23)	25 (23–27)
Foie	18 (16–19)	18 (16–20)	17 (14–20)
Poumon	16 (15–16)	13 (13–14)	19 (18–19)
Oesophage	13 (12–15)	13 (11–14)	15 (13–18)
Pancréas	6 (6–7)	6 (5–7)	7 (6–8)

— Sans objet

* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

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

Nota : « Corps de l'utérus » ne comprend pas « utérus, partie non précisée », et « encéphale » ne comprend pas les « autres cancers touchant le système nerveux ».

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

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

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

Tableau 7.2

Rapports estimatifs de survie relative à 5 ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance (IC) à 95 % pour les cancers les plus courants, selon la province, Canada (à l'exception du Québec), 2004–2006

	Rapports de survie relative (%) (IC à 95 %)			
	Prostate	Sein	Côlon et rectum	Poumon
Canada*	95 (95–96)	88 (87–88)	63 (63–64)	16 (16–16)
C.-B.	94 (93–95)	88 (87–89)	62 (61–63)	14 (13–15)
Alb.	92 (90–93)	88 (86–89)	59 (58–61)	14 (13–15)
Sask.	91 (89–92)	86 (84–87)	61 (58–63)	15 (13–16)
Man.	92 (89–93)	85 (83–87)	60 (58–62)	18 (17–20)
Ont.	98 (97–98)	88 (88–89)	65 (65–66)	17 (17–18)
N.-B.	99 (96–101)	87 (85–89)	63 (60–66)	16 (14–18)
N.-É.	96 (94–98)	85 (84–87)	61 (59–63)	14 (12–15)
Î.-P.-É.	96 (90–101)	83 (78–87)	61 (55–67)	14 (11–19)

* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital. Les rapports de survie à Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas indiqués parce qu'ils sont artificiellement élevés.

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

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

Tableau 7.3

Rapports estimatifs de survie relative à 5 ans et intervalles de confiance (IC) à 95 % pour les cancers les plus courants, par groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec*), 2004–2006

	Rapports de survie relative (%) (IC à 95 %)					
	Group d'âge					
	20–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–99
Prostate	—	95 (93–96)	97 (96–98)	99 (99–100)	97 (96–98)	83 (81–85)
Sein	84 (82–85)	89 (89–90)	89 (89–90)	90 (89–91)	87 (86–88)	79 (77–81)
Côlon et rectum	67 (64–71)	66 (64–68)	66 (65–67)	67 (66–68)	63 (62–64)	57 (55–59)
Poumon	38 (32–43)	23 (21–24)	19 (18–20)	18 (17–18)	14 (13–15)	9 (8–10)

— Estimations non disponibles en raison du faible nombre de cas.

* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

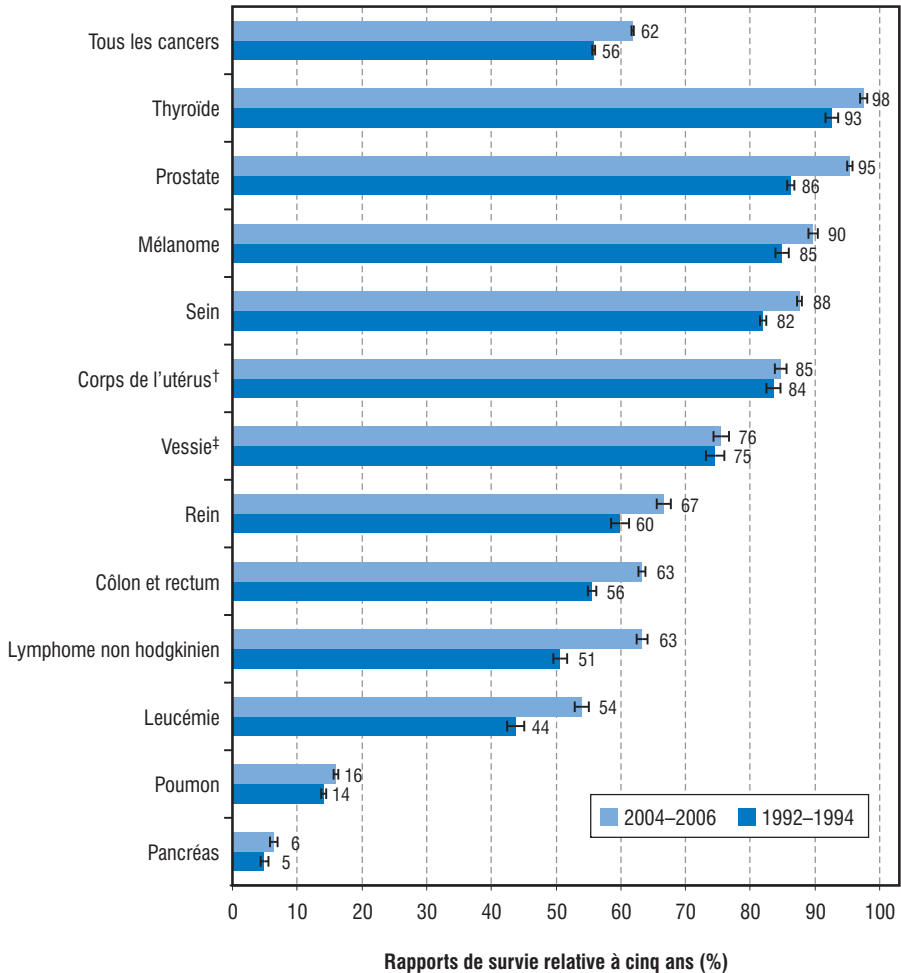
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

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

7. SURVIE RELATIVE À CINQ ANS

Figure 7.1

Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance à 95 % pour certains cancers, pour les deux sexes, Canada (à l'exception du Québec*), comparaison des années 2004–2006 et 1992–1994



* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

† « Corps de l'utérus » ne comprend pas « partie non précisée ».

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

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

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

8. PRÉVALENCE

La prévalence est influencée tant par l'incidence du cancer que par la survie à cette maladie. C'est un indicateur utile du fardeau que représente le cancer tant pour l'individu que pour le système de soins de santé. Baser les estimations de la prévalence d'un cancer sur la période écoulée depuis le diagnostic permet d'obtenir des données plus précises concernant les besoins en matière de soins de santé²¹. Plus précisément, des services de soins de santé différents sont requis selon que la personne a reçu un diagnostic depuis deux ans ou moins, depuis 2 à 5 ans ou depuis 5 à 10 ans^{21,22}. Les cas diagnostiqués au cours des 10 dernières années représentent la demande la plus importante en soins de santé liés au cancer.

Il existe deux types de prévalence :

- ◆ Prévalence fondée sur le nombre de tumeurs : la prévalence du cancer est le nombre de cas de cancer déjà diagnostiqués dans une population donnée parmi les personnes en vie à une date précise (date de référence). Elle estime le nombre de cancers primaires diagnostiqués chez les personnes vivant avec le cancer à une date donnée.
- ◆ Prévalence fondée sur le nombre de personnes : elle vise le nombre de personnes ayant déjà reçu un diagnostic de cancer. Elle estime le nombre de personnes vivant avec le cancer à une date donnée.

Puisque l'approche fondée sur la personne compte le nombre d'individus atteints du cancer plutôt que le nombre de tumeurs diagnostiquées, elle peut entraîner une sous-estimation du fardeau réel du cancer pour le système de soins de santé canadien, les individus et leur famille. Pour cette raison, les estimations de la prévalence présentées ici sont pour l'essentiel fondées sur le nombre de tumeurs.

La prévalence peut être examinée sur différentes périodes. Par exemple, la prévalence totale réfère aux cas prévalents diagnostiqués à n'importe quel moment dans le passé, tandis que la prévalence de durée limitée s'entend des cas prévalents diagnostiqués au cours d'un nombre d'années donné. C'est cette dernière qui sera considérée ici, pour les cas prévalents diagnostiqués au cours des 10 dernières années.

Prévalence fondée sur le nombre de tumeurs

Chez les personnes en vie au Canada le 1er janvier 2007, on comptait au total 776 313 cas de cancer primaire diagnostiqués au cours des 10 dernières années (tableau 8.1).

- ◆ Selon le type ou siège de cancer
 - Près de 40 % des cas prévalents sur 10 ans étaient des cancers du sein (20 %) ou de la prostate (19 %), suivis des cancers colorectaux (13 %), des cancers du poumon (5 %), des cancers de la vessie (5 %), des lymphomes non hodgkiniens (4 %) et des mélanomes (4 %).
 - Malgré l'incidence plus élevée du cancer du poumon durant la période de l'étude²³, le nombre de cas de cancer colorectal prévalents sur 10 ans était 2,5 fois plus élevé, ce qui illustre le caractère très défavorable du pronostic du cancer du poumon.
- ◆ Selon le sexe
 - Chez les hommes, les cancers prévalents sur 10 ans les plus fréquents étaient le cancer de la prostate (39 %), le cancer colorectal (14 %), le cancer de la vessie

(7 %) et le cancer du poumon (5 %). Ensemble, ces cancers représentaient 65 % de tous les cas prévalents chez les hommes.

- Chez les femmes, les cancers prévalents sur 10 ans les plus fréquents étaient le cancer du sein (39 %), le cancer colorectal (12 %), le cancer du corps utérin (7 %) et le cancer du poumon (5 %). Ensemble, ces cancers représentaient 63 % de tous les cas prévalents chez les femmes.

◆ Selon l'âge

- La proportion (pour 100 000) de cas prévalents sur cinq ans culmine dans le groupe d'âge 80-84 ans tant chez les hommes (8 957) que chez les femmes (5 145). À un âge plus avancé, elle chute approximativement au niveau atteint par le groupe d'âge 70-74 ans (figure 8.1).
- La proportion des cas prévalents sur cinq ans chez les femmes est supérieure à celle observée chez les hommes jusqu'au point où les deux courbes se croisent, immédiatement avant l'âge de 60 ans, à partir duquel la proportion croît beaucoup plus rapidement chez les hommes que chez les femmes.

◆ Selon la durée

- La contribution relative du cancer du sein et du cancer de la prostate diminue lorsqu'on prend en considération des périodes de prévalence plus courtes (tableau 8.1 et figure 8.2).
- On observe la tendance opposée dans le cas du cancer du poumon; sa contribution relative augmente en proportion inverse de la durée de la période de prévalence (6 % pour cinq ans; 8 % pour deux ans).
- Sur les 776 313 cas de cancer prévalents sur 10 ans estimés en date du 1^{er} janvier 2007, 234 490 avaient été diagnostiqués au cours des deux dernières années (2005–2006). Ces individus étaient probablement à un stade de leur maladie nécessitant un traitement primaire, ou encore étaient en train de se remettre des effets de celui-ci.
- Une autre fraction, constituée de 248 826 cas prévalents, correspondait à la période allant de la troisième à la cinquième année après le diagnostic (diagnostiqués en 2002–2004), une période durant laquelle la personne a généralement besoin d'un suivi clinique étroit pour déceler les récurrences et de soins de soutien.

Prévalence fondée sur le nombre de personnes

Le tableau 8.2 indique la prévalence fondée sur le nombre de personnes sur 10 ans pour les cancers les plus fréquents, chez les personnes qui étaient en vie le 1^{er} janvier 2007 :

- ◆ 748 897 personnes (environ une sur 44 ou 2,3 % de la population canadienne) avaient reçu un diagnostic concernant au moins un cancer primaire infiltrant au cours des 10 dernières années.
- ◆ Une femme sur 108 avait reçu un diagnostic de cancer du sein au cours des 10 années précédentes.
- ◆ Un homme sur 108 avait reçu un diagnostic de cancer de la prostate au cours des 10 dernières années.

8. PRÉVALENCE

Répercussions

Le nombre de cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada continue d'augmenter²³, tandis que la survie au cancer est également en hausse^{19,20}. L'effet combiné de cette situation est une augmentation du nombre de personnes qui vivent aujourd'hui avec le cancer ou qui ont des antécédents de cette maladie. Si les personnes qui survivent au cancer sont nombreuses à mener une vie productive et valorisante, l'expérience du cancer n'en demeure pas moins difficile et présente plusieurs défis d'ordre physique, affectif et spirituel. Ces défis peuvent persister après le rétablissement physique, ce qui nécessite souvent un recours intensif aux ressources de réadaptation et de soins de soutien. La demande croissante et la complexification des besoins en soins de santé des survivants doivent être prises en considération dans la planification et la mise sur pied de services de santé interdisciplinaires.

Nombreux sont les Canadiens qui vivent avec les effets du cancer, qui nécessitent un traitement actif soutenu et qui ont besoin de manière suivie de ressources en soins et de services de soutien liés au cancer.

Tableau 8.1

Prévalence fondée sur la tumeur selon la durée et le sexe, certains cancers, Canada, 1^{er} janvier 2007

	2 ans (cas diagnostiqués depuis 2005)			5 ans (cas diagnostiqués depuis 2002)			10 ans (cas diagnostiqués depuis 1997)		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	234 490	119 854	114 636	483 316	243 885	239 431	776 313	383 781	392 532
Prostate	41 423	41 423	—	91 656	91 656	—	150 135	150 135	—
Poumon	19 359	9 854	9 505	29 903	14 803	15 100	39 884	19 721	20 163
Sein	38 896	278	38 618	88 227	631	87 596	153 777	989	152 788
Côlon et rectum	31 361	17 200	14 161	64 061	34 683	29 378	99 819	53 153	46 666
Lymphome non hodgkinien	10 088	5 377	4 711	20 812	11 016	9 796	32 633	16 984	15 649
Vessie	10 900	8 200	2 700	23 040	17 315	5 725	37 216	27 731	9 485
Mélanome	8 450	4 381	4 069	18 524	9 519	9 005	31 687	15 832	15 855
Thyroïde	7 438	1 622	5 816	15 983	3 367	12 616	24 861	5 299	19 562
Leucémie	6 309	3 678	2 631	12 923	7 522	5 401	19 666	11 337	8 329
Rein	6 737	4 165	2 572	13 997	8 468	5 529	22 475	13 479	8 996
Corps de l'utérus	7 390	—	7 390	16 392	—	16 392	28 229	—	28 229
Pancréas	2 110	1 020	1 090	2 809	1 345	1 464	3 452	1 647	1 805
Cavité buccale	5 451	3 637	1 814	11 177	7 414	3 763	18 116	11 998	6 118
Estomac	2 981	1 890	1 091	5 019	3 163	1 856	7 134	4 396	2 738
Encéphale	2 389	1 370	1 019	4 096	2 306	1 790	6 214	3 466	2 748
Ovaire	3 557	—	3 557	6 724	—	6 724	10 012	—	10 012
Myélome multiple	2 854	1 595	1 259	5 092	2 804	2 288	6 645	3 643	3 002
Foie	1 264	925	339	1 940	1 443	497	2 490	1 839	651
Oesophage	1 285	944	341	1 880	1 377	503	2 419	1 759	660
Col de l'utérus	2 297	—	2 297	5 251	—	5 251	9 806	—	9 806
Larynx	1 769	1 469	300	3 840	3 171	669	6 462	5 304	1 158
Maladie de Hodgkin	1 618	900	718	3 873	2 124	1 749	7 021	3 874	3 147
Testicule	1 647	1 647	—	3 930	3 930	—	7 409	7 409	—

— Sans objet.

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

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

8. PREVALENCE

Tableau 8.2

Prévalence à dix ans fondée sur la personne par sexe, cancers les plus courants, Canada, 1^{er} janvier 2007

	Nombre de personnes			Pourcentage de la population canadienne			Un sur :		
	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes	Tous	Hommes	Femmes
Tous les cancers	748 897	368 193	380 704	2,3	2,3	2,3	44	44	43
Sein (femme)	—	—	152 733	—	—	0,9	—	—	108
Prostate	—	150 130	—	—	0,9	—	—	108	—
Côlon et rectum	98 874	52 590	46 284	0,3	0,3	0,3	331	309	357
Poumon	39 731	19 655	20 076	0,1	0,1	0,1	824	826	823

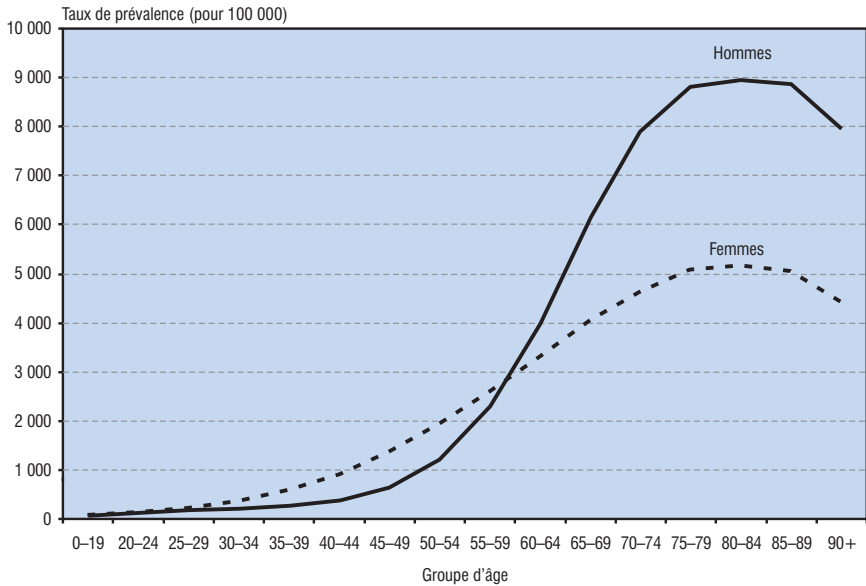
— Sans objet.

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

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

Figure 8.1

Prévalence à cinq ans fondée sur la tumeur selon le sexe et l'âge, tous les cancers, Canada, 1^{er} janvier 2007



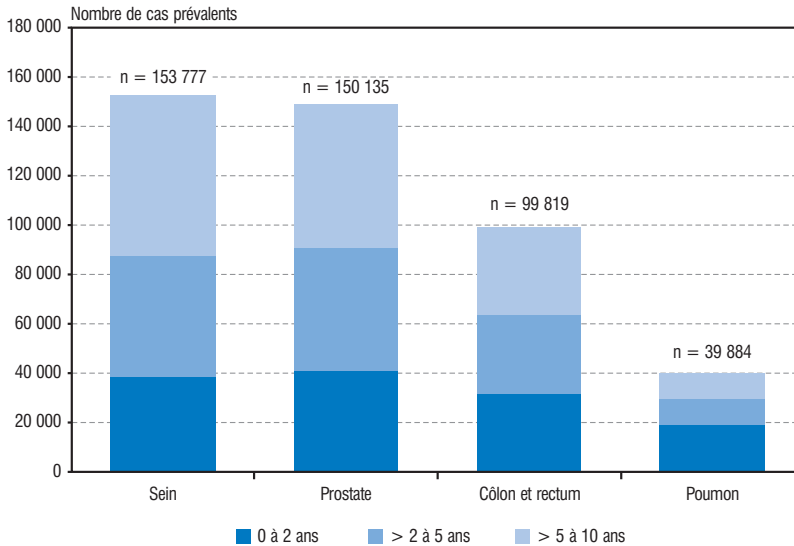
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

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

8. PREVALENCE

Figure 8.2

Prévalence fondée sur la tumeur selon la durée, cancers les plus fréquents, Canada, 1^{er} janvier 2007



Nota : n correspond au nombre total de cas prévalents pour chaque siège ou type de cancer. Dans la légende, 0–2 ans concerne les cas diagnostiqués en 2005 et en 2006, >2–5 ans, les cas diagnostiqués entre 2002 et 2004 et >5–10 ans, les cas diagnostiqués entre 1997 et 2001.

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

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

Sujet particulier : le cancer colorectal

Sous la direction des membres du Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer, avec la participation des personnes suivantes :

M^{me} Gina Lockwood, Partenariat canadien contre le cancer

D^r Geoff Porter, Université Dalhousie

D^{re} Donna Turner, Action Cancer Manitoba

Acteur et comédien, Neil Crone est un survivant du cancer colorectal. « La manière dont nous voyons notre monde, notre entourage et en particulier nous mêmes détermine la qualité de vie dont nous profiterons. Lorsqu'on a diagnostiqué mon cancer, nous avons décidé, sagement à mon avis, de ne pas lutter contre la maladie mais de profiter de la vie. Ne pas pousser le cancer vers la sortie, mais laisser le mieux être pénétrer. Je pense que c'est une bonne philosophie. Je suis toujours là. »

Photo de :
www.mckennaphoto.com ©
PhotoSensitive



9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Sommaire des statistiques sur le cancer colorectal

Incidence (estimations pour 2011)	Hommes	Femmes
Nombre de cas :	12 500	9 700
Taux normalisé selon l'âge (pour 100 000)*	61	40
% de tous les cancers :	13	11
Mortalité (estimations pour 2011)		
Nombre de décès :	5 000	3 900
Taux normalisé selon l'âge (pour 100 000)*	25	15
% de tous les décès par cancer :	13	11
Survie relative		
Survie relative à cinq ans (2004–2006)	63 %	64 %
Prévalence		
Prévalence fondée sur le nombre de personnes sur 10 ans (par rapport au 1 ^{er} janvier 2007)	52 590	46 284

* Normalisation selon l'âge pour la population canadienne de 1991

Introduction

Au Canada, quelque 22 200 personnes seront atteintes d'un cancer colorectal en 2011 et 8 900 décéderont de cette maladie, ce qui en fait la deuxième cause la plus courante par ordre d'importance de décès par cancer chez les Canadiens. On prévoit qu'un Canadien sur 14 recevra un diagnostic de cancer colorectal au cours de sa vie. En date du 1^{er} janvier 2007, on estimait que ce cancer avait été diagnostiqué chez près de 99 000 Canadiens au cours des 10 années précédentes (voir le tableau 8.2). La survie relative à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer colorectal s'élève à 63 %. Compte tenu du lourd fardeau qu'il impose et au vu de la récente mise sur pied de plusieurs programmes organisés de dépistage de ce cancer dans toutes les régions du pays, il est aussi important qu'opportun d'aborder la question du cancer colorectal.

Le siège du cancer colorectal découle de l'anatomie du côlon et du rectum. Pour des raisons qui tiennent à l'efficacité théorique de leur détection par les outils de dépistage, les cancers colorectaux ont été classés en différentes catégories : les cancers du côlon droit (parfois appelé côlon proximal) incluent ceux dont le siège est le cæcum, le côlon ascendant, le côlon transverse et la courbe colique gauche (figure 9.1). Les cancers du côlon gauche (parfois appelé côlon distal) incluent ceux dont le siège est le côlon descendant et le côlon sigmoïde, tandis que les cancers rectaux incluent les tumeurs du côlon sigmoïde et du rectum. Le cancer de l'appendice est rare et a été inclus dans la catégorie « Tous les autres cancers et cancers non précisés » car les tests de dépistage du cancer colorectal ne décèlent pas ce type de cancer. La sigmoïdoscopie, en raison de sa portée limitée, ne peut déceler que les cancers du côlon gauche. Le cancer anal (< 1 % de tous les cancers) est exclu parce qu'il s'agit d'une pathologie différente sur le plan biologique.

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Les cancers colorectaux sont en grande majorité des adénocarcinomes. Une progression claire d'un épithélium (paroi interne de l'intestin) anormal au polype, puis au cancer a été établie dans le cas du cancer colorectal²⁴.

Différences sur le plan des taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et selon le sexe

Comme pour la plupart des autres cancers, les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal augmentent de façon marquée après l'âge de 50 ans (figure 9.2).

- ◆ Environ 95 % des nouveaux cas et des décès surviennent après l'âge de 50 ans (voir le tableau 3.2), ce qui milite en faveur du début du dépistage à cet âge chez les individus présentant un risque moyen d'être atteints de cette maladie.
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité selon l'âge au Canada sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes; la différence entre les deux sexes est maximale dans le groupe d'âge de 55 à 74 ans, où les taux (d'incidence et de mortalité) sont environ 60 % plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Différences sur le plan des taux d'incidence et de mortalité aux niveaux international et interprovincial

L'incidence du cancer colorectal varie considérablement d'un pays à l'autre; les taux normalisés selon l'âge les plus élevés sont observés au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Europe, tandis que l'Asie, l'Afrique et l'Amérique du Sud affichent des taux beaucoup plus faibles²⁵. Ces disparités tiennent probablement en partie à des différences sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique. Dans certaines populations où, traditionnellement, les taux de cancer du côlon sont très faibles, comme au Japon, l'incidence de cette maladie a connu une hausse spectaculaire au cours des dernières décennies, parallèlement à une « occidentalisation » du régime alimentaire^{26,27}.

- ◆ Les différences interprovinciales et interterritoriales tiennent probablement à des variations sur le plan des facteurs de risque, notamment d'ordre génétique. Ainsi, des études récentes ont révélé que les indicateurs d'un risque familial (p. ex. certains gènes particuliers associés à un risque accru de cancer colorectal) sont significativement plus fréquents chez les cas de cancer colorectal diagnostiqués à Terre-Neuve-et-Labrador qu'en Ontario²⁸.
- ◆ On constate entre les provinces un gradient est-ouest selon lequel les taux les plus élevés sont généralement observés dans les provinces de l'Atlantique (en particulier à Terre-Neuve-et-Labrador) et les plus faibles en Colombie-Britannique et en Alberta. La largeur de la gamme des taux est frappante et les valeurs sont considérablement plus élevées que celles des toutes les principales autres formes de cancer, avec le taux de mortalité le plus élevé égal à près du double du taux le plus faible.
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité sont tous deux élevés dans les territoires (Nunavut, Territoires du Nord-Ouest et Yukon combinés; figure 9.3), même si les intervalles de confiance à 95 % des estimations des taux sont larges en raison du nombre peu élevé de cas (c'est-à-dire moins de 200 nouveaux cas par année dans ces régions pour les deux sexes combinés).

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Tendances de l'incidence par sexe et par province/territoire

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge sont considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 9.4). Le fossé s'est élargi entre 1983 et 2007, avec une chute de ce taux de près de 20 % chez les femmes alors qu'il ne diminuait que légèrement chez les hommes. Les taux d'incidence plus élevés chez les hommes sont vraisemblablement imputables à des différences sur le plan des caractéristiques biologiques et des facteurs de risque du cancer colorectal. Malgré le déclin des taux d'incidence, le nombre de nouveaux cas chez les hommes et les femmes combinés a enregistré une augmentation appréciable, passant de 12 500 en 1983 à environ 20 600 en 2007. Cette tendance à la hausse des nouveaux cas est le fait de la croissance de la population et du vieillissement.

Si on s'intéresse plus particulièrement aux 10 dernières années pour lesquelles les données sont disponibles (1998-2007) et aux changements annuels moyens en pourcentage, on constate ce qui suit :

- ◆ Les taux d'incidence ont chuté de manière significative chez les hommes et les femmes combinés à raison de -0,7 % par an depuis 2000 (tableau 9.1).
- ◆ Avant 2000, les taux d'incidence avaient augmenté légèrement pendant quelques années après un long et lent déclin (tableau 4.1). On a formulé l'hypothèse que le pic observé entre 1997 et 2001 était lié à l'enrichissement en acide folique de certains aliments qui a été mis en œuvre à partir du milieu des années 1990 à titre de mesure de santé publique pour la prévention des anomalies du tube neural²⁹. Un pic ponctuel similaire du taux de cancer colorectal a été observé aux États-Unis, où des mesures d'enrichissement en acide folique avaient également été prises à l'échelle nationale.
- ◆ Les tendances récentes diffèrent d'une province à l'autre (tableau 9.1), avec des diminutions statistiquement significatives chez les hommes en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et au Québec (depuis 2000), ainsi que chez les femmes en Ontario (depuis 1999) et au Nouveau-Brunswick.
- ◆ Les taux d'incidence ont augmenté de manière significative chez les hommes à Terre-Neuve-et-Labrador (de 2,1 % par an). Si l'on observe un taux d'augmentation comparable chez les femmes de cette province (1,9 % par an), celui-ci n'est cependant pas statistiquement significatif.
- ◆ On note des tendances à la baisse dans les territoires canadiens, mais celles-ci ne sont pas statistiquement significatives.
- ◆ Les variations des tendances d'une province à l'autre peuvent s'expliquer par des changements au fil du temps des caractéristiques liées au dépistage ou de la prévalence des facteurs de risque du cancer colorectal.

Tendances de la mortalité selon le sexe et selon la province

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge dus au cancer colorectal sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 9.4) et diminuent beaucoup plus rapidement que les taux d'incidence (tableau 9.1).

- ◆ Les taux de mortalité ont diminué de -1,5 % par an chez les hommes et de -1,9 % chez les femmes durant la période allant de 1997 à 2006. Par conséquent, l'augmentation du nombre de décès par cancer colorectal est beaucoup plus lente que celle du nombre de nouveaux cas.

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

- ◆ Dans toutes les régions du pays, la variation annuelle en pourcentage est beaucoup moins prononcée pour les taux de mortalité que pour les taux d'incidence. Les taux de mortalité ont diminué chez au moins un des deux sexes dans toutes les provinces, même si cette diminution n'est pas toujours significative. De surcroît, aucune augmentation statistiquement significative n'a été observée.
- ◆ Les diminutions de la mortalité observées sont probablement le fait de l'amélioration des traitements et de l'intensification du dépistage.

Tendances de l'incidence selon le sexe et selon le sous-siège

Si l'on examine les données récentes par sexe et par sous-siège anatomique (c'est-à-dire côlon droit, côlon gauche et rectum), on observe des tendances distinctes (figure 9.5) :

- ◆ Hommes
 - Le cancer du rectum était le plus répandu et le taux d'incidence a diminué de manière significative entre 1983 et 1997 et entre 2001 et 2007 (tableau 9.2).
 - Le taux du cancer du côlon droit a augmenté régulièrement entre 1983 et 2007 (0,3 % par an).
 - Le cancer du côlon gauche, le moins répandu, a vu son taux d'incidence décliner de -0.4 % par an entre 1983 et 2007.
 - Les cancers dans la catégorie « Tous les autres cancers et cancers non précisés » ont suivi la tendance du cancer rectal, qui a décliné entre 1983 et 1996 et entre 2000 et 2007. Ce changement pourrait être en partie imputable à l'amélioration de la qualité des données, qui permet une meilleure classification des sous-sièges par les responsables des registres.
- ◆ Femmes
 - Le cancer du côlon droit était le plus répandu; aucune tendance statistiquement significative n'a été décelée.
 - Le taux d'incidence du cancer rectal a décliné de 1983 à 1995, puis s'est stabilisé.
 - Le taux d'incidence du côlon gauche a décliné de 1983 à 1997 (-2.2 % par an), puis s'est stabilisé.
 - Le taux d'incidence des cancers de la catégorie « Tous les autres cancers et cancers non précisés » a décliné de -1.7 % par an entre 1983 et 2007.

Les différences sur le plan des tendances en matière de sous-sièges selon le sexe sont le reflet de disparités entre les hommes et les femmes au niveau tant des caractéristiques biologiques que des facteurs de risque, et peut-être des interactions entre ces éléments. Les tendances différentes selon le sous-siège et le sexe s'expliquent probablement en partie par des changements différentiels de la prévalence de divers facteurs de risque et de protection ainsi que par la mise en œuvre des mesures de dépistage. Les caractéristiques physiologiques varient d'une région à l'autre du côlon et du rectum, tout comme les mécanismes moléculaires de la cancérogenèse et les effets génétiques³⁰. Les facteurs de risque peuvent également avoir des conséquences variables. Les tests de dépistage conviennent davantage à la caractérisation des tumeurs dans le côlon gauche et le rectum parce que les polypes

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

sont plus susceptibles de se retrouver dans ces régions et que celles-ci sont plus accessibles par les techniques de sigmoïdoscopie et de coloscopie.

Données sur le stade

Traditionnellement, les registres canadiens ne recueillaient pas de données sur le stade, qui est un déterminant important de la survie. Le Registre canadien du cancer a choisi le système de stadification concertée comme norme pour la collecte des données sur le stade dans les registres canadiens pour les diagnostics établis depuis 2004. Depuis lors, si les registres provinciaux et territoriaux évoluent graduellement vers l'inclusion des données sur le stade pour l'ensemble de la population des cas de cancer nouvellement diagnostiqués, on ne dispose cependant toujours pas d'un ensemble de données exhaustif et complet à l'échelle nationale aux fins de l'analyse. Les données présentées dans la figure 9.6 sont celles d'une étude réalisée en juin 2010 par le Nova Scotia Cancer Registry en collaboration avec les registres de l'Île-du-Prince-Édouard et du Manitoba. Ensemble, ces provinces représentent environ 7 % de la population totale du Canada. L'objet de l'étude était d'examiner la qualité de la collecte des données sur le stade dans un groupe choisi de provinces canadiennes pour lesquelles on dispose des données sur la population couvrant plusieurs années.

La distribution selon le stade des cancers du côlon et du rectum indique qu'environ 48 % et 47 % respectivement des cas ont été diagnostiqués aux stades I et II (premiers stades), même si les cas de cancer du rectum (25,6 %) sont plus nombreux à avoir été diagnostiqués au stade I. Les distributions déclarées ont été comparées aux données du fichier des 17 registres du système SEER des États-Unis pour la période allant de 2004 à 2007 et se sont révélées très similaires à l'intérieur de chaque groupe de stade. Les données des États-Unis indiquent que le taux de survie relative à cinq ans du cancer colorectal au stade précoce est d'environ 90 %, alors qu'il est inférieur à 12 % à un stade plus tardif, lorsque le cancer est disséminé³¹.

Il convient de noter qu'il ne s'agit que d'une analyse préliminaire des données émergentes sur le stade dans la population canadienne. Un examen plus poussé sera nécessaire, qui devra aussi porter sur les données d'un plus grand nombre de provinces afin de permettre de bien comprendre quelle pourrait être la contribution de ces données à l'amélioration de la lutte contre le cancer.

Facteurs de risque

On sait que le risque de cancer colorectal varie en fonction d'un certain nombre de facteurs (tableau 9.3), dont l'alimentation, la corpulence, l'activité physique et les antécédents familiaux de la maladie^{32,33}. Outre ces facteurs, le recours au traitement hormonal substitutif (THS) semble avoir un effet protecteur; celui-ci pourrait expliquer, du moins en partie, l'incidence plus faible de ce cancer chez les femmes, la différence avec les hommes étant particulièrement marquée dans le groupe d'âge de 50 à 74 ans. Enfin, de plus en plus de recherches montrent qu'un diagnostic de diabète antérieur accroît le risque. Comme pour bon nombre de cancers, les facteurs de risque connus et modifiables n'expliquent qu'une partie de l'incidence du cancer colorectal³⁴⁻³⁸.

D'après les connaissances actuelles, le meilleur moyen de réduire le risque de cancer colorectal est d'avoir un régime alimentaire sain et d'être physiquement actif afin de maintenir un poids santé. De plus, on peut réduire le risque de cancer colorectal en évitant de fumer et de consommer de l'alcool. La participation régulière aux

programmes de dépistage colorectal est également de nature à réduire la mortalité imputable à ce cancer et pourrait par ailleurs diminuer son incidence.

Dépistage

L'objectif du dépistage du cancer est de découvrir l'existence de celui-ci à un stade précoce chez les personnes ne présentant aucun symptôme de la maladie. La détection précoce est la meilleure assurance de l'efficacité du traitement et, par conséquent, réduit la probabilité de décès. Dans le cas du cancer colorectal, les études indiquent nettement que le recours à la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) réduit la mortalité³⁹⁻⁴¹. Ce test permet de déceler la présence de traces de sang dans les selles, qui peut être indicatrice d'une tumeur. Comme la présence de sang peut avoir d'autres raisons, si le résultat à ce test est positif, il faut ensuite effectuer une coloscopie, qui permet de visualiser l'intérieur du côlon et du rectum. Si une excroissance est repérée, elle peut être excisée durant la coloscopie avant d'être examinée par un pathologiste qui déterminera si elle est cancéreuse. Certaines études ont montré que le dépistage peut également avoir pour effet de réduire l'incidence parce qu'il permet de repérer les polypes précancéreux et de les supprimer avant leur évolution en cancer⁴².

Au Canada, les lignes directrices en matière de dépistage du cancer colorectal recommandent une RSOS tous les deux ans pour les personnes âgées de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen d'être atteintes de cette maladie (tableau 9.4). On estime que si 80 % des Canadiens dans cette tranche d'âge se prêtaient à une RSOS bisannuelle conjuguée à un suivi approprié par l'intermédiaire des mesures de dépistage structurées, en plus de tout test opportuniste effectué à l'extérieur des programmes organisés, 10 000 à 15 000 décès par cancer colorectal pourraient être évités au cours des 10 prochaines années⁴².

Le Réseau national de dépistage du cancer colorectal a été mis sur pied par l'organisme Partenariat canadien contre le cancer à la fin de 2007 pour appuyer l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données probantes. À l'automne 2010, plusieurs programmes structurés de dépistage du cancer colorectal étaient établis dans toutes les régions du Canada; aujourd'hui, huit provinces ont mis en œuvre des programmes complets ou pilotes et deux autres ont fait part de leur intention d'en créer un (tableau 9.5). Chaque programme met en pratique les recommandations en matière de dépistage du cancer colorectal formulées dans les lignes directrices applicables à la population élaborées en 2002⁴³. Tous les programmes utilisent une variante de la RSOS comme test préliminaire, que ce soit la RSOS au gâïac (RSOSg) ou le test fécal immunochimique (TFI).

D'après les premières données nationales sur le passage des tests de dépistage du cancer colorectal en 2008, 32 % (intervalle 16-46 %) des Canadiens âgés de 50 à 74 ans indiquent avoir passé soit une RSOS au cours des deux dernières années, soit une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années pour des raisons *autres que la présence de symptômes* (figure 9.7).

- ◆ Le taux le plus bas du passage de tests a été enregistré au Québec et les taux les plus élevés, au Manitoba (47 %) et en Ontario (45 %), qui ont été les deux premières provinces à lancer activement des programmes de dépistage complets en 2007 et en 2008 respectivement.
- ◆ Les hommes et les femmes sont presque aussi nombreux à passer des tests de dépistage du cancer colorectal.

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

- ◆ Les Canadiens sont plus nombreux à passer des tests s'ils sont plus âgés et si leur niveau de revenu et d'instruction est plus élevé.
- ◆ Les taux globaux de dépistage du cancer colorectal au Canada accusent un certain retard par rapport à ceux des États-Unis⁴⁴. Toutefois, ces valeurs sont comparables aux premiers taux de mammographies en 1990, alors que ces programmes de dépistage venaient tout juste d'être lancés⁴⁵, et devraient s'améliorer avec le temps.

L'Enquête sur le dépistage du cancer du côlon au Canada⁴⁶, dans le cadre de laquelle les Canadiens ont été interrogés au sujet de leur compréhension et de leurs attitudes concernant le dépistage du cancer colorectal, a mis en lumière les observations suivantes :

- ◆ La majorité des Canadiens âgés de 50 à 74 ans (81 %) sont au courant de l'existence de tests de dépistage du cancer colorectal et reconnaissent les avantages du dépistage.
- ◆ Les répondants sont 60 % à ne pas comprendre que le dépistage est un comportement « santé » qui ne doit pas être associé à la présence de symptômes.
- ◆ Une minorité de répondants connaissait le test de RSOS; les répondants étaient plus nombreux à connaître l'existence de la coloscopie.

Le facteur déterminant le plus décisif du passage d'un test de dépistage du cancer colorectal est la discussion entre les individus et leur médecin. Chez les Canadiens âgés de 50 à 74 ans qui avaient abordé la question du cancer colorectal avec leur médecin, la majorité d'entre eux (71,7 %) étaient à jour du point de vue du dépistage de cette maladie, comparativement à ceux qui affirmaient ne pas avoir eu cette discussion avec leur médecin (32,6 %).

Diagnostic et traitement

La plupart des personnes atteintes du cancer colorectal présentent des symptômes tels que saignements, obstruction ou douleurs abdominales, même si un nombre croissant de cas est repéré par le dépistage. Le diagnostic du cancer colorectal se fait en général par coloscopie ou par sigmoïdoscopie, ce qui permet aux médecins de localiser l'emplacement exact de la tumeur et d'effectuer une biopsie. On peut également avoir recours au lavement baryté et à la tomодensitométrie. Après l'établissement du diagnostic, on effectue généralement des tests de détermination du stade, par exemple par tomодensitométrie.

Le traitement du carcinome colorectal de stade I, II ou III passe en général par la chirurgie :

- ◆ Pour certains cancers du côlon de stade II et pour ceux de stade III, on a fréquemment recours à la chimiothérapie après la chirurgie (tableau 9.6).
- ◆ Pour le cancer rectal de stade II et de stade III, on associe souvent la chimiothérapie à la radiothérapie, de préférence avant la chirurgie.
- ◆ Dans le cas du cancer colorectal de stade IV, où les cellules tumorales se sont propagées à des sièges autres que celui de la tumeur primaire, on effectue en général une chimiothérapie palliative, la chirurgie et la radiothérapie servant en général au traitement des symptômes. Chez une faible proportion de personnes atteintes d'un cancer colorectal de stade IV, une chirurgie et une chimiothérapie agressives peuvent permettre d'obtenir une survie à long terme⁴⁷.

Survie

Comparativement à d'autres cancers, le cancer colorectal présente un pronostic ou une « survivabilité » d'ordre modéré, comme le démontre son taux de survie relative à cinq ans de 63 %, qui est supérieur à celui de certains cancers comme celui du poumon (16 %) et du pancréas (6 %), mais inférieur à celui de certains autres comme les cancers de la prostate (96 %) et du sein (88 %) (tableau 7.1). Néanmoins, la survie au cancer colorectal a connu une augmentation significative de 7,7 points de pourcentage entre la période 1992–1994 et la période 2004–2006 (tableau 9.7). Ces améliorations de la survie peuvent être imputées à plusieurs facteurs, notamment la détection du cancer à des stades plus précoces parce que le dépistage se répand et que le public connaît mieux les symptômes et y répond de manière plus appropriée, ainsi que les améliorations apportées aux traitements. De plus, les individus qui survivent après la première période de cinq ans ont de fortes chances de s'en tirer, car la survie relative après une période de cinq ans additionnelle est estimée à 74 % pour les hommes et à 78 % pour les femmes (figure 9.8).

Le Canada possède l'un des meilleurs taux de survie au cancer colorectal au monde⁴⁸, un peu moins élevé que celui des États-Unis, mais supérieur à celui de la plupart des pays européens, y compris le Royaume-Uni et la Scandinavie. Le taux de survie varie quelque peu d'une région à l'autre du Canada, le taux de survie relative à cinq ans le plus élevé étant enregistré en Ontario (65 %) et le plus faible en Alberta (59 %; tableau 9.7). Les données montrent cependant que la survie s'est améliorée dans presque toutes les provinces et tous les territoires depuis le début des années 1990, et on s'attend à ce que les améliorations se poursuivent au fur et à mesure de la mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer colorectal dans tout le pays. Si l'estimation ponctuelle du taux à l'Île-du-Prince-Édouard pour 2004 à 2006 est la même que celle calculée pour 1992 à 1994, il faut cependant noter le manque de précision des rapports de survie relative pour cette province.

Les estimations de la survie au cancer colorectal donnent des résultats similaires chez les hommes et chez les femmes, ainsi que dans la plupart des groupes d'âge, à l'exception de la tranche la plus âgée (tableau 9.8). Cette situation s'explique peut-être par les comorbidités dont souffrent les personnes âgées, qui excluent le recours à des traitements agressifs. La survie varie en fonction du siège où apparaît le cancer; lorsque le cancer prend naissance dans le côlon gauche, la survie est légèrement supérieure à celle des cancers du côlon droit ou du rectum, tandis que dans la catégorie « Tous les autres cancers et cancers non précisés », elle est beaucoup plus faible. Le cancer du côlon droit peut se manifester à un stade plus tardif parce que ses premiers symptômes sont plus discrets. Le cancer rectal peut avoir un pronostic plus défavorable en raison du type différent d'irrigation sanguine qui prédispose à l'apparition précoce de métastases et de l'espace restreint à cet endroit. Il n'en reste pas moins que la survie a augmenté au fil du temps, quel que soit le siège anatomique considéré (tableau 9.9).

Les statistiques sur la survie peuvent être influencées par la prévalence accrue du dépistage dans la population. Par conséquent, on s'attend à une amélioration de la survie au cancer colorectal dans un avenir proche, au fur et à mesure de la mise en œuvre des programmes de dépistage. Alors que des données plus exhaustives sur le stade vont désormais être recueillies partout au Canada, il va devenir possible d'évaluer si les améliorations de la survie sont davantage le fait des changements apportés au traitement, du dépistage, ou de ces deux éléments. En outre, des données

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

de plus en plus nombreuses militent en faveur de la mise en œuvre de protocoles de suivi standard qui sont associés à de meilleurs résultats, parce qu'ils permettent la détection et le traitement des récidives du cancer⁴⁹⁻⁵¹. Du fait des améliorations escomptées en matière de survie, et également des nombres relativement élevés de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, le nombre de survivants ira en augmentant. En date du 1^{er} janvier 2007, on estimait que 98 874 Canadiens (52 590 hommes et 46 284 femmes) étaient atteints d'un cancer colorectal diagnostiqué durant les 10 dernières années (tableau 8.2). Comme l'indique la figure 9.9, les personnes âgées de 85 à 89 ans qui ont survécu au cancer colorectal représentent la proportion des cas prévalents la plus élevée de tous les groupes d'âge (1 623 et 1 204 pour 100 000 chez les hommes et les femmes respectivement).

Soins de suivi

Le cancer colorectal est le seul cancer pour lequel il a été démontré qu'une intensification des tests de suivi après le traitement de la maladie à un stade précoce avait des conséquences positives sur la survie globale. Les méta-analyses estiment que cet avantage est de l'ordre de 7 à 10 %, ce qui se compare favorablement à celui procuré par la chimiothérapie adjuvante⁴⁹⁻⁵¹. Le dosage de l'antigène carcinoembryonnaire (ACE), l'imagerie du foie et la coloscopie sont les principales techniques contribuant à cette amélioration, qui s'explique probablement en partie par la détection des récidives locales et des métastases résectables par chirurgie.

Les recherches montrent que le respect des tests de suivi se situe bien en deçà des lignes directrices de pratique clinique, en particulier pour le dosage de l'ACE⁵²⁻⁵⁵. Un aspect crucial des soins aux survivants est de veiller à mettre en place des canaux de communication permettant de bien informer les patients, leur famille et leurs fournisseurs de soins de santé du calendrier des tests de suivi et de l'importance de s'y tenir. La remise de plans de soins de suivi écrits aux patients et à leurs fournisseurs de soins de santé primaires après le traitement est en train de devenir une norme de soins dans le réseau du cancer et ils permettront de relever ce défi, tout comme de nombreux autres auxquels sont confrontés les patients et leurs soignants⁵⁶.

Conclusion

Le pronostic du cancer colorectal, qui est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les Canadiens et le quatrième cancer le plus fréquemment diagnostiqué, ne va que de passable à bon. Les avancées thérapeutiques ont permis des réductions de la mortalité et des améliorations de la survie importantes. Toutefois, pour réduire encore le fardeau du cancer colorectal, il faudra :

- ◆ Continuer à insister sur le dépistage, qui permet de réduire la mortalité et, vraisemblablement, l'incidence de manière importante;
 - Plus précisément, il faut optimiser le recrutement, la participation et la rétention dans les programmes de dépistage tout en améliorant leur qualité.
 - Si les Canadiens semblent généralement être au courant du dépistage du cancer colorectal, puisqu'ils reconnaissent l'existence des tests de dépistage et l'intérêt de passer de tels tests, il n'en reste pas moins que le test de recherche de sang occulte dans les selles est peu connu et le dépistage reste associé à l'existence de symptômes.

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

- ◆ Effectuer davantage de recherches sur les facteurs de risque modifiables et la prévention efficace du cancer colorectal;
- ◆ Continuer à mieux faire connaître les thérapies optimales et à mettre au point et évaluer de nouveaux régimes thérapeutiques;
- ◆ Poursuivre les efforts visant à assurer une gestion du suivi uniforme et normalisée.

Le fardeau du cancer colorectal s'allègera au fur et à mesure que les retombées des programmes de dépistage récemment mis en œuvre seront visibles, que le public sera davantage sensibilisé à l'importance du dépistage et aux facteurs de risque du cancer colorectal et que l'on offrira des nouveaux traitements et des soins plus performants aux patients.

Tableau 9.1

Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par province ou territoire et par sexe, cancer colorectal, Canada

	Incidence (1998-2007)				Mortalité (1997-2006)							
	Total		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes	
	VAP	Point de retour-ment*	VAP	Point de retour-ment*	VAP	Point de retour-ment*	VAP	Point de retour-ment*	VAP	Point de retour-ment*	VAP	Point de retour-ment*
Canada	-0,7†	2000	-0,8†	2000	-0,8†	2000	-1,6†	1996	-1,5†	1998	-1,9†	1998
C.-B.	-0,6		-0,9‡		-0,5		-1,0‡		-1,1		-1,0	
Alb.	-0,2		-0,6‡		0,3		-1,1		-1,3		-0,8	
Sask.	0,8		0,7		0,7		-1,5†		-1,7		-1,5	
Man.	-1,2‡		-1,5†		-0,8		-1,9		-1,5		-2,2	
Ont.	-0,8‡	2000	-0,4	1999	-1,0†		-1,7†		-1,7†		-1,9†	
Qc	-0,9‡	2000	-1,3†	2000	-0,4		-1,8†	1996	-2,0†	1998	-2,1†	
N.-B.	-0,8		0,1		-2,0†		-3,0†		-2,1‡		-4,4†	
N.-É.	-0,2		-0,2		-0,4		-0,9		0,7		-2,8†	
Î.-P.-É.	-1,5		-1,0		-2,2		-1,5		-4,6‡		1,5	
T.-N.-L.	2,0†		2,1†		1,9		0,4		2,5		-2,0	
Yn+T.N.-O.+Nt	-1,8		-2,1		-1,7		2,4		6,4		-4,2	

* Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la tendance a changé après 1998 (incidence) ou 1997 (mortalité). Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1986 à 2007 pour l'incidence et aux taux de 1986 à 2006 pour la mortalité.

† Significatif à $p < 0,01$.

‡ Significatif à $p < 0,05$.

Nota : On calcule la variation annuelle en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Tableau 9.2

Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge par sous-siège et par sexe, cancer colorectal, Canada

	Incidence (1983–2007)			
	Hommes		Femmes	
	VAP	Période	VAP	Période
Côlon droit	0,3*	1983–2007	-1,2	1983–1989
Côlon droit	—	—	0,2	1989–2007
Côlon gauche	-0,4*	1983–2007	-2,2*	1983–1997
Côlon gauche	—	—	-0,4	1997–2007
Catégories « autres » et « sous-siège non spécifié »	-2,4*	1983–1996	-1,7*	1983–2007
Catégories « autres » et « sous-siège non spécifié »	2,0	1996–2000	—	—
Catégories « autres » et « sous-siège non spécifié »	-4,2*	2000–2007	—	—
Rectum	-0,5*	1983–1997	-1,5*	1983–1995
Rectum	2,4	1997–2001	0,4	1995–2007
Rectum	-0,9*	2001–2007	—	—

— Sans objet.

* Significatif à $p < 0,05$.

Nota : On calcule la variation annuelle en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique. Pour plus de détails, consulter l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Tableau 9.3

Facteurs de risque du cancer colorectal^{32,33}

Facteurs de risque modifiables	Facteurs de risque non modifiables
Grande consommation de viande rouge	Âge : > 50 ans
Consommation de viandes transformées	Polypes
Consommation d'alcool	Antécédents familiaux*
Obésité	Maladies génétiques : polypose adénomateuse colique familiale, syndrome de Lynch, etc.
Sédentarité	Maladies inflammatoires de l'intestin (colite ulcéreuse ou maladie de Crohn)
Tabagisme	Ethnicité : descendance ashkénaze (juifs d'Europe de l'Est)

* Les antécédents familiaux de cancer colorectal (proche parent : frère, sœur, parent ou enfant) peuvent être attribuables à l'hérédité, à la présence de facteurs de risques semblables ou à une combinaison de ces deux éléments.

Tableau 9.4

Lignes directrices relatives au dépistage du cancer colorectal chez les Canadiens présentant un risque moyen

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2001⁵⁷

- Bonnes indications en faveur de l'inclusion de la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) à chaque année ou aux deux ans
- Indications raisonnables en faveur de l'inclusion de la sigmoïdoscopie souple dans l'examen médical périodique des patients de 50 ans et plus
- Preuves insuffisantes pour inclure ou exclure la coloscopie comme test de dépistage initial

Comité national sur le dépistage du cancer colorectal, 2002⁴³

- Recommande une RSOS bisannuelle (au moins) pour les personnes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen
- Recommande le suivi de toute RSOS positive par coloscopie
- Recommande que le dépistage soit effectué dans le cadre de programmes provinciaux organisés et soumis à une évaluation continue

Tableau 9.5
Programmes organisés provinciaux de dépistage du cancer colorectal actuellement* mis en œuvre

Province	Nom du programme	Date de mise en œuvre	Progression de la mise en œuvre dans la population	Test de dépistage initial	Site Internet
C.-B.	Colon Check	janvier 2009	Phase pilote	RSOSi	www.bccancer.ca/coloncheck
Alb.	Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP)	mars 2007	Introduction progressive	RSOSg	www.screeningforlifef.ca/colorectal
Sask.	Screening Program for Colorectal Cancer	septembre 2009	Introduction progressive	RSOSi	www.saskcancer.ca (click on the "Screening" drop down menu)
Man.	ColonCheck Manitoba	avril 2007	Programme provincial	RSOSg	www.coloncheckmb.ca
Ont.	ContrôleCancerColorectal	avril 2008	Programme provincial	RSOSg	www.cancercaire.on.ca/pcs/screening/coloscreening
Qc	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal	novembre 2010	Phase pilote	RSOSi	www.msss.gouv.qc.ca/cancer
N.-É.	Colon Cancer Prevention Program	mars 2009	Introduction progressive	RSOSi	www.cancercaire.ns.ca/coloncancerprevention
Î.-P.-É.	PEI Colorectal Cancer Screening Program	Phase 1 : mai 2009 Phase 2 : avril 2010	Phase pilote	RSOSg	http://getscreenedpei.ca/more-info/colon-cancer

* Novembre 2010. Le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont annoncé leur intention de mettre sur pied leur programme en novembre 2009 et en mars 2010, respectivement.

Nota : RSOSg = recherche de sang occulte dans les selles au gaiac; RSOSi = test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Tableau 9.6

Résumé des lignes directrices cliniques pour la prise en charge des cas de cancer du côlon ou du rectum

Stade	Recommandation	Ligne directrice
Cancer du côlon		
I	Traitement standard : résection chirurgicale seule	Aucune ligne directrice
II	La chimiothérapie adjuvante n'est pas systématiquement recommandée Chez les patients présentant un haut risque de récurrence (présentation en association avec une occlusion intestinale, un abcès péritumoral ou une perforation tumorale, rapport histologique confirmant une aneuploïdie), une chimiothérapie adjuvante semblable à celle recommandée pour les tumeurs de stade III pourra être envisagée.	CPG#2-1
III	Chimiothérapie adjuvante dans les huit semaines suivant la résection chirurgicale; Administration sur 6 mois d'un protocole à base de 5-fluorouracile et d'oxaliplatine	CPG#2-2
IV	Polychimiothérapie par administration d'un protocole à base de 5-fluorouracile associé ou non à un agent de chimiothérapie ciblée (p.ex., inhibiteur des récepteurs VEGF ou EGF)	CPG#2-15, 2-16,2-16B
Cancer du rectum		
II,III	La chimiothérapie et la radiothérapie réduisent la récurrence locale des cancers du rectum résécables Options thérapeutiques : chimioradiothérapie préopératoire suivie d'une chimiothérapie postopératoire ou résection chirurgicale suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie postopératoires	CPG#2-3,2-13
IV	Même traitement systémique que les cas de cancer du côlon	CPG#2-15, 2-16,2-16B

Nota : récepteur EGF = récepteur du facteur de croissance de l'épiderme; récepteur VEGF = récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire.

Source : Action Cancer Ontario, Programme de soins fondés sur la recherche, Gastrointestinal Cancer Disease Site Group

Tableau 9.7

Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance (IC) à 95 % par province, cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec), comparaison des années 2004–2006 et 1992–1994

	Rapports de survie relative (%) (IC à 95 %)	
	2004–2006	1992–1994
Canada*	63 (63–64)	56 (55–56)
C.-B.	62 (61–63)	56 (55–58)
Alb.	59 (58–61)	55 (53–57)
Sask.	61 (58–63)	55 (52–58)
Man.	60 (58–62)	58 (56–61)
Ont.	65 (65–66)	55 (54–56)
N.-B.	63 (60–66)	56 (53–59)
N.-É.	61 (59–63)	55 (52–57)
Î.-P.-É.	61 (55–67)	61 (53–68)

* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital. Les taux de survie à Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas indiqués parce qu'ils sont artificiellement élevés.

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

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Tableau 9.8

Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans et intervalles de confiance (IC) à 95 % par sous-siège, sexe et groupe d'âge, cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec*), 2004–2006

	Rapports de survie relative (%) (IC à 95 %)			
	Côlon droit	Côlon gauche	Catégories « autres » et « sous- siège non spécifié »	Rectum
Sexe				
Les deux sexes	63 (62-64)	66 (65-68)	55 (53-57)	64 (63-65)
Hommes	62 (61-63)	66 (64-67)	57 (55-59)	63 (61-64)
Femmes	64 (63-65)	67 (66-69)	53 (50-55)	65 (63-66)
Groupe d'âge				
15-39	65 (57-71)	71 (63-77)	74 (66-81)	63 (57-69)
40-49	62 (58-66)	69 (65-73)	59 (53-65)	68 (65-70)
50-59	63 (60-65)	69 (67-72)	62 (58-66)	68 (66-70)
60-69	64 (62-66)	70 (68-72)	61 (58-64)	68 (66-70)
70-79	64 (62-65)	66 (64-68)	59 (55-62)	62 (60-64)
80-99	63 (61-66)	58 (54-62)	40 (36-44)	54 (51-57)
15-49	63 (59-66)	70 (66-73)	64 (59-68)	67 (64-69)
50-74	64 (63-65)	70 (68-71)	61 (59-63)	67 (66-68)
75-99	63 (61-65)	60 (57-62)	46 (43-49)	56 (54-58)

* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

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

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

Tableau 9.9

Rapports estimatifs de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge et intervalles de confiance à 95 % par sous-siège, cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec*), comparaison des années 2004–2006 et 1992–1994

	Rapports de survie relative (%) (IC à 95 %)	
	2004–2006	1992–1994
Côlon droit	63 (62-64)	57 (55-58)
Côlon gauche	66 (65-67)	60 (58-61)
Catégories « autres » et « sous-siège non spécifié »	56 (54-57)	46 (45-48)
Rectum	63 (62-64)	54 (53-55)

* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

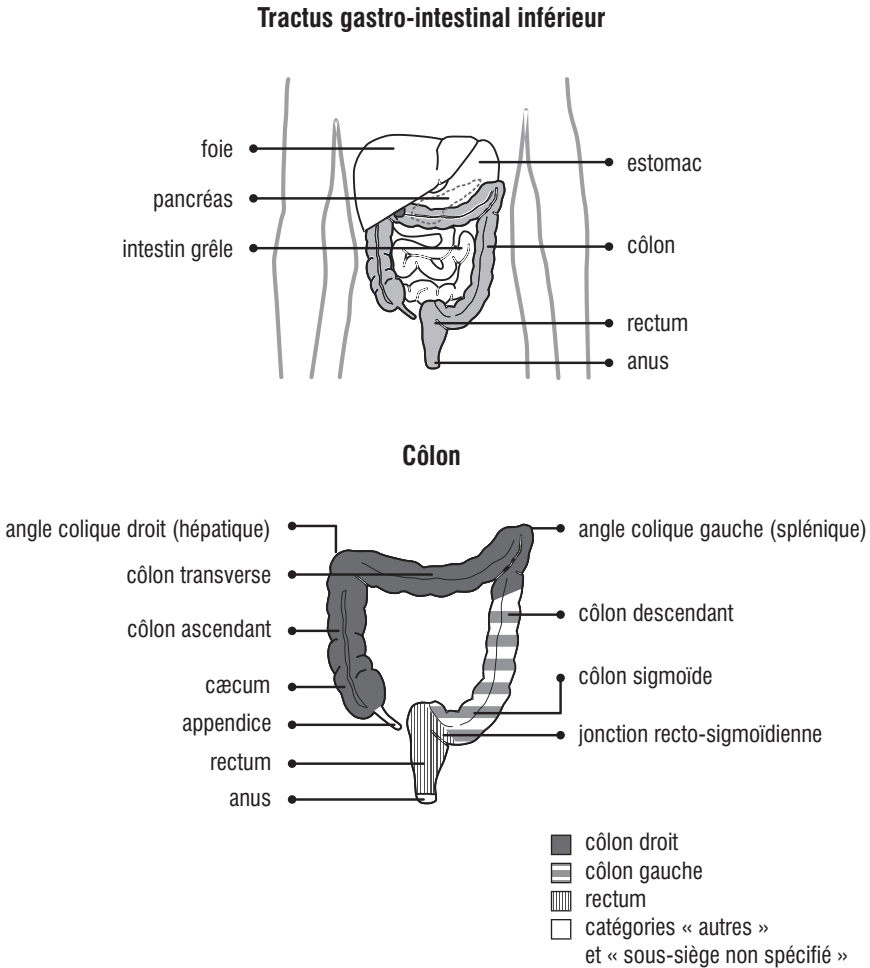
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.1

Anatomie du côlon et du rectum

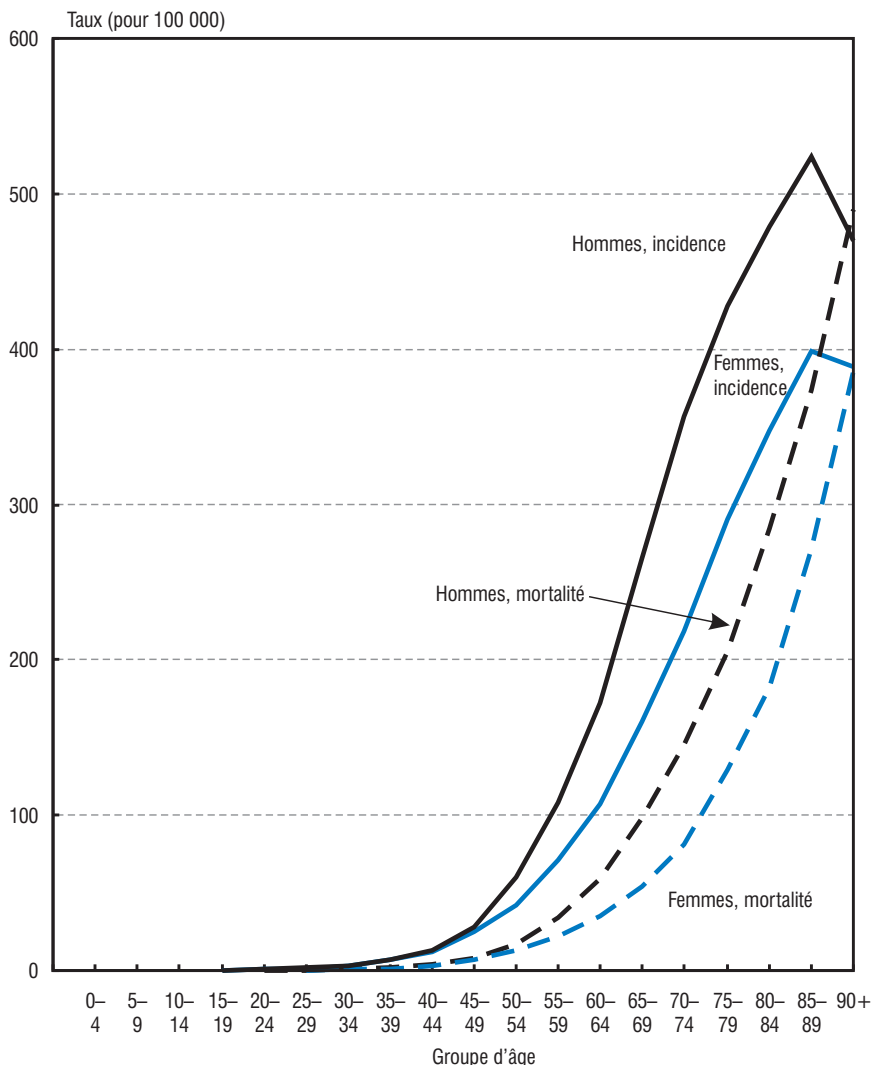


Nota : La région anatomique de l'anus n'est pas comprise dans la définition de « cancer du côlon et du rectum » employée dans la présente section (sujet particulier).

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.2

Taux d'incidence (2003–2007) et de mortalité (2003–2006) par âge selon le sexe, cancer colorectal, Canada



Nota : Le nombre de cas pour lesquels seul le certificat de décès est disponible a été estimé pour le Québec pour 2007.

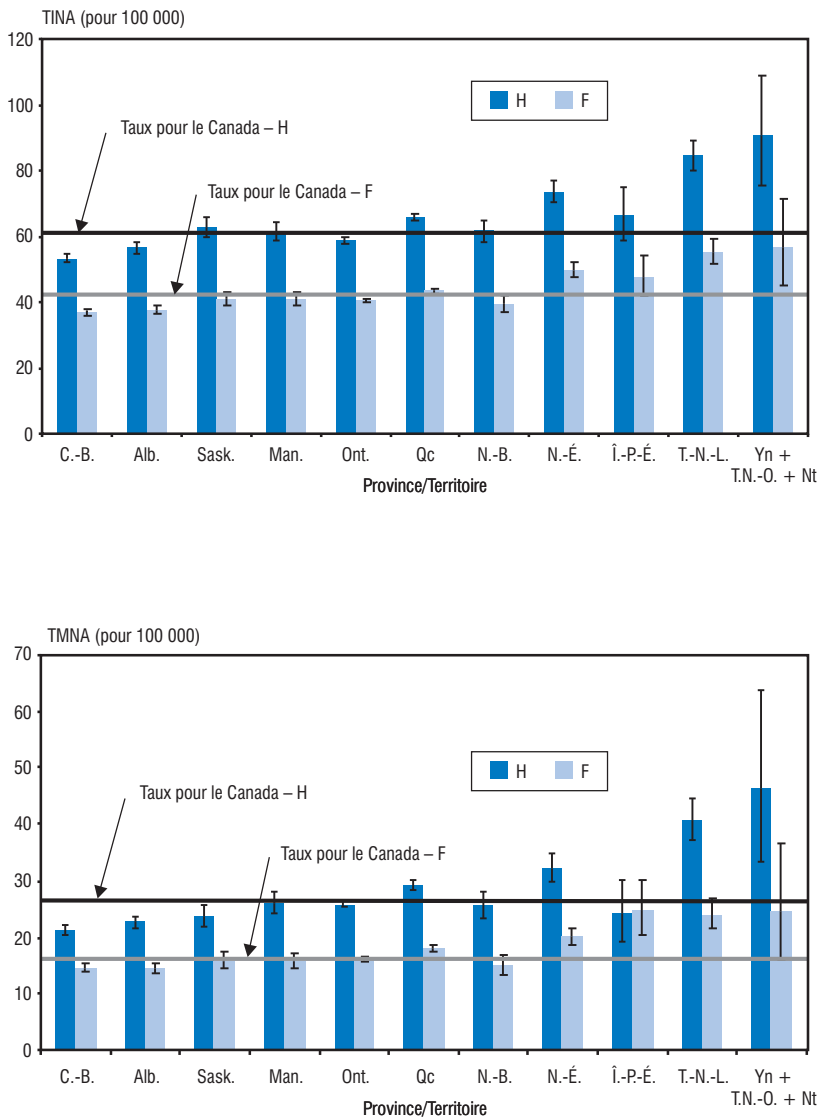
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA; 2003–2007), taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA; 2003–2006) et intervalle de confiance à 95 % par province ou territoire et par sexe, cancer colorectal, Canada



Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Le nombre de cas pour lesquels seul le certificat de décès est disponible a été estimé pour le Québec pour 2007.

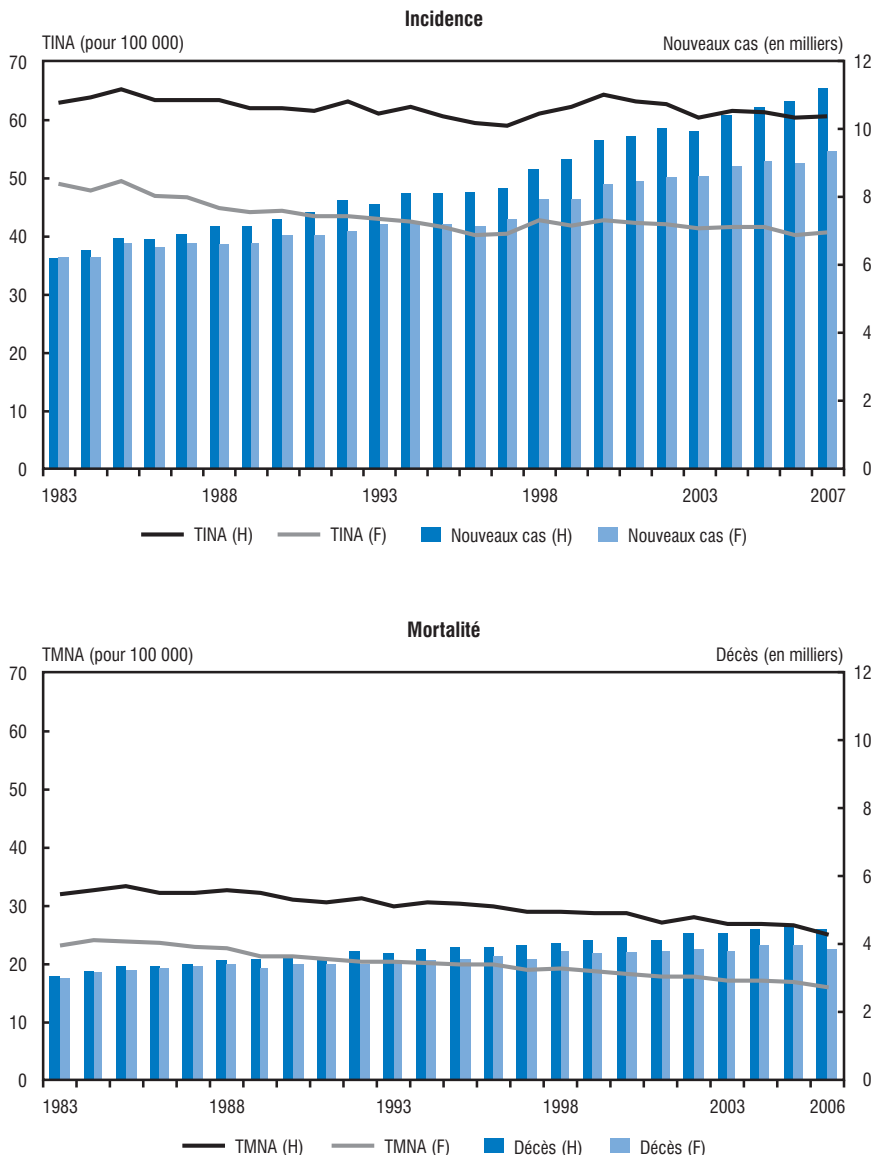
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.4

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA, 1983–2007) et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA, 1983–2006), selon le sexe, cancer colorectal, Canada



Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Le nombre de cas pour lesquels seul le certificat de décès est disponible a été estimé pour le Québec pour 2007.

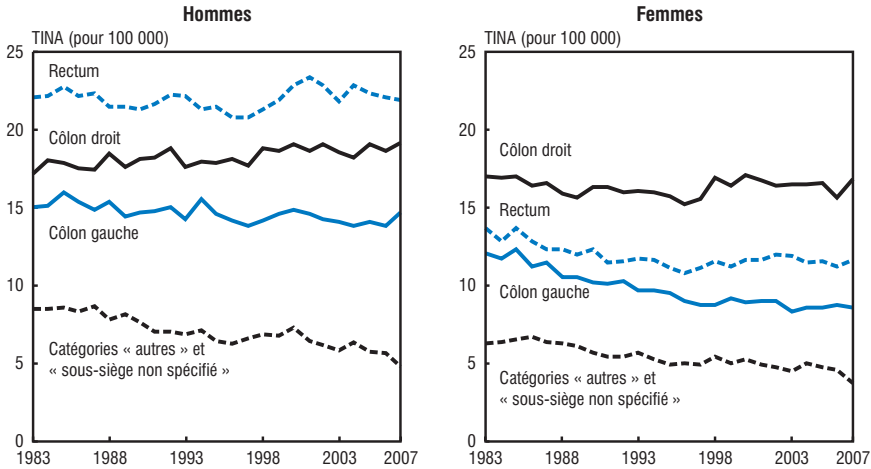
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.5

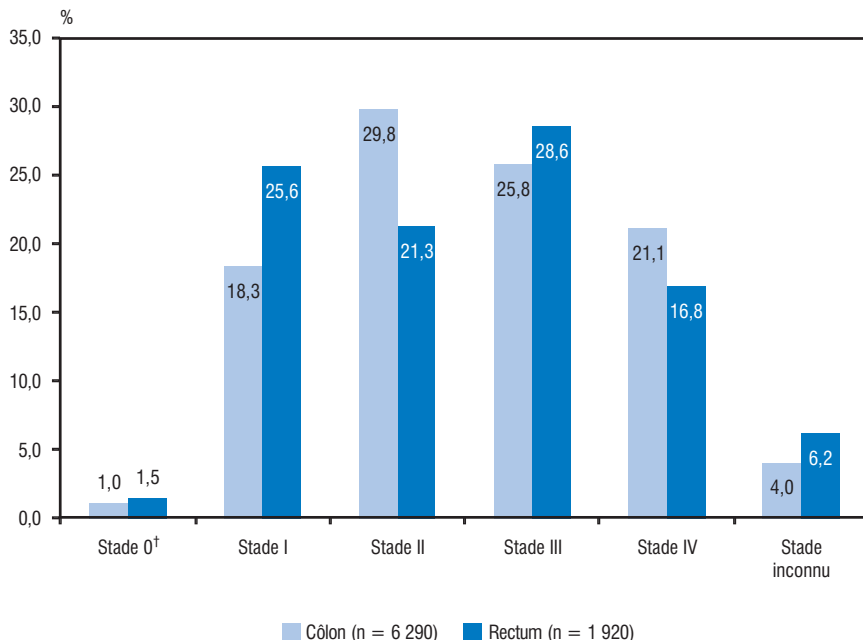
Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer colorectal, par sous-siège et par sexe, Canada, 1983–2007



Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer, Statistique Canada

Figure 9.6

Distribution selon le stade* des cas de cancer colorectal invasif diagnostiqués entre 2004 et 2008, Nouvelle-Écosse, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard



* Distribution effectuée selon le stade TNM (tumeur – ganglion (node) – métastase) dérivé des données de stadification concertée.

[†] Selon la 6^e édition du *American Joint Committee on Cancer Staging Handbook*, le carcinome in situ comprend les cellules cancéreuses confinées dans la lamina propria (carcinome intramuqueux) n'ayant pas atteint la muscularis mucosae ni la sous-muqueuse. Cependant, on doit attribuer à ces cas le code de comportement 3 (néoplasme invasif). Selon le *Collaborative Staging Manual and Coding Instructions*, version 01.04.00, ces cas doivent se voir attribuer le stade 0, mais être considérés comme invasifs.

Nota : 97 cas ont été exclus de l'analyse; ils comprenaient les sarcomes, les lymphomes et les tumeurs carcinoïdes. Les données sur le stade fournies par le registre de l'Île-du-Prince-Édouard couvrent seulement la période 2005-2008. Les données analysées ont été fournies par les registres provinciaux du cancer participants et peuvent différer des données sur l'incidence publiées dans d'autres sections du présent rapport.

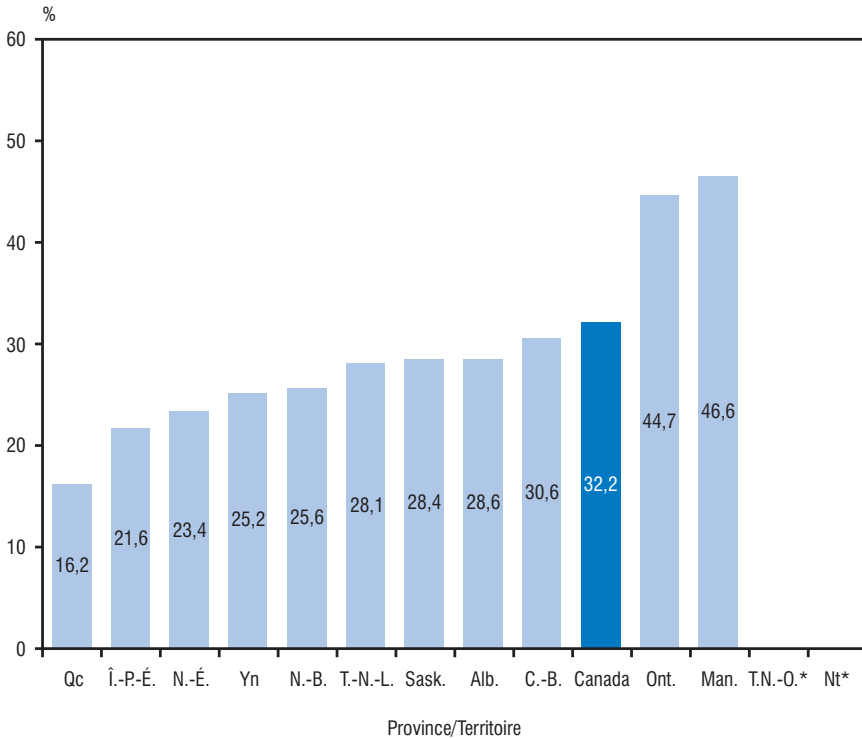
Analyse : Surveillance & Epidemiology Unit, Cancer Care Nova Scotia

Source : Données fournies par les registres provinciaux du cancer des provinces participantes.

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.7

Nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant signalé avoir subi un dépistage par recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes et/ou une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq années précédentes, par province ou territoire, Canada, 2008

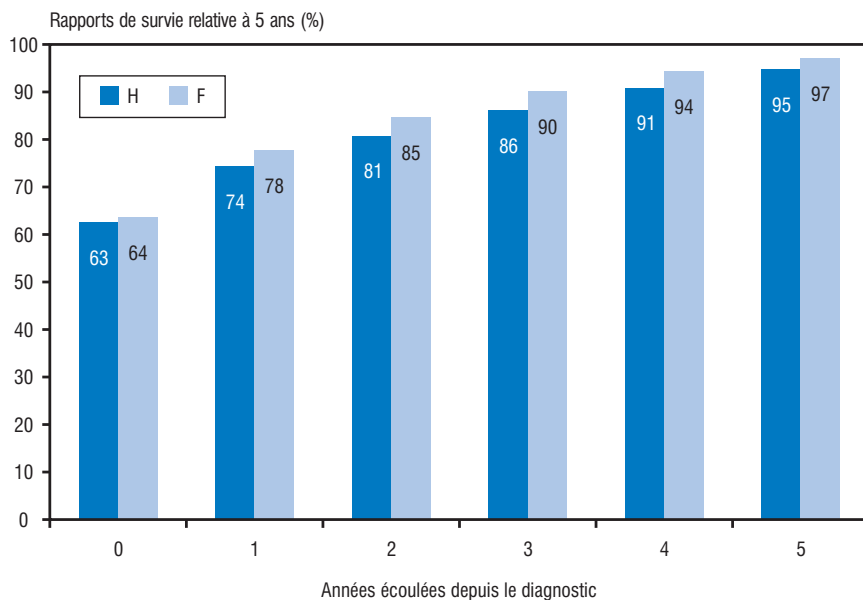


* Estimation non disponible en raison du faible nombre de cas.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Figure 9.8

Estimation des rapports de survie relative à 5 ans (survie conditionnelle), cancer colorectal, Canada (à l'exception du Québec*), 2004–2006



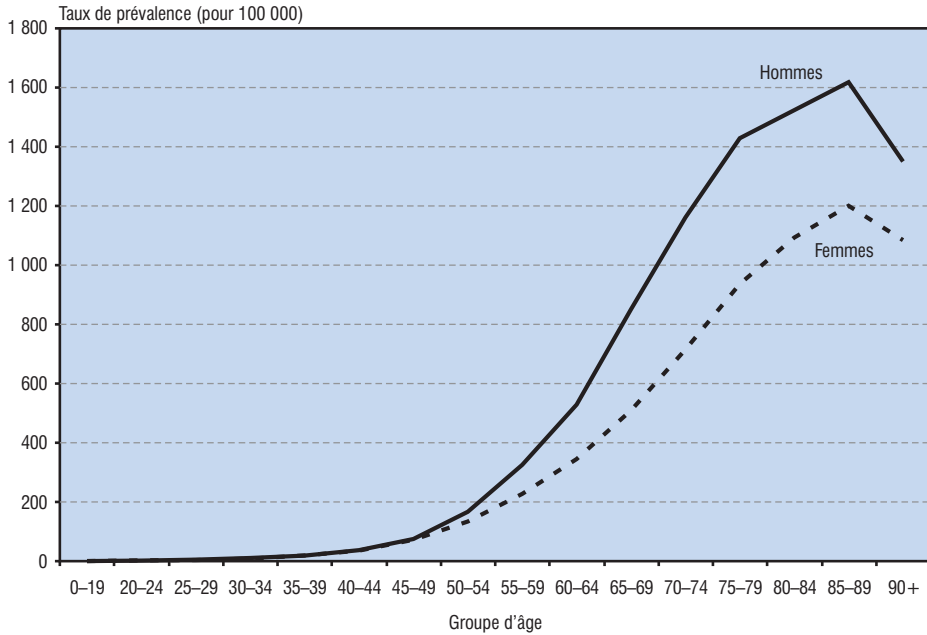
* Les données relatives au Québec ont été exclues de l'analyse en raison de l'emploi par la province d'une méthode de détermination de la date du diagnostic de cancer différente de celle des autres provinces et territoires de même que pour des raisons relatives à la détermination exacte du statut vital.

Source : Ellison et al., Health Reports (sous presse)⁵⁸.

9. SUJET PARTICULIER : LE CANCER COLORECTAL

Figure 9.9

Prévalence à 5 ans fondée sur la tumeur selon le sexe et l'âge, cancer colorectal, Canada, 1^{er} janvier 2007



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

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

Le présent rapport 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). Les tableaux figurant dans l'annexe présentent un résumé des statistiques de l'incidence et de la mortalité réelles obtenues à partir des données disponibles les plus à jour au moment du début de l'analyse effectuée pour le présent rapport. Le tableau A1 donne un aperçu du nombre réel de nouveaux cas (2007) survenus au Canada et précise les codes CIM-O-3 utilisés pour définir chaque groupe de diagnostics. Le tableau A2 indique le nombre réel de décès (2006) et précise les codes CIM-10 utilisés pour définir chaque groupe de diagnostics. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres sièges ou types de cancer; ainsi, on trouvera aux tableaux A1 et A2 un plus grand nombre de sièges ou types de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 indiquent les valeurs réelles de l'incidence et de la mortalité, ainsi que les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers choisis, par province et territoire.

En plus des explications et des analyses fournies dans les pages précédentes, plusieurs autres points méritent d'être mentionnés. Comme cela est indiqué dans les tableaux A3 à A6, en raison de la faible population dans les territoires, seules les moyennes sur cinq ans sont indiquées (2004–2008 pour l'incidence et 2002–2006 pour la mortalité). De plus, les données proviennent principalement de fichiers dynamiques qui sont systématiquement mis à jour pour intégrer les nouvelles données.

- ◆ Les données les plus récentes sur l'incidence du cancer sont disponibles sur les sites Web suivants :
 - Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-231-XWF&lang=fra>
 - Agence de la santé publique du Canada, Cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques : www.infobase.phac-aspc.gc.ca
- ◆ Les données les plus récentes sur les causes de décès—y compris la mortalité par cancer—sont disponibles sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-208-x&lang=fra>
- ◆ Pour obtenir les données les plus récentes pour chaque province ou territoire, veuillez 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, 2007

Cancer	Siège/type CIM-O-3*	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	Tous les cancers envahissants	164 711	86 010	78 701
Cavité buccale et pharynx	C00–C14	3 675	2 497	1 178
Lèvres	C00	337	253	84
Langue	C01–C02	935	646	290
Glandes salivaires	C07–C08	423	233	191
Bouche	C03–C06	712	401	311
Nasopharynx	C11	256	181	75
Oropharynx	C10	163	115	48
Autres et non précisés	C09,C12–C14	848	669	179
Appareil digestif	C15–C26,C48	34 059	19 078	14 981
Oesophage	C15	1 586	1 201	385
Estomac	C16	3 060	1 943	1 117
Intestin grêle	C17	613	342	271
Côlon	C18,C26.0	13 859	7 115	6 743
Rectum	C19–C20	6 743	4 135	2 608
Anus	C21	556	231	325
Foie	C22.0	1 586	1 202	384
Vésicule biliaire	C23	461	152	309
Pancréas	C25	3 977	1 979	1 998
Autres et non précisés	C22.1,C24,C26.8–.9,C48	1 619	778	840
Appareil respiratoire	C30–C34,C38.1–.9,C39	24 663	13 780	10 882
Larynx	C32	1 114	906	208
Poumon	C34	23 196	12 663	10 533
Autres et non précisés	C30–31,C33,C38.1–.9,C39	353	211	142
Os	C40–C41	354	200	154
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	1 119	619	501
Peau (mélanome)	C44 Types 8720–8790	4 831	2 557	2 274
Sein	C50	21 278	164	21 114
Organes génitaux	C51–C63	33 457	24 295	9 162
Col de l'utérus	C53	1 401	—	1 401
Corps de l'utérus	C54	4 365	—	4 365
Utérus, partie non précisée	C55	147	—	147
Ovaire	C56	2 451	—	2 451
Prostate	C61	23 275	23 275	—
Testicule	C62	832	832	—
Autres et non précisés	C51–52,C57,C58,C60,C63	986	187	798
Organes urinaires	C64–C68	12 006	8 124	3 882
Vessie	C67	6 754	4 944	1 810
Rein	C64–C65	4 804	2 865	1 939
Autres organes urinaires	C66,C68	448	315	133
Oeil	C69	289	162	127
Encéphale et autres parties du système nerveux central	C70–C72	2 581	1 464	1 117
Glandes endocrines	C37,C73–C75	4 482	1 076	3 406
Thyroïde	C73	4 202	950	3 252
Autres glandes endocrines	C37,C74–C75	280	126	154
Maladie de Hodgkin	Types 9650–9667	916	501	415
Lymphome non hodgkinien	Voir le tableau A10	6 787	3 772	3 014
Myélome multiple	Types 9731,9732,9734	1 991	1 073	918
Leucémie	Voir le tableau A10	4 822	2 774	2 048
Mésothéliomes	Types 9050–9055	514	419	95
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le tableau A10	6 885	3 456	3 430

— Sans objet.

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

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la *Classification internationale des maladies – Oncologie*⁵⁹. Les données concernent les cancers envahissants et les cancers in situ de la vessie (à l'exception de l'Ontario) et ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Le nombre de cas pour lesquels seul le certificat de décès est disponible a été estimé pour le Québec pour 2007.

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

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

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

Tableau A2

Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2006

Cancer	CIM-10	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	C00–C97	67 807	35 624	32 183
Cavité buccale et pharynx	C00–C14	1 022	708	314
Lèvres	C00	16	12	4
Langue	C01–C02	251	169	82
Glandes salivaires	C07–C08	86	61	25
Bouche	C03–C06	183	100	83
Nasopharynx	C11	99	72	27
Oropharynx	C10	86	57	29
Autres et non précisés	C09,C12–C14	301	237	64
Appareil digestif	C15–C25,C26.0,C26.8–9,C48	18 132	10 121	8 011
Oesophage	C15	1 560	1 182	378
Estomac	C16	1 976	1 239	737
Intestin grêle	C17	179	103	76
Côlon	C18,C26.0	6 523	3 393	3 130
Rectum	C19–C20	1 729	1 035	694
Anus	C21	64	33	31
Foie	C22.0,C22.2–.7	733	544	189
Vésicule biliaire	C23	252	71	181
Pancréas	C25	3 612	1 756	1 856
Autres et non précisés	C22.1,C22.9,C24,C26.8–9,C48	1 568	798	770
Appareil respiratoire	C30–C34,C38.1–9,C39	18 766	10 635	8 131
Larynx	C32	420	352	68
Poumon	C34	18 216	10 203	8 013
Autres et non précisés	C30–31,C33,C38.1–9,C39	130	80	50
Os	C40–C41	136	75	61
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	396	220	176
Peau (mélanome)	C43	878	562	316
Sein	C50	4 897	55	4 842
Organes génitaux	C51–C63	6 536	3 633	2 903
Col de l'utérus	C53	375	—	375
Corps de l'utérus	C54	376	—	376
Utérus, partie non précisée	C55	348	—	348
Ovaire	C56	1 569	—	1 569
Prostate	C61	3 564	3 564	—
Testicule	C62	33	33	—
Autres et non précisés	C51–52,C57,C58,C60,C63	271	36	235
Organes urinaires	C64–C68	3 281	2 178	1 103
Vessie	C67	1 729	1 208	521
Rein	C64–C65	1 460	913	547
Autres organes urinaires	C66,C68	92	57	35
Oeil	C69	42	21	21
Encéphale et autres parties du système nerveux central	C70–C72	1 658	966	692
Glandes endocrines	C37,C73–C75	270	123	147
Thyroïde	C73	160	66	94
Autres glandes endocrines	C37,C74–C75	110	57	53
Maladie de Hodgkin	C81	127	74	53
Lymphome non hodgkinien	C82–C85,C96.3	2 478	1 327	1 151
Myélome multiple	C90.0,C90.2	1 154	599	555
Leucémie	C91–C95,C90.1	2 295	1 289	1 006
Mésothéliomes	C45	399	337	62
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le tableau A10	5 340	2 701	2 639

— Sans objet.

Nota : Par CIM-10, on entend la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*⁶⁰.

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique 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 province ou le territoire, année la plus récente*, Canada

	Nouveaux cas													
	Canada [†]	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc [‡]	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L. [‡]	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers														
Prostate	86 000	11 000	7 600	2 700	2 800	32 700	21 400	2 500	2 800	430	1 450	50	60	30
Poumon	23 300	3 100	2 200	740	560	9 700	4 300	820	730	120	430	10	15	—
Côlon et rectum [§]	12 700	1 400	890	340	410	4 100	4 100	400	430	75	200	5	10	10
Vessie [§]	11 300	1 400	960	380	450	4 100	2 900	300	440	50	280	10	10	10
Lymphome non hodgkinien	4 900	780	490	190	200	1 400	1 650	150	180	30	75	5	—	—
Rein	3 800	460	360	120	140	1 500	850	90	100	15	60	—	5	—
Leucémie	2 900	270	230	90	120	1 050	730	95	120	25	55	—	—	—
Mélanome	2 800	340	290	110	110	1 150	610	55	70	15	25	—	—	—
Cavité buccale	2 600	430	240	75	80	1 150	350	75	120	15	45	—	—	—
Pancréas	2 500	350	190	65	100	1 000	600	65	75	15	45	—	5	—
Estomac	2 000	240	170	70	60	720	540	50	60	10	20	—	—	—
Encéphale	1 950	260	170	70	85	690	470	45	65	10	55	—	—	—
Foie	1 450	180	150	40	40	580	390	30	45	5	25	—	—	—
Oesophage	1 200	180	90	20	35	470	330	15	30	5	15	—	—	—
Myélome multiple	1 200	180	120	40	35	470	280	35	40	10	20	—	—	—
Thyroïde	1 050	130	95	30	30	410	270	35	45	—	10	—	—	—
	950	90	95	20	30	470	200	35	30	—	10	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers														
Sein	78 700	9 600	6 600	2 300	2 800	30 400	20 500	1 900	2 600	380	1 200	50	50	25
Poumon	21 100	2 700	1 800	620	760	8 200	5 400	500	710	100	300	15	15	5
Côlon et rectum [§]	10 500	1 250	850	330	400	3 600	3 100	310	400	45	130	5	5	5
Corps de l'utérus	9 400	1 150	690	290	350	3 500	2 500	230	360	50	210	5	10	5
Thyroïde	4 500	580	400	160	190	1 800	1 100	100	110	20	80	5	—	—
Lymphome non hodgkinien	3 300	220	290	40	100	1 650	740	85	85	10	50	—	—	—
Ovaire	3 000	400	280	90	110	1 200	710	85	110	10	55	—	—	—
Mélanome	2 500	280	190	90	85	1 000	640	55	55	10	25	—	—	—
Leucémie	2 300	400	210	55	80	1 100	270	80	110	15	35	—	—	—
Pancréas	2 000	230	190	70	80	890	440	50	40	5	15	—	—	—
Rein	2 000	230	160	75	85	730	560	50	60	10	20	—	—	—
Vessie [§]	1 950	150	160	60	70	740	490	60	80	10	35	—	—	—
Col de l'utérus	1 800	240	140	60	60	480	640	50	60	5	35	—	—	—
Cavité buccale	1 400	150	140	55	50	570	300	35	45	10	25	—	—	—
Encéphale	1 200	160	80	20	45	510	270	20	35	10	10	—	—	—
Estomac	1 100	120	90	35	35	460	300	25	45	—	10	—	—	—
Myélome multiple	1 100	120	80	30	30	410	300	20	35	5	35	—	—	—
	920	110	85	25	20	390	220	20	25	5	10	—	—	—

— Moins de trois cas.

* 2007 pour le Canada, l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador; 2008 pour la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard; moyenne de 2004 à 2008 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Le nombre de cas pour lesquels seul le certificat de décès est disponible a été estimé pour le Québec pour 2007.

† Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales.

‡ Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2011.

§ La définition de ces cancers a changé; voir le tableau A7. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie. On estime que l'inclusion de ces cas porterait le nombre total de cas de cancer de la vessie à 2 100 chez les hommes et 800 chez les femmes pour l'Ontario.

Nota : La catégorie « tous les cancers » ne tient pas compte des nouveaux cas estimés de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

Source : Base de données du Registre canadien du cancer, Statistique 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 province ou le territoire, année la plus récente*, Canada

	Cas pour 100 000													
	Canada†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc‡	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.‡	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers														
Prostate	466	409	440	451	419	467	479	534	483	498	466	366	433	435
Poumon	69	52	54	56	62	59	92	86	72	89	62	55	84	194
Côlon et rectum§	61	52	56	63	66	58	65	64	74	60	90	58	83	107
Vessie§	27	28	29	32	29	20	37	31	31	33	25	25	—	—
Lymphome non hodgkinien	20	17	20	21	20	22	19	20	17	17	18	—	18	—
Leucémie	15	13	17	18	17	17	14	13	12	16	8	—	—	—
Rein	15	10	13	15	17	15	16	20	20	27	16	—	—	—
Mélanome	14	16	13	12	11	17	8	16	20	15	14	—	—	—
Cavité buccale	13	12	10	11	15	14	13	14	12	18	13	—	23	—
Pancréas	11	9	10	12	8	10	12	10	10	13	5	—	—	—
Estomac	10	9	10	11	12	10	11	9	11	10	17	—	—	—
Encéphale	8	7	8	8	6	8	9	6	9	7	8	—	—	—
Oesophage	6	7	7	7	5	7	6	8	7	9	7	—	—	—
Foie	6	6	5	4	5	6	7	3	5	5	4	—	—	—
Myélome multiple	6	5	6	5	5	6	6	7	7	—	4	—	—	—
Thyroïde	5	3	5	3	5	7	4	7	5	—	3	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers														
Sein	364	318	340	343	358	371	377	354	379	376	341	337	352	431
Poumon	99	93	93	93	98	100	102	93	104	106	84	96	83	66
Côlon et rectum§	48	41	45	48	49	43	56	56	56	41	37	48	63	164
Corps de l'utérus	41	36	35	38	41	40	43	39	49	50	57	47	76	74
Thyroïde	21	19	20	24	24	22	20	18	15	16	22	21	—	—
Lymphome non hodgkinien	18	9	16	8	17	24	17	18	15	14	16	—	—	—
Ovaire	14	13	14	13	14	15	13	16	16	11	16	—	—	—
Mélanome	11	9	10	13	11	13	12	10	7	9	6	—	—	—
Leucémie	11	15	11	9	11	14	6	16	17	16	10	—	—	—
Rein	10	8	10	10	10	11	8	10	6	6	6	—	—	—
Pancréas	9	5	8	9	9	9	9	11	11	11	11	—	—	—
Vessie§	9	7	8	9	9	8	10	9	8	10	5	—	—	—
Col de l'utérus	8	8	7	8	7	5	11	9	8	5	9	—	—	—
Encéphale	8	6	8	11	8	8	7	7	8	12	9	—	—	—
Cavité buccale	6	5	5	5	5	6	6	5	7	—	4	—	—	—
Estomac	5	5	4	3	6	6	5	4	5	7	4	—	—	—
Myélome multiple	5	4	4	4	3	5	5	3	5	2	11	—	—	—
Myélome multiple	4	4	4	4	2	4	4	3	3	4	3	—	—	—

— Moins de trois cas.

* 2007 pour le Canada, l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador; 2008 pour la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard; moyenne de 2004 à 2008 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Le nombre de cas pour lesquels seul le certificat de décès est disponible a été estimé pour le Québec pour 2007.

† Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales.

‡ Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2011.

§ La définition de ces cancers a changé; voir le tableau A7. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie.

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

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

Source : Base de données du Registre canadien du cancer, Statistique 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 province ou le territoire, Canada, 2006*

	Décès													
	Canada†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	35 600	4 400	2 800	1 200	1 350	13 100	9 500	900	1 350	170	760	30	20	20
Poumon	10 200	1 150	690	310	360	3 500	3 200	290	410	40	210	10	5	10
Côlon et rectum	4 400	510	320	140	160	1 650	1 200	110	170	20	130	5	5	5
Prostate	3 600	470	350	210	140	1 400	710	80	130	20	75	—	—	—
Pancréas	1 750	270	150	60	60	610	450	45	70	10	35	—	—	—
Lymphome non hodgkinien	1 350	200	110	45	70	480	340	30	30	5	15	—	—	—
Leucémie	1 300	160	120	45	50	520	300	30	40	5	15	—	—	—
Estomac	1 250	160	85	20	50	460	350	30	45	—	40	—	—	—
Vessie	1 200	180	100	40	40	460	280	30	40	5	20	—	—	—
Oesophage	1 200	170	110	35	45	460	240	40	50	10	20	—	—	—
Encéphale	970	120	85	20	30	350	280	20	35	5	20	—	—	—
Rein	910	110	70	40	45	340	230	30	35	5	20	—	—	—
Cavité buccale	710	75	70	20	25	290	170	15	20	5	20	—	—	—
Myélome multiple	600	65	55	20	25	230	150	15	25	5	5	—	—	—
Mélanome	560	75	35	15	20	270	100	5	30	5	15	—	—	—
Foie	540	80	35	—	25	220	150	10	15	—	5	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers	32 200	4 100	2 600	1 050	1 300	11 900	8 700	830	1 100	160	520	20	20	15
Poumon	8 000	1 050	610	220	310	2 800	2 300	250	290	40	110	5	5	5
Sein	4 800	570	380	150	210	1 850	1 250	120	160	25	100	5	5	—
Côlon et rectum	3 800	470	270	130	150	1 400	1 050	85	150	15	75	5	5	—
Pancréas	1 850	270	160	65	70	620	530	55	65	10	10	—	—	—
Ovaire	1 550	220	130	65	70	600	360	40	45	—	25	—	—	—
Lymphome non hodgkinien	1 150	160	75	50	60	420	290	35	40	5	15	—	—	—
Leucémie	1 000	130	75	40	40	400	250	25	35	5	5	—	—	—
Estomac	740	95	40	20	30	260	230	20	20	10	25	—	—	—
Corps de l'utérus	720	85	65	15	20	290	200	20	25	—	10	—	—	—
Encéphale	690	95	50	25	20	220	240	15	15	5	10	—	—	—
Myélome multiple	560	55	50	20	25	230	130	10	20	—	5	—	—	—
Rein	550	60	50	25	25	190	150	20	15	5	10	—	—	—
Vessie	520	55	45	10	15	220	140	10	15	5	10	—	—	—
Col de l'utérus	380	40	50	10	10	170	60	10	20	5	5	—	—	—
Mélanome	320	55	40	5	10	140	50	5	10	—	—	—	—	—
Cavité buccale	310	40	30	10	10	130	85	5	10	—	—	—	—	—

— Moins de trois décès.

* Moyenne de 2002 à 2006 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les nombres ayant été arrondis, la somme des totaux pourrait ne pas correspondre au total pour le Canada. Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales.

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique 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 province ou le territoire, Canada, 2006*

	Décès pour 100 000													
	Canada†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	202	173	183	196	206	196	223	208	241	203	256	275	221	399
Poumon	58	45	45	51	54	53	74	66	73	50	72	96	57	199
Côlon et rectum	25	20	21	24	24	25	29	25	29	26	42	41	47	64
Prostate	21	19	24	31	20	21	18	19	24	23	27	—	—	—
Pancréas	10	10	10	10	9	9	10	11	12	14	10	—	—	—
Lymphome non hodgkinien	7	8	7	8	11	7	8	8	6	8	5	—	—	—
Leucémie	7	6	8	7	8	8	7	7	8	9	5	—	—	—
Estomac	7	6	5	3	8	7	8	7	8	—	13	—	—	—
Vessie	7	7	7	6	6	7	7	6	7	6	7	—	—	—
Oesophage	7	7	7	6	7	7	5	8	8	11	6	—	—	—
Encéphale	5	5	5	3	5	5	6	5	6	4	6	—	—	—
Rein	5	4	4	6	7	5	5	6	6	6	6	—	—	—
Cavité buccale	4	3	4	4	4	4	4	3	3	5	6	—	—	—
Myélome multiple	3	3	4	3	4	3	4	3	5	8	1	—	—	—
Mélanome	3	3	2	2	3	4	2	1	6	—	5	—	—	—
Foie	3	3	2	—	4	3	3	2	2	1	2	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers	142	131	135	141	149	137	153	145	150	152	147	198	195	347
Poumon	37	36	34	32	40	34	42	45	42	40	31	49	59	198
Sein	22	18	20	22	24	21	23	21	21	27	30	23	31	—
Côlon et rectum	16	14	14	15	15	15	18	14	19	16	20	27	24	—
Pancréas	8	9	8	9	8	7	9	9	9	8	2	—	—	—
Ovaire	7	7	7	9	9	7	7	7	6	—	7	—	—	—
Lymphome non hodgkinien	5	5	4	6	7	5	5	6	5	5	5	—	—	—
Leucémie	4	4	4	4	5	4	5	5	5	8	2	—	—	—
Encéphale	3	3	3	4	2	3	5	2	3	3	3	—	—	—
Estomac	3	3	2	2	3	3	4	4	2	9	6	—	—	—
Corps de l'utérus	3	3	3	3	2	3	3	3	3	—	3	—	—	—
Myélome multiple	2	2	3	3	3	3	2	2	3	—	2	—	—	—
Rein	2	2	3	3	3	2	2	3	2	4	4	—	—	—
Vessie	2	2	2	1	1	2	2	1	1	4	3	—	—	—
Col de l'utérus	2	1	3	2	1	2	1	2	3	3	2	—	—	—
Mélanome	1	2	2	1	1	2	1	1	1	—	—	—	—	—
Cavité buccale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—

— Moins de trois décès.

* Moyenne de 2002 à 2006 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales.

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

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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

SOURCES DES DONNÉES

Données sur l'incidence : le Registre canadien du cancer (RCC)

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans la présente publication couvrent la période allant de 1982 à 2008 (sauf pour le Québec, pour lequel les données figurant dans le RCC étaient disponibles jusqu'à 2007 au moment de la préparation du présent rapport). Les données pour la période de 1992 à 2008 ont été tirées du RCC²³, tandis que celles des années antérieures ont été extraites du prédécesseur du RCC, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC). Le SNDCC est une base de données fixe, axée sur le nombre de tumeurs, qui répertorie des cas dont la date de diagnostic peut remonter jusqu'à 1969.

- ◆ Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada des données devant être versées dans le RCC.
- ◆ Le RCC est une base de données axée sur les individus qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada.
- ◆ C'est la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada qui tient le RCC. Grâce au couplage interne des enregistrements, elle peut retracer les personnes dont la tumeur a été diagnostiquée dans plus d'une province ou d'un territoire et détecter les enregistrements en double. Elle apparie les données sur l'incidence aux données sur la mortalité, décrites ci-dessous, aux fins d'analyses de la survie et de la prévalence.
- ◆ Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la *Classification internationale des maladies - Oncologie, troisième révision (CIMO-3)*⁵⁹.

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

- ◆ Les données réelles sur la mortalité par cancer couvrent la période de 1982 à 2006 et sont tirées de la Base de données sur les décès - Statistiques de l'état civil⁶¹.
- ◆ Les données sur les décès proviennent des registraires de l'état civil provinciaux et territoriaux de l'état civil. Elles sont communiquées régulièrement à Statistique Canada en vue d'être versées dans la Base de données sur les décès.
- ◆ La Base de données sur les décès comprend des renseignements sur le profil démographique et la cause du décès de tous les résidents décédés au Canada entre 1950 et 2006.
- ◆ Elle renferme aussi des données sur les résidents canadiens décédés dans certains États américains, le Canada recevant actuellement des données abrégées sur les décès de la part d'une dizaine d'États.
- ◆ La Base de données est tenue par la Division de la statistique de la santé, à Santé Canada.
- ◆ Les causes de décès sont classées selon la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)*⁶⁰.

- ◆ Les décès par cancer sont les décès dont la cause initiale est attribuée à une forme quelconque de cancer par le médecin qui établit le certificat de décès.

Données sur la population : le Recensement du Canada

- ◆ Les données estimatives sur la population pour le Canada, les provinces et les territoires proviennent des recensements quinquennaux réalisés entre 1981 et 2006.
- ◆ Les estimations intercensitaires établies par Statistique Canada ont été utilisées pour les années comprises entre ces recensements, et les estimations postcensitaires ont été utilisées pour la période de 2006 à 2009⁶².
- ◆ Les estimations de la population projetée effectuées par Statistique Canada en prenant pour hypothèse une croissance moyenne (scénario M1) sont utilisées pour 2010 et 2011². Le scénario M1 est celui d'une croissance moyenne prenant en compte les tendances historiques (1981–2008) en matière de migration interprovinciale.
- ◆ Toutes les estimations démographiques incluent les résidents non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens qui reviennent de l'étranger.

Tables de mortalité

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

- ◆ On a utilisé les données des tables de mortalité de 1990 à 1992⁶³ pour le suivi des cas en 1992 et en 1993. On a utilisé les données des tables de mortalité de 1995 à 1997⁶⁴ pour le suivi de 1994 à 1998. On a utilisé les données des tables de mortalité de 2000 à 2002⁶⁵ pour le suivi de 1999 à 2006.
- ◆ Comme on ne disposait pas de tables de mortalité complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard et pour les territoires, on a calculé les taux de survie escomptés pour ces régions à partir des tables abrégées de mortalité pour le Canada, l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires, en utilisant une méthode suggérée par Dickman et al⁶⁶. Dans les cas où cela n'a pas été possible (c'est-à-dire pour les territoires de 1990 à 1992), on a utilisé les valeurs des tables de mortalité canadiennes complètes.
- ◆ On a également utilisé la méthode susmentionnée de Dickman et al. pour allonger d'une seule année en ce qui concerne l'âge les données des tables de mortalité provinciales de 1990 à 1992 pour la tranche d'âge de 85 à 99 ans.

Définitions de cancer

- ◆ Les cancers sont généralement définis selon les catégories établies dans la CIM-O-3⁵⁹ pour l'incidence et la CIM-10⁶⁰ pour la mortalité, comme l'indique le tableau A10.
- ◆ Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Le tableau A7 fait état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de cette publication.
- ◆ Des sous-groupes plus ciblés, fondés sur les codes descriptifs du siège (topographie) et de la morphologie de la CIM-O-3, ont été utilisés pour la section traitant du sujet particulier, à savoir le cancer colorectal, comme l'indique le tableau A11.

- ◆ Pour les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans, les cancers ont été classifiés et déclarés conformément à la *Classification internationale des cancers de l'enfant, troisième révision (ICCC-3)*¹². Ce système est le plus approprié pour la déclaration des cancers infantiles, parce qu'il reconnaît les différences majeures entre les cancers survenant durant l'enfance et ceux qui font leur apparition plus tard au cours de la vie.
 - La catégorie des tumeurs « intracrâniennes et intrarachidiennes » exclut les tumeurs non malignes.

MÉTHODOLOGIE

Taux d'incidence et de mortalité

Les enregistrements de chaque province ou territoire ont été extraits des fichiers d'incidence ou de mortalité pertinents et ont ensuite été classés par année du diagnostic ou du décès ainsi que par sexe, par groupe d'âge de cinq ans (0 à 4 ans, 5 à 9 ans, ... , 80 à 84 ans et 85 ans et plus) et par siège ou type de cancer.

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

Estimation de l'incidence (nouveaux cas) et de la mortalité (décès) pour 2011

On a utilisé deux méthodes pour estimer les données sur l'incidence et la mortalité : le modèle de Poisson et le calcul de la moyenne sur cinq ans.

Le modèle de Poisson

Le *modèle de régression de Poisson* est la principale méthode qui a été utilisée pour estimer le nombre de nouveaux cas et de décès en 2011 pour chaque type de cancer selon le sexe (sauf pour les nouveaux cas de cancers de la peau sans présence de mélanome, voir ci-dessous), qui sont présentés dans les tableaux 1.1 et 1.2. L'hypothèse sous-jacente du modèle de Poisson est que les nombres annuels de nouveaux cas et de décès sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes dont la valeur moyenne est égale au produit de la taille de la population pour une année donnée et du taux annuel (réel).

- ◆ Un modèle de Poisson distinct était adapté à chaque province, à chaque sexe et à chaque siège ou type de cancer pour la période de 1986 à 2008 (1986–2007 pour le

Québec) en ce qui concerne l'incidence et pour la période de 1986 à 2006 en ce qui a trait à la mortalité.

- ◆ En ce qui concerne l'incidence du cancer de la prostate, la modélisation de Poisson a commencé en 1991 plutôt qu'en 1986. En effet, en raison du « pic » des taux d'incidence de ce cancer associé à l'introduction du test de l'APS pour la détection des stades précoces de la maladie à la fin des années 1980, les tendances à plus long terme donnent des estimations inexactes.
- ◆ Tous les modèles prévoient un facteur à 18 niveaux pour l'âge (qui correspondent aux 18 tranches d'âge de cinq ans décrites plus haut). En ce qui concerne les tendances temporelles, l'évaluation a été faite à l'aide d'un algorithme de sélection graduelle disponible dans le logiciel S-Plus 2000 (MathSoft Inc., 1999). Les tendances du taux d'incidence normalisé selon l'âge ont ensuite été extrapolées à 2011. Nous avons obtenu les estimations pour 2011 en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques selon le sexe, l'âge et la province pour la même année.

Calcul de la moyenne sur cinq ans

Le nombre estimatif de nouveaux cas et de décès en 2011 pour chaque siège ou type de cancer reposait aussi sur le calcul de la moyenne des données des cinq années les plus récentes. Cette méthode est sans doute plus indiquée à l'égard des cancers où une modification de tendance a été observée récemment (les estimations faites à l'aide du modèle de Poisson laissent à désirer pour ces cancers, car il est fondé sur une tendance à plus long terme), ou lorsque les fréquences sont faibles, de sorte que les estimations fondées sur le modèle de Poisson sont instables. Nous avons calculé la moyenne des taux pour les cinq années les plus récentes pour chaque sexe, tranche d'âge de cinq ans, siège ou type de cancer et province. Nous avons obtenu les estimations en multipliant ces taux par les projections démographiques correspondantes.

Sélection des « meilleures » estimations

Nous avons comparé les estimations fondées sur les deux méthodes pour chaque sexe, siège ou type de cancer et région géographique pour tous les âges combinés. On a choisi la « meilleure » estimation pour chaque catégorie en consultation avec chacun des registres du cancer provinciaux et territoriaux, conformément aux lignes directrices suivantes :

- ◆ L'estimation fondée sur le modèle de Poisson a généralement été privilégiée, surtout à l'égard des cancers où il existait déjà une tendance à long terme. De telles tendances ont été identifiées dans le cas des cancers de l'estomac, du larynx, du foie, du col de l'utérus, des testicules et de la thyroïde.
- ◆ Une estimation de la moyenne sur cinq ans a été utilisée pour les territoires et n'est déclarée que pour « tous les cancers » en raison des petits nombres.
- ◆ Les estimations de la moyenne sur cinq ans étaient les valeurs par défaut pour l'Île-du-Prince-Édouard.
- ◆ Nous avons calculé la valeur absolue de l'écart entre les taux normalisés selon l'âge obtenus à l'aide des deux méthodes et l'avons exprimée par rapport à l'estimation fondée sur la moyenne sur cinq ans. Ainsi, si le taux estimé selon le modèle de Poisson était de 4,0 et le taux fondé sur la moyenne sur cinq ans était de 4,5, l'écart relatif serait de $(4,0 - 4,5) \div 4,5$ soit 11,1 %.

- ◆ Les provinces ont examiné de près les estimations de cas de cancers affichant un écart relatif supérieur à 10 %. De tels cas peuvent révéler des écarts importants par rapport à la tendance à long terme.
- ◆ Les provinces ont été invitées à indiquer la méthode d'estimation qu'elles privilégiaient, en justifiant leur choix. Les arguments généralement invoqués étaient l'accès à des projections à l'interne, la connaissance des tendances locales ou l'accès à des données plus actuelles, ce qui a permis d'évaluer les estimations faites à l'aide des deux méthodes.
- ◆ Les estimations pour l'ensemble du Canada ont été obtenues en additionnant les chiffres applicables aux provinces et aux territoires.

Les tableaux A8 et A9 indiquent les types ou sièges de cancer qui ont été signalés selon la méthode de la moyenne sur cinq ans pour 2011. Dans ces cas, les taux normalisés selon l'âge pour 2011, déclarés dans la présente publication, ont été calculés à l'aide de données réelles des cinq années les plus récentes.

Tous les cancers combinés

Pour estimer l'incidence provinciale de « tous les cancers » chez les hommes, nous avons additionné les « meilleures » estimations de cancer de la prostate et l'estimation de « tous les cancers moins celui de la prostate », à l'aide du modèle de Poisson.

En ce qui a trait à l'incidence et à la mortalité chez les femmes et à la mortalité chez les hommes, les estimations provinciales de « tous les cancers » sont celles qui étaient fondées sur le modèle de Poisson à tous les cancers combinés. Les estimations de « tous les cancers » dans les territoires ont été basées sur le calcul de la moyenne sur cinq ans dans tous les cas.

Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome

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

- ◆ Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic de cancer de la peau autre que le mélanome. Le registre du cancer de la Colombie-Britannique a projeté jusqu'en 2011 les taux d'incidence selon l'âge et le sexe enregistrés au cours de 1992 à 1994 et en 2003, et ces chiffres ont été appliqués aux estimations prévues de la population canadienne pour obtenir une estimation du nombre de cas au Canada dans son ensemble.
- ◆ Les données sur les CPAM pour 1989 à 2008 par année, selon le sexe et selon le groupe d'âge ont été transmises par le Registre du cancer du Manitoba et par le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick. Les taux annuels pour chaque province et groupe d'âge (0 à 39 ans, 40 à 59 ans, 60 à 79 ans et 80 ans et plus) ont été soumis à une transformation logarithmique, et projetés jusqu'en 2011.
- ◆ On a calculé le nombre prévu de cas de cancer autre que le mélanome pour l'ensemble du Canada en multipliant les taux d'incidence prévus au Manitoba et au

Nouveau-Brunswick par les estimations prévues de la population canadienne selon le sexe et l'âge pour 2011.

- ◆ Les nouveaux cas de cancer autre que le mélanome signalés pour l'ensemble du Canada correspondent à la moyenne des estimations faites par les registres de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick pour 2011.

Arrondissement aux fins de la déclaration

- ◆ Les estimations de l'incidence et de la mortalité présentées dans la présente publication ont été arrondies de la façon suivante :
 - 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
 - au multiple de 50 le plus près pour les dénombrements de 1 000 à 1 999
- ◆ 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 1.1, 1.2, 2.3, 2.5 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 ou les taux selon l'âge et selon le sexe ont été combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tout écart de ce type se situe toutefois à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

Précision des estimations de 2011

Les estimations de la précision (erreurs-types, coefficients de variation et limites de confiance) pour les dénombrements et les taux de 2011 sont disponibles sur demande auprès de la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada). La précision d'une estimation dépend principalement du nombre de cas et de la taille de la population pour chaque combinaison siège ou type de cancer, âge, sexe, province ou territoire.

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

On a calculé la VAP estimée pour chaque type de cancer par ajustement d'un modèle de régression linéaire par morceaux en supposant un taux constant de changement du logarithme du TINA et du TMNA dans chaque segment. Les modèles tenaient compte des erreurs-types estimées du TINA ou du TMNA. Pour les tests de signification, on a utilisé la méthode de permutation de Monte Carlo. Puis, nous avons de nouveau transformé la pente estimée au moyen de cet ajustement pour obtenir un pourcentage d'augmentation ou de diminution.

- ◆ Nous avons soumis les taux annuels normalisés selon l'âge au cours de la période de 1986 à 2007 (pour l'incidence) et la période de 1986 à 2006 (pour la mortalité) à un modèle de régression Joinpoint afin de déterminer quelles sont les années où la VAP a changé de manière significative. Ces années sont appelées des « points de retournement ».

- ◆ Pour déceler une tendance nouvelle, il fallait au moins cinq années de données avant et après un point de retournement. Ainsi, le point de retournement le plus récent est 2003 pour l'incidence et 2002 pour la mortalité.
- ◆ Lorsque nous n'avons détecté aucun point de retournement au cours de la période de 1998 à 2007 (pour l'incidence) ou la période de 1997 à 2006 (pour la mortalité), nous avons calculé la VAP en appliquant à ces périodes un modèle ajusté, comme il est décrit ci-dessus.
- ◆ Lorsqu'on a détecté un point de retournement dans ces décennies, on a estimé la VAP à partir de la tendance dans le dernier segment. Le tableau 4.5 indique l'année du point de retournement et la VAP pour les années suivant le point de retournement.

Les points de retournement des taux d'incidence du cancer de 1983 à 2006 sont rapportés dans la section sur le sujet particulier, à savoir le cancer colorectal.

Contribution de la variation du taux de cancer, de la croissance et de la structure par âge de la population aux tendances de l'incidence et de la mortalité

Les figures 4.3 et 4.4 présentent les déterminants qui jouent un rôle dans les hausses de l'incidence et de la mortalité chez les hommes et chez les femmes, respectivement. La section Tendances de l'incidence et de la mortalité offre une description des trois facteurs. Les lignes ont été calculées de la façon suivante

- ◆ Ligne supérieure : nombre annuel de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, hommes ou femmes.
- ◆ Sous la ligne supérieure : population totale annuelle multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1982 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- ◆ Au-dessus de la ligne inférieure : population totale en 1982 multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1982 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- ◆ Ligne inférieure (ligne pointillée) : nombre observé de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, hommes ou femmes, en 1982.

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

Les probabilités d'être atteint du cancer ou d'en mourir ont été calculées à partir des taux de mortalité et d'incidence du cancer selon l'âge et selon le sexe pour le Canada en 2006 et des tables de mortalité fondées sur les taux de mortalité toutes causes confondues de 2004 à 2006. La méthodologie utilisée est celle de Zdeb⁶⁷ et Seidman et al.⁶⁸

- ◆ La méthode utilisée pour déterminer la probabilité d'être atteint d'un cancer se fonde sur l'hypothèse que l'incidence du cancer observée pour différents groupes d'âge durant une période donnée sera toujours valable plus tard dans la vie des personnes. Toutefois, comme cette hypothèse pourrait ne pas se vérifier, les probabilités devraient être considérées uniquement comme des approximations.
- ◆ La probabilité de mourir du cancer correspond à la proportion de personnes emportées par le cancer dans une cohorte soumise aux conditions de mortalité qui

existaient pour la population dans son ensemble en 2006. Elle a été estimée en déterminant la proportion de décès attribués aux différentes formes de cancer pour chaque sexe et chaque groupe d'âge, en multipliant cette proportion par le nombre correspondant de décès tirés de la table de mortalité, en additionnant les nombres de décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge afin d'obtenir la probabilité de décès attribuable à chaque cause.

Survie relative

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

- ◆ Les décès survenus chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer ont été déterminés par le couplage des données du RCC et de la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès et à l'aide d'éléments d'information fournis par les registres provinciaux ou territoriaux du cancer. Lorsque les décès étaient déclarés par un registre provincial mais n'étaient pas confirmés par le processus de couplage des données, nous avons présumé que la personne était décédée à la date indiquée par la province ou le territoire déclarant. Au moment de l'analyse, l'enregistrement des nouveaux cas et le suivi du statut vital s'étendaient jusqu'au 31 décembre 2006.
- ◆ Les analyses étaient fondées sur tous les cancers primaires. L'effet de l'inclusion des cancers multiples dans les analyses de la survie a été étudié à l'échelle internationale^{69,70} et au Canada.⁷¹
- ◆ Les analyses ont été fondées sur le nombre de personnes âgées de 15 à 99 ans au moment du diagnostic.
- ◆ Les enregistrements étaient exclus lorsque le diagnostic reposait uniquement sur le certificat de décès ou les résultats de l'autopsie.
- ◆ Les analyses s'appuyaient sur un algorithme d'accès public⁷², après quelques adaptations mineures. Les proportions de la survie attendue ont été dérivées des tables de mortalité provinciales complètes selon le sexe produites par Statistique Canada, au moyen de la méthode Ederer II⁷³.
- ◆ Les analyses de la survie ont été effectuées à l'aide des méthodes d'analyse par période (2004–2006) et par cohorte¹⁸. La démarche fondée sur l'analyse par période permet d'obtenir des prévisions à jour de la survie au cancer⁷⁴. Avec cette méthode, les données de suivi ne sont pas rattachées à une cohorte déterminée de personnes atteintes du cancer. Les estimations de la survie par période reposent sur l'hypothèse que la probabilité conditionnelle de survie des personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période étudiée sera celle qui a été observée le plus récemment. Lorsque la survie s'améliore de manière générale, une estimation fondée sur la période est généralement une prévision prudente de la survie que l'on observera.
- ◆ La survie relative conditionnelle à cinq ans exprime la probabilité de survivre pendant une période de cinq ans à différents moments de la vie depuis le diagnostic, par rapport à la survie prévue d'une personne semblable dans la population générale^{58,75}.

- ◆ Afin d'avoir une idée du niveau d'incertitude statistique lié aux estimations de la survie, nous avons fourni les intervalles de confiance par rapport aux erreurs-types calculées à l'aide de la méthode de Greenwood⁷⁶. En ce qui concerne les estimations de la survie observée, afin d'éviter les limites inférieures de moins de zéro ou les limites supérieures de plus de un, qui sont peu vraisemblables, nous avons établi des intervalles de confiance asymétriques fondés sur la transformation log (-log). Nous avons obtenu les intervalles de confiance du rapport de survie relative en divisant les limites de la survie observée par la proportion correspondante de la survie attendue.
- ◆ Les estimations de la survie normalisées selon l'âge ont été obtenues au moyen de la méthode directe. Autrement dit, les estimations selon l'âge pour un cancer donné ont été pondérées en fonction de la répartition par âge des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 1992 et 2001. Nous avons établi les intervalles de confiance des rapports de survie relative normalisés selon l'âge en multipliant les limites supérieure et inférieure correspondantes de la survie observée normalisée selon l'âge par le rapport entre l'estimation ponctuelle de la survie relative normalisée selon l'âge et l'estimation ponctuelle de la survie observée normalisée selon l'âge.
- ◆ Seule la survie observée est déclarée pour les enfants et les jeunes (0 à 19 ans), car les estimations de la survie observée et de la survie relative pour cette tranche d'âge sont essentiellement les mêmes.

Prévalence

La prévalence fondée sur le nombre de tumeurs est le principal type de prévalence dont fait état la présente publication. La prévalence pendant une durée limitée (deux, cinq et 10 ans) est déterminée selon le nombre de cancers diagnostiqués au cours des deux, cinq et 10 années précédentes parmi les personnes vivant avec le cancer.

La prévalence a été déterminée directement, à l'aide de la méthode du dénombrement^{77,78}.

- ◆ Tous les cancers primaires infiltrants (y compris les cancers *in situ* de la vessie) chez les personnes en vie le 1^{er} janvier 2007 et ayant reçu un diagnostic au cours de la période visée précédant cette date de référence ont été comptabilisés, tant les premiers cancers primaires que les cancers primaires subséquents.
 - Nous avons dû employer des méthodes différentes pour le Québec. Voir la section intitulée *Questions liées aux données et à la méthodologie*.
- ◆ Nous avons calculé la prévalence selon l'âge à partir de l'âge atteint en date du 1^{er} janvier 2007.
- ◆ Nous avons établi la population ayant servi au calcul des taux de prévalence en date du 1^{er} janvier 2007 en calculant la moyenne des chiffres de population au milieu de 2006 et de 2007.
- ◆ La prévalence fondée sur le nombre de personnes et sur une période de 10 ans renvoie au nombre de personnes représentées par la prévalence du nombre de tumeurs sur une période de 10 ans.

QUESTIONS LIÉES AUX DONNÉES ET À LA MÉTHODOLOGIE

Incidence

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

- ◆ Les tumeurs bénignes et les cancers in situ ne sont pas systématiquement enregistrés ou signalés, sauf dans le cas des cancers in situ de la vessie. Tous les registres du cancer, sauf celui de l'Ontario, communiquent au RCC des données sur les cancers in situ de la vessie.
- ◆ À Terre-Neuve-et-Labrador, le registre n'a reçu que tout récemment l'information sur tous les certificats de décès portant la mention de cancer. Cela a entraîné une sous-estimation de l'incidence de certains cancers, car il n'y a pas eu de cas déterminé d'après un certificat de décès seulement. Par conséquent, le nombre de décès ou les taux de mortalité pourraient dépasser le taux d'incidence au cours d'une année donnée, surtout lorsqu'il s'agit de cancers très mortels. Le nombre de cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement à Terre-Neuve-et-Labrador en 2008 a été estimé à partir des données de 2007.
- ◆ Au Québec, les cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement n'ont, de façon générale, pas été signalés au RCC, sauf pour la période de 2000 à 2006. Le nombre de cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement au Québec en 2007 a été estimé à partir de la moyenne de 2002 à 2006. De plus, le registre étant tributaire des données transmises par les hôpitaux, le nombre de cas de certains cancers, en particulier ceux pour lesquels le rapport de pathologie représente la principale source d'information sur le diagnostic, est sous-estimé. La remarque vaut en particulier pour le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie.¹
- ◆ Le nombre de cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement en Ontario en 2008 a été estimé à partir de la moyenne de 2003 à 2007.
- ◆ Le nombre de cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement représente moins de 2 % du nombre total de cas.
- ◆ Les cancers de la peau autres que le mélanome sont exclus parce que la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur ces cas. Il est difficile d'enregistrer ces cancers de manière exhaustive, parce qu'ils peuvent être diagnostiqués et traités dans des cadres divers et sont très nombreux. C'est pourquoi les calculs fondés sur les trois registres qui rendent compte de ces cancers (voir l'« Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome » ci-haut) sont vraisemblablement des sous-estimations.

Mortalité

Bien que les procédures d'enregistrement des décès et de détermination de leur cause soient normalisées tant à l'échelle nationale qu'internationale, un certain manque de

spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du siège ou 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.

Bien qu'il y ait eu de nombreux petits changements dans les définitions au fil des ans (voir le tableau A7), une modification importante mérite d'être signalée :

- ◆ Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avons utilisé les codes 153 et 154 de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (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 la révision de 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les chiffres de la mortalité par cancer colorectal qui figurent dans la présente publication ne peuvent être comparés directement avec ceux dont font état les rapports antérieurs à 2003.

Survie

Les analyses de la survie ne comprennent pas les données sur les cas diagnostiqués au Québec, entre autres parce que la méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer utilisée dans cette province diffère de celle utilisée dans les autres registres provinciaux du cancer⁷⁹ et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

Prévalence

En raison de problèmes liés à la détermination du statut vital exact des cas diagnostiqués au Québec, les données de prévalence pour cette province ont été obtenues de manière indirecte. On a utilisé la probabilité de survie jusqu'à la date de référence pour déterminer de façon aléatoire le statut vital de chaque nouveau cas enregistré au Québec. Nous avons établi les probabilités de survie en nous fondant sur la proportion correspondante de la survie observée dans le reste du Canada, stratifiée selon le groupe d'âge (0 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans et plus), le sexe, le cancer et le mois du diagnostic. Pour de plus amples détails, voir Ellison et Wilkins, 2009⁸⁰.

Tableau A7

Modifications de la définition de certains cancers depuis 2004

Cancer Incidence	Cancer Mortalité	Définition en 2004	Changements survenus depuis 2004
Vessie		CIM-O-3 : C67, à l'exclusion des cancers in situ	2006 : C67 incluant les cancers in situ sauf pour l'Ontario qui ne fournit pas les cas de cancer in situ de la vessie.
Côlon et rectum		CIM-O-3 : C18–C21, C26.0	2011 : C18–C20, C26.0
Rein	Rein	CIM-O-3/CIM-10 : C64–C66, C68	2008 : C64–C65
Poumon	Poumon	CIM-O-3/CIM-10 : C33–C34	2006 : C34 2007 : C33–C34 2008 : C34
Ovaire	Ovaire	CIM-O-3/CIM-10 : C56, C57.0–C57.4	2006 : C56
	Leucémie	CIM-10 : C91–C95	2008 : C91–C95, C90.1
	Foie	CIM-10 : C22	2006 : C22.0, C22.2–C22.9 2007 : C22.0, C22.2–C22.7
	Myélome multiple	CIM-10 : C88, C90	2007 : C90 2008 : C90.0, C90.2
	Tous les autres cancers et cancers non précisés	CIM-10 : C44, C46, C76–C80, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97	2007 : ajout de C88

Nota : 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 (mésothéliomes). Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la *Classification internationale des maladies – Oncologie*⁵⁹.

Tableau A8

Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections des taux d'incidence selon le siège ou type de cancer et la province, 2011

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

* L'estimation est par défaut fondée sur le modèle de régression de Poisson pour toutes les provinces à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, pour laquelle la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est employée par défaut pour la plupart des cancers.

† La méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans a été employée pour le cancer de la prostate afin de mieux rendre compte de la tendance à la stabilisation de l'incidence observée pour ce cancer.

Nota :

H = hommes; F = femmes.

Le modèle de régression de Poisson est grandement recommandé pour la catégorie « tous les cancers » de même que pour les cancers de l'estomac, du larynx, du col de l'utérus, des testicules, de la thyroïde et du foie. Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans a été employée pour la catégorie « tous les cancers » en raison du faible nombre de cas (non illustré).

Tableau A9

Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections des taux de mortalité selon le siège ou type de cancer et la province, 2011

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

* L'estimation est par défaut fondée sur le modèle de régression de Poisson pour toutes les provinces à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, pour laquelle la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est employée par défaut pour la plupart des cancers.

Nota :

H = hommes; F = femmes.

Le modèle de régression de Poisson est grandement recommandé pour la catégorie « tous les cancers » de même que pour les cancers de l'estomac, du larynx, du col de l'utérus, des testicules, de la thyroïde et du foie. Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans a été employée pour la catégorie « tous les cancers » en raison du faible nombre de cas (non illustré).

Tableau A10

Définition des différents cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3* (incidence)	CIM-10 (mortalité)
Cavité buccale	C00–C14	C00–C14
Oesophage	C15	C15
Estomac	C16	C16
Côlon et rectum	C18–C20,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 (types 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 le cancer in situ)	C67	C67
Rein	C64.9,C65.9	C64–C65
Encéphale	C70–C72	C70–C72
Thyroïde	C73.9	C73
Maladie de Hodgkin*	Types 9650–9667	C81
Lymphome non hodgkinien*	Types 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*	Types 9731,9732,9734	C90.0, C90.2
Leucémie*	Types 9733,9742,9800–9801,9805, 9820,9826,9831–9837,9840, 9860–9861,9863,9866–9867, 9870–9876,9891,9895–9897,991 0,9920,9930–9931,9940,9945–9 946,9948,9963–9964 Type 9823 et 9827, sièges C42.0,.1,.4	C91–C95,C90.1
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00–C80, C97 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00–C80, C97 non mentionnés ci-dessus

Tableau A10 (suite)

Définition des différents cancers

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

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

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la *Classification internationale des maladies – Oncologie*⁵⁹. Par CIM-10, on entend la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*⁶⁰.

Tableau A11

Définition des cancers – sujet particulier

Cancer	Siège CIM-O-3* (incidence)	CIM-10 (mortalité)
Côlon et rectum	C18-C20,C26.0	C18-C20,C26.0
Côlon		C18
Côlon droit	C18.0,C18.2-5	
Côlon gauche	C18.6,C18.7	
Rectum	C19.9,C20.9	C19-C20
Catégories « autres » et « sous-siège non spécifié »	C18.1,C18.8,C18.9,C26.0	C26.0

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la *Classification internationale des maladies – Oncologie*⁵⁹. Par CIM-10, on entend la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*⁶⁰.

ANNEXE III : SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

Au cours des dernières années, les sujets particuliers suivants ont été abordés (les documents peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.cancer.ca/statistiques) :

- 2010** Soins de fin de vie
 - Tout sur le cancer : cancer de l'œsophage
 - Tout sur le cancer : cancer du rein
- 2009** Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans)
- 2008** Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)
- 2007** Cancer du sein
- 2006** Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage
- 2005** Progrès dans la prévention du cancer : facteurs de risque modifiables
- 2004** Variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993–1997
 - Répercussions économiques du cancer au Canada, 1998
- 2003** Lymphomes non hodgkiniens
- 2002** Incidence du cancer chez les jeunes adultes
 - Survie relative à cinq ans au Canada, 1992
- 2001** Cancer colorectal
- 2000** Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer
- 1999** Facteurs qui contribuent au fardeau que représentent l'incidence du cancer et de la mortalité qui y est associée
 - Nouveau système national de surveillance du cancer pour le Canada
- 1998** Comparaisons internationales
- 1997** Examen des statistiques sur le cancer pour une période de dix ans
- 1996** Cancer de la prostate
 - Coûts directs du cancer au Canada, 1993
 - Évaluation de la validité des estimations : 1987–1991
- 1995** Prévalence du cancer
 - Cancer colorectal
- 1993** Cancer du sein chez la femme
- 1991** Tabagisme et cancer du poumon
 - Cancer chez les Inuits et les Indiens
- 1990** Cancer du sein et des organes génitaux chez la femme – tendances récentes
 - Maladie de Hodgkin et cancer du testicule
 - Mortalité due au cancer par quintile de revenu
 - Fardeau économique de la maladie au Canada
 - Lutte contre le cancer
- 1989** Incidence du cancer et mortalité due au cancer : une comparaison internationale
- 1988** Consommation de tabac liée à l'usage de la cigarette et mortalité due au cancer du poumon
 - Mortalité due au cancer : une comparaison internationale

Âge	Âge de la personne atteinte du cancer au moment du diagnostic ou du décès.
CIM-10	Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ⁶⁰ . Il s'agit d'un système général de classification des maladies et des causes de décès, dont le cancer.
CIM-O-3	Classification internationale des maladies – Oncologie – troisième révision ⁵⁹ . Il s'agit du système le plus actuel spécialement conçu pour classifier les tumeurs. Il repose sur la CIM-10, mais il renseigne aussi sur le point d'origine de la tumeur et sur son type morphologique.
ICCC-3	<i>International Classification of Childhood Cancer, Third Edition.</i> ¹² Ce système tient compte des différences importantes qui existent entre les types de cancer répandus chez les enfants et chez les adultes, et il est plus utile que la CIM-O-3 pour la déclaration des cancers de l'enfant.
Incidence (nouveaux cas)	Nombre total de cas de cancer nouvellement diagnostiqués au cours d'une période donnée au sein d'une population précise. Cette méthode dénombre les cancers, et non pas les personnes; une personne peut être atteinte de plus d'un cancer.
Mortalité (décès)	Nombre de décès attribuables au cancer qui surviennent dans une population donnée au cours d'une période précise, sans égard à la date du diagnostic de cancer (p. ex. durant ou avant la période étudiée, ou au moment du décès).
Prévalence (durant une période limitée)	Nombre de cas de cancer nouveaux ou préexistants ou de personnes atteintes du cancer au sein d'une population donnée qui sont en vie à une date précise (date de référence). La prévalence durant une période limitée représente le nombre de cas ou d'individus en vie à une date donnée ayant reçu un diagnostic au cours d'un certain nombre d'années (p. ex., 10).
Prévalence fondée sur le nombre de personnes	La prévalence fondée sur le nombre de personnes indique le nombre de personnes ayant reçu antérieurement un diagnostic de cancer qui sont en vie à la date de référence.
Prévalence fondée sur le nombre de tumeurs	La prévalence fondée sur le nombre de tumeurs indique le nombre de cancers parmi les personnes qui sont en vie à la date de référence.
Probabilité d'être atteint du cancer et d'en mourir	Risque pour une personne d'être atteinte du cancer ou d'en mourir au cours d'une période de sa vie. On peut la calculer comme une probabilité à vie ou pour un certain âge ou une certaine durée (p. ex., la probabilité à l'âge de 30 ans d'être atteint du cancer au cours des 10 prochaines années). Cette probabilité est habituellement exprimée en pourcentage ou par un ratio (c.-à-d. « une chance sur x »). On la calcule en appliquant les taux actuels d'incidence et de mortalité du cancer à une cohorte hypothétique de personnes exemptes de maladie au début de la plage d'âge étudiée.
Proportion de survie observée (PSO)	Proportion de patients en vie après une période donnée (p. ex., cinq ans) depuis le diagnostic.

- Province et territoire** Province ou territoire où la résidence permanente de la personne était établie au moment du diagnostic du cancer ou du décès. Cette province ou ce territoire peut différer du lieu où l'on a enregistré le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer, ou encore, où le traitement a été donné.
- Rapport de survie relative (RSR)** Une mesure de la répercussion du cancer sur l'espérance de vie du cancer sur l'espérance de vie. Il s'agit d'une estimation du rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et la survie attendue chez les membres de la population générale, chez qui le cancer étudié semble pratiquement absent et qui présentent les mêmes facteurs influant sur la survie, mis à part le cancer (p. ex. sexe, âge, lieu de résidence), que les personnes atteintes d'un cancer. Les estimations du rapport de survie relative peuvent dépasser 100 %, ce qui indique que la survie observée des personnes atteintes d'un cancer est meilleure que celle à laquelle on s'attend dans la population générale.
- Rapport de survie relative normalisé selon l'âge** Estimation de la survie, tous âges confondus, que l'on aurait observée si la répartition par âge du groupe de personnes atteintes du cancer étudié avait été identique à celle de la population type (p. ex., tous les personnes chez qui le cancer étudié a été diagnostiqué au Canada entre 1992 et 2001). La normalisation selon l'âge permet de comparer les RSR entre les provinces et les territoires ou d'une période à l'autre, indépendamment des différences dans la répartition par âge des cas de cancer.
- Survie conditionnelle** Probabilité de survivre pendant un nombre d'années additionnel, sachant que la personne a déjà survécu pendant un nombre d'années déterminé depuis le diagnostic. La survie relative conditionnelle à cinq ans exprime la probabilité de survivre pendant cinq ans dans le futur, et ce à différents moments depuis le diagnostic, par rapport à la survie attendue de personnes dans la population générale ayant des caractéristiques similaires (p. ex., sexe, âge, région de résidence).
- Taux d'incidence** Nombre de nouveaux cas de cancer (de tous les types, ou pour un siège ou type en particulier) survenant dans une population donnée au cours d'une année; il est habituellement exprimé en nombre de cancers pour 100 000 personnes à risque. On le calcule en divisant le nombre de nouveaux cas par la taille de la population, puis en multipliant par 100 000. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour certains groupes d'âge en particulier lorsqu'on parle de taux selon un âge donné.
- Taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA)** Taux d'incidence que l'on aurait relevé si la répartition par âge de la population étudiée avait été identique à celle de la population type. Il est habituellement exprimé en nombre de cas ou de décès pour 100 000 personnes à risque par année. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour un groupe d'âge élargi donné (on utilise en général des tranches d'âge de plus de dix ans). On le calcule en établissant une moyenne pondérée des taux réels selon l'âge; on utilise la proportion de personnes dans le groupe d'âge correspondant d'une population type en guise de pondération. Au Canada, la population type utilisée est la population canadienne de 1991 (hommes et femmes combinés). On réduit le risque d'effet confondant de l'âge en comparant des taux normalisés selon l'âge qui sont calculés à partir de la même population type.

- Taux de mortalité** Nombre de décès attribuables au cancer (de tous les types, ou pour un siège ou type en particulier) survenant dans une population donnée au cours d'une année; il est habituellement exprimé en nombre de cancers pour 100 000 personnes à risque. On le calcule en divisant le nombre de nouveaux décès par la taille de la population, puis en multipliant par 100 000. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour certains groupes d'âge en particulier (taux selon l'âge).
- Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)** Taux de mortalité que l'on aurait relevé si la répartition par âge de la population étudiée avait été identique à celle de la population type. Il est habituellement exprimé en nombre de cas ou de décès pour 100 000 personnes à risque par année. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour un groupe d'âge élargi donné (on utilise en général des tranches d'âge de plus de dix ans). On le calcule en établissant une moyenne pondérée des taux réels selon l'âge; on utilise la proportion de personnes dans le groupe d'âge correspondant d'une population type en guise de pondération. Au Canada, la population type utilisée est la population canadienne de 1991 (hommes et femmes combinés). On réduit le risque d'effet dû à la structure d'âge en comparant des taux normalisés selon l'âge qui sont calculés à partir de la même population type.
- Variation annuelle en pourcentage (VAP)** Changement estimé du taux de nouveaux cas (incidence) ou de décès (mortalité) d'une année à l'autre sur une période donnée, exprimé en pourcentage. On estime cette variation en appliquant un modèle linéaire aux taux annuels après transformation logarithmique, en supposant que la variation du taux au cours de la période modélisée, sous forme de pourcentage du taux de l'année antérieure, est constante.

Population type canadienne en 1991

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

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

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

1. Brisson J, Major D, Pelletier E. *Evaluation of the completeness of the Fichier des tumeurs du Québec*. Institut national de la santé publique du Québec; 2003.
2. Statistics Canada. *Population Projections for Canada, Provinces and Territories 2009 to 2036*. Catalogue no. 91-520-X. Ottawa, ON: Minister of Industry; 2010. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-eng.htm> (accessed Jan 3, 2011).
3. Health Canada. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) 2009. Available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2009-eng.php (accessed Dec 13, 2010).
4. Bray F, McCarron P, Parkin DM. *The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality*. *Breast Cancer Res* 2004;6(6):229–239.
5. Health Canada. Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) 2009. Available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/summary-sommaire-eng.php#alc (accessed Jan 3, 2011).
6. El-Serag HB, Davila JA, Petersen NJ, et al. *The continuing increase in the incidence of hepatocellular carcinoma in the United States: an update*. *Ann Intern Med* 2003;139:817–823.
7. Nordenstedt H, White DL, El-Serag HB. *The changing pattern of epidemiology in hepatocellular carcinoma*. *Dig Liver Dis* 2010 Jul;42 Suppl 3:S206–S214.
8. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. *Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial*. *N Engl J Med* 2009;360(13):1310–1319.
9. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. *Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study*. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320–1328.
10. Kent WD, Hall SF, Isotalo PA, Houlden RL, George RL, Groome PA. *Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease*. *CMAJ* 2007;177:1357–1361.
11. Oeffinger KC, Eshelman DA, Tomlinson GE, Buchanan GR, Foster BM. *Grading of late effects in young adult survivors of childhood cancer followed in an ambulatory adult setting*. *Cancer* 2000;88:1687–1695.
12. Steliarova-Foucher E, Stiller CA, Lacour B, Kaatsch P. *International classification of childhood cancer, third edition*. *Cancer* 2005;103:1457–1467.
13. 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.
14. Dickman PW, Adami HO. *Interpreting trends in cancer patient survival*. *J Int Med* 2006;260:103–117.
15. Ederer F, Axtell LM, Cutler SJ. *The relative survival rate: a statistical methodology*. *Natl Cancer Inst Monogr* 1961;6:101–121.
16. Black RJ, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Interpretation of population-based cancer survival data. In: Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, editors. *Cancer Survival in Developing Countries*. IARC Scientific Publication no. 145. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 1998.

RÉFÉRENCES

17. Brenner H, Arndt V. *Recent increase in cancer survival according to age: higher survival in all age groups but widening age gradient*. *Cancer Causes Control* 2004;15:903–910.
18. Ellison LF, Gibbons L. *Survival from cancer – up-to-date predictions using period analysis*. *Health Rep* 2006;17:19–30.
19. Ellison LF, Wilkins K. *An update on cancer survival*. *Health Rep* 2010;21(3):55–60.
20. Statistics Canada. *Cancer Survival Statistics*. Catalogue no. 82-226-X. Ottawa, ON: Minister of Industry; 2011. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-226-x/82-226-x2011001-eng.htm> (accessed Feb 15, 2011).
21. De Angelis R, Grande E, Inghelmann R, et al. *Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010*. *Tumori* 2007;93:392–397.
22. Micheli A, Mugno E, Krogh V, et al. *Cancer prevalence in European registry areas*. *Ann Oncol* 2002;13:840–865.
23. Statistics Canada. *Cancer Incidence in Canada, 2007 and 2008*. Catalogue no. 82-231-X. Ottawa, ON: Minister of Industry; 2010. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-231-x/82-231-x2009001-eng.htm> (accessed Jan 3, 2011).
24. Jessup JM, Gallick GE. *The biology of colorectal carcinoma*. *Curr Probl Cancer* 1992 Sep-Oct;16(5):261–328.
25. Center MM, Jemal A, Smith RA, Ward E. *Worldwide variations in colorectal cancer*. *CA Cancer J Clin* 2009 Nov-Dec;59(6):366–378.
26. Marchand LL. *Combined influence of genetic and dietary factors on colorectal cancer incidence in Japanese Americans*. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999(26):101–105.
27. Koyama Y, Kotake K. *Overview of colorectal cancer in Japan: report from the Registry of the Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum*. *Dis Colon Rectum* 1997 Oct;40(10 Suppl):S2–S9.
28. Green RC, Green JS, Buehler SK, Robb JD, Daftary D, Gallinger S, et al. *Very high incidence of familial colorectal cancer in Newfoundland: a comparison with Ontario and 13 other population-based studies*. *Fam Cancer* 2007;6(1):53–62.
29. Mason JB, Dickstein A, Jacques PF, Haggarty P, Selhub J, Dallal G, et al. *A temporal association between folic acid fortification and an increase in colorectal cancer rates may be illuminating important biological principles: a hypothesis*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007 Jul;16(7):1325-9.
30. Iacopetta B. *Are there two sides to colorectal cancer?* *Int J Cancer* 2002;101(5):403-8.
31. National Cancer Institute. *Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). SEER Stat Fact Sheets: Colon and Rectum*. Available at: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html#survival> (accessed Dec 13, 2010).
32. Canadian Cancer Society. *Causes of colorectal cancer*. Available at: www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Types%20of%20cancer/Causes%20of%20colorectal%20cancer.aspx?sc_lang=en (accessed Dec 13, 2010).
33. Public Health Agency of Canada. *Colorectal Cancer*. Available at: www.phacaspc.gc.ca/cd-mc/cancer/colorectal_cancer-cancer_colorectal-eng.php (accessed Dec 13, 2010).

34. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. *Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis*. Int J Cancer 2009 May 15;124(10):2406–2415.
35. Dube C, Rostom A, Lewin G, Tsertsvadze A, Barrowman N, Code C, et al. *The use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med 2007 Mar 6;146(5):365–375.
36. Rostom A, Dube C, Lewin G, Tsertsvadze A, Barrowman N, Code C, et al. *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med 2007 Mar 6;146(5):376–389.
37. Hildebrand JS, Jacobs EJ, Campbell PT, McCullough ML, Teras LR, Thun MJ, et al. *Colorectal cancer incidence and postmenopausal hormone use by type, recency, and duration in cancer prevention study II*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009 Nov;18(11):2835–2841.
38. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington, DC: American Institute for Cancer Research 2007.
39. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Eheman C, Zaubler AG, Anderson RN, et al. *Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates*. Cancer 2009 Feb 1;116(3):544–573.
40. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. *Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood*. J Natl Cancer Inst 1999 Mar 3;91(5):434–437.
41. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. *A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds*. Gut 2002 Jan;50(1):29–32.
42. Partenariat canadien contre le cancer. *Modèle de gestion des risques de cancer*. Accessible à l'adresse <http://www.cancerriskgmt.ca/> (en anglais seulement) (consulté le 18 mars 2011).
43. National Committee on Colorectal Cancer Screening. 2002 Available at: www.phacasp.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc/ (accessed Dec 13, 2010).
44. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. *Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening*. CA Cancer J Clin 2009 Jan-Feb;59(1):27–41.
45. De Grasse CE, O'Connor AM, Boulet J, Edwards N, Bryant H, Breithaupt K. *Changes in Canadian women's mammography rates since the implementation of mass screening programs*. Am J Public Health 1999 Jun;89(6):927–929.
46. *The Colon Cancer Screening in Canada survey*, commissioned by the Canadian Partnership Against Cancer's National Colorectal Cancer Screening Network. Conducted by Angus Reid Public Opinion in partnership with The Applied Health Research Centre at St. Michael's Hospital in Toronto, released January 2010.
47. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, et al. *Colorectal cancer*. Lancet 2010 Mar 20;375(9719):1030–1047.

RÉFÉRENCES

48. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. *Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD)*. *Lancet Oncol* 2008 Aug;9(8):730–756.
49. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J, Earle CC, Cummings B, McLeod R, et al. *Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline*. *BMC Cancer* 2003 Oct 6;3:26.
50. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. *Follow-up strategies for patients treated for nonmetastatic colorectal cancer*. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD002200.
51. Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST. *Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and metaanalysis of randomised trials*. *Br Med J* 2002 Apr 6;324(7341):813.
52. Sisler J, Seo B, Katz A, Shu E, Chateau D, Czaykowski P. *Using administrative data to describe adherence to colon cancer follow-up testing in Manitoba, Canada*. *J Clin Oncol* 2010;28(15 suppl):abstract 6079.
53. Cooper GS, Kou TD, Reynolds HL Jr. *Receipt of guideline-recommended follow-up in older colorectal cancer survivors: a population-based analysis*. *Cancer* 2008 Oct 15;113(8):2029–2037.
54. Cheung WY, Pond GR, Rother M, Krzyzanowska MK, Swallow C, Brierley J, et al. *Adherence to surveillance guidelines after curative resection for stage II/III colorectal cancer*. *Clin Colorectal Cancer* 2008 May;7(3):191–196.
55. Spratlin JL, Hui D, Hanson J, Butts C, Au HJ. *Community compliance with carcinoembryonic antigen: follow-up of patients with colorectal cancer*. *Clin Colorectal Cancer* 2008 Mar;7(2):118–125.
56. Grunfeld E, Earle CC. *The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship*. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010;2010(40):25–30.
57. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Colorectal Cancer Screening*. 2001. Available at: http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2001_03_eng.html (accessed Dec 13, 2010).
58. Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. *Conditional survival analyses across cancer sites*. *Health Rep* (in press).
59. Fritz A, Jack A, Parkin DM, et al., editors. *International Classification of Diseases for Oncology. Third Edition*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
60. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision*. Volumes 1 to 3. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
61. Statistics Canada. *Causes of Death*. Catalogue no. 84-208-X. Ottawa, ON: Minister of Industry; 2010. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-208-x/84-208-x2010001-eng.htm> (accessed Jan 4, 2011).
62. Statistics Canada. *Demographic Estimates Compendium 2009*. Ottawa, ON: Minister of Industry; 2009. CANSIM table 051-0001 released on November 27, 2009.
63. Millar WJ, David P. *Life Tables, Canada and the Provinces, 1990–1992*. Statistics Canada Catalogue no. 84-537-X. Ottawa, ON: Minister of Industry; 1995.
64. Duchesne D, Tully P, Thomas B, Bourbeau R. *Life Tables, Canada, Provinces and Territories, 1995–1997*. Statistics Canada Catalogue no. 84-537-X. Ottawa, ON:

- Minister of Industry; 2002. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-537-x/84-537-x1997001-eng.htm> (accessed Jan 4, 2011).
65. Statistics Canada. *Life Tables, Canada, Provinces and Territories, 2000-2002*. Catalogue no. 84-537-X. Ottawa, ON: Minister of Industry; 2006. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-537-x/84-537-x2006001-eng.htm> (accessed Jan 4, 2011).
 66. Dickman PW, Auvinen A, Voutilainen ET, Hakulinen T. *Measuring social class differences in cancer patient survival: Is it necessary to control for social class differences in general population mortality? A Finnish population-based study*. J Epidemiol Community Health 1998;52:727-734.
 67. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
 68. Seidman H, Silverberg BS, Bodden A. *Probabilities of eventually developing and dying of cancer. Risk among persons previously undiagnosed with cancer*. CA Cancer J Clin 1978;28:33-46.
 69. Brenner H, Hakulinen T. *Patients with previous cancer should not be excluded in international comparative cancer survival studies*. Int J Cancer 2007;121:2274-2278.
 70. Rosso S, De Angelis R, Ciccolallo L, et al. *Multiple tumours in survival estimates*. Eur J Cancer 2009;45:1080-1094.
 71. Ellison LF. *Measuring the effect of including multiple cancers in survival analyses using data from the Canadian Cancer Registry*. Cancer Epidemiol 2010;34:550-555.
 72. Dickman PW. *Population-based cancer survival analysis*. 2000. Available at: <http://www.pauldickman.com/book/chapter1.pdf> (accessed Jan 4, 2011).
 73. 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.
 74. Ellison LF. *An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry*. Ann Epidemiol 2006;16:191-196.
 75. Henson DE, Ries LA. *On the estimation of survival*. Semin Surg Oncol 1994;10(1):2-6.
 76. Greenwood M. *The Errors of Sampling of the Survivorship Table, Volume 33 of Reports on Public Health and Medical Subjects*. London, UK: Her Majesty's Stationery Office; 1926.
 77. Feldman AR, Kessler L, Myers MH, Naughton MD. *The prevalence of cancer. Estimates based upon the Connecticut Tumor Registry*. N Engl J Med 1986;315:1394-1397.
 78. Gail MH, Kessler L, Midthune D, Scoopa S. *Two approaches for estimating disease prevalence from population-based registries of incidence and total mortality*. Biometrics 1999;55:1137-1144.
 79. Ellison LF, Gibbons L, and the Canadian Cancer Survival Analysis Group. *Five year relative survival from prostate, breast, colorectal and lung cancer*. Health Rep 2001;13(1):23-34.
 80. Ellison LF, Wilkins K. *Cancer prevalence in the Canadian population*. Health Rep 2009;20(1):7-14.

Les données présentées dans ce rapport et des renseignements additionnels sont disponibles auprès des sources suivantes :

- ◆ Société canadienne du cancer
www.cancer.ca
- ◆ Agence de la santé publique du Canada
www.phac-aspc.gc.ca (choisir « Surveillance »)
- ◆ Statistique Canada
www.statcan.gc.ca (chercher « cancer »)

Pour obtenir des renseignements complémentaires sur la présente publication, vous pouvez consulter d'autres sources sous forme imprimée, notamment :

- ◆ des rapports de registres provinciaux et territoriaux du cancer;
- ◆ *Incidence du cancer au Canada*²³, *Statistiques sur la survie au cancer*²⁰ et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada;
- ◆ *Maladies chroniques au Canada*, publié par Santé Canada et par l'Agence de la santé publique du Canada;
- ◆ Une monographie collective intitulée *Cancer in North America: 2003–2007*, publiée par la North American Association of Central Cancer Registries en mai 2010 et disponible à l'adresse <http://www.naacr.org/DataandPublications/CINAPubs.aspx>;
- ◆ *Cancer Incidence in Five Continents*, publié par le Centre international de recherche sur le cancer en 2007 et disponible à l'adresse <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp160/index.php>.

Pour obtenir de l'information de la Société canadienne du cancer

Pour obtenir de l'information générale relative aux statistiques sur le cancer ou à toute autre question liée au cancer (p. ex. prévention, dépistage, diagnostic, traitement ou soins), il suffit de s'adresser au **Service d'information sur le cancer** de la Société canadienne du cancer au numéro **1-888-939-3333**. Une liste des bureaux nationaux et régionaux de la Société canadienne du cancer est fournie à la page 142. Les coordonnées de votre bureau local de la Société canadienne du cancer figurent dans les pages blanches du bottin téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par l'**Institut de recherche de la Société canadienne du cancer**, communiquez avec le bureau national de la Société canadienne du cancer à l'adresse indiquée à la page 142.

Information de l'Agence de la santé publique du Canada

Pour obtenir des détails sur la méthodologie employée dans le présent rapport, communiquez avec la Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9. Tél. : (613) 957-9646, téléc. : (613) 941-2057.

Surveillance du cancer en direct (www.infobase.phac-aspc.gc.ca) est un outil interactif visant à faciliter l'accès aux données de la surveillance du cancer. Il vous permet de produire des tableaux, des graphiques et des cartes à partir de différents paramètres au choix tels que le type de cancer, la région et la période.

Pour obtenir de l'information de Statistique Canada

Des tableaux de statistiques détaillées peuvent être consultés sur le site Web de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca). 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 paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, n° de catalogue 82-003 (<http://www.statcan.gc.ca/bsolc/ole-cel/ole-cel?catno=82-003-XWF&lang=fra>).

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 coordonnées aux pages 140 et 141).

Conseil canadien des registres du cancer

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

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

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

M^{me} Kim Vriends
Directrice, PEI Cancer Registry
PEI Cancer Treatment Centre
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. : (902) 894-2167
Télec. : (902) 894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

M^{me} Maureen MacIntyre
Directrice
Surveillance and Epidemiology Unit
Cancer Care Nova Scotia
1276 South Park Street
Bethune Building, Room 569
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 2Y9
Tél. : (902) 473-6084
Télec. : (902) 473-4425
www.cancercare.ns.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

D^r Eshwar Kumar et
D^r Réjean Savoie
Co-Chief Executive Officers
New Brunswick Cancer Network
Department of Health
PO Box 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Tél. : (506) 453-5521
Télec. : (506) 453-5522
www.gnb.ca/0051/cancer/index-e.asp

QUÉBEC

M^{me} Rabiâ Louchini
Pilote d'orientation
Fichier des tumeurs du Québec
Ministère de la Santé et Services sociaux
1075, Chemin Ste-Foy, 12^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1
Tél. : (418) 266-6713
Télec. : (418) 266-6779
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?fichier_des_tumeurs_du_quebec

ONTARIO

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

MANITOBA

M^{me} Gail Noonan
Directrice
Manitoba Cancer Registry
CancerCare Manitoba
675 McDermot Avenue, Room ON4025
Winnipeg (Manitoba)
R3E 0V9
Tél. : (204) 787-2573
Télec. : (204) 786-0629
www.cancercare.mb.ca

SASKATCHEWAN

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

ALBERTA

M^{me} Carol Russell
Directrice, Alberta Cancer Registry
Cross Cancer Institute
11560 University Avenue
Edmonton (Alberta)
T6G 1Z2
Tél. : (780) 432-8781
Télec. : (780) 432-8659
www.albertahealthservices.ca

YUKON

M. Paul Gudaitis
Directeur, Insured Health Services
Yukon Cancer Registry
Health Services Branch
Yukon Government
Box 2703 (H-2)
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6
Tél. : (867) 667-5202
Télec. : (867) 393-6486

COLOMBIE-BRITANNIQUE

M^{me} Sharon Tamaro
Directrice scientifique, BC Cancer
Registry
BC Cancer Agency
Cancer Control Research Unit
#2-116 — 675 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 1L3
Tél. : (604) 675-8070
Télec. : (604) 675-8180
www.bccancer.bc.ca

NUNAVUT

D^r Isaac Sobol
Directeur du registre
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut)
X0A 0H0
Tél. : (867) 975-5774 ou 5700
Télec. : (867) 975-5755 ou 5780

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

M^{me} Maria Santos
Territorial Epidemiologist
Population Health
Government of the NWT
Box 1320, 5022 49th Street
Centre Square Tower, 6th Floor
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9
Tél. : (867) 920-3241
Télec. : (867) 873-0122
www.gov.nt.ca

STATISTIQUE CANADA

M. Jeff Latimer
Directeur, Division de la statistique de la
santé Immeuble principal, pièce 2200
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Tél. : (613) 951-7030
Télec. : (613) 951-0792

Société canadienne du cancer

Bureau national

55 St. Clair Avenue West, Suite 300
Toronto, ON M4V 2Y7
Tél. : (416) 961-7223
Télééc. : (416) 961-4189
Courriel : ccs@cancer.ca
Pour en savoir plus sur le cancer :
info@cis.cancer.ca
1 888 939-3333

Division de l'Alberta et des Territoires-du-Nord-Ouest

325 Manning Road NE, Suite 200
Calgary, AB T2E 2P5
Toll-free: 1 800 661 2262
Tél. : (403) 205-3966
Télééc. : (403) 205-3979
Courriel : info@cancer.ab.ca

Division de la Colombie-Britannique et du Yukon

565 West 10th Avenue
Vancouver, BC V5Z 4J4
Toll-free: 1 800 663 2524
Tél. : (604) 872-4400
Télééc. : (604) 872-4113
Courriel : inquiries@bc.cancer.ca

Division du Manitoba

193 Sherbrook Street
Winnipeg, MB R3C 2B7
Tél. : (204) 774-7483
Télééc. : (204) 774-7500
Courriel : info@mb.cancer.ca

Division du Nouveau-Brunswick

PO Box 2089
133 Prince William Street, Suite 201
Saint John, NB E2L 3T5
Tél. : (506) 634-6272
Télééc. : (506) 634-3808
Courriel : ccsnb@nb.cancer.ca

Division de Terre-Neuve-et-Labrador

PO Box 8921
Daffodil Place
70 Ropewalk Lane
St. John's, NL A1B 3R9
Toll-free: 1 888 753 6520
Tél. : (709) 753-6520
Télééc. : (709) 753-9314
Courriel : ccs@nl.cancer.ca

Division de la Nouvelle-Écosse

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

Division de l'Ontario

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

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

1 Rochford Street, Suite 1
Charlottetown, PE C1A 9L2
Tél. : (902) 566-4007
Télééc. : (902) 628-8281
Courriel : info@pei.cancer.ca

Division du Québec

5151 de l'Assomption Blvd.
Montreal, QC H1T 4A9
Tél. : (514) 255-5151
Télééc. : (514) 255-2808
Courriel : info@sic.cancer.ca

Division de la Saskatchewan

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

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Vous pouvez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires concernant le contenu du présent rapport nous serviront à préparer les éditions futures. Veuillez remplir le formulaire et nous le retourner à l'adresse suivante :

Statistiques canadiennes sur le cancer
Bureau national de la Société canadienne du cancer
55 St. Clair Ave., Suite 300
Toronto (Ontario) M4V 2Y7

Ce formulaire ainsi que le bon de commande sont aussi accessibles à l'adresse http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics.aspx?sc_lang=fr-ca

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*.

	Inutile	Un peu utile	Très utile
Faits saillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence du cancer et mortalité par cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité selon la province	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances de l'incidence et de la mortalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence, mortalité et survie chez les enfants et les jeunes (0 à 19 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Survie relative à cinq ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévalence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet particulier : le cancer colorectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

3. Quelles figures et/ou 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 2012). Veillez écrire en lettres moulées.

Nom : _____

Titre : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Tim Catterall

En novembre 2004, Tim Catterall, pompier du Service d'incendie de Burlington, en Ontario, a reçu un diagnostic de leucémie lymphoïde chronique. Il a pris le taureau par les cornes et a créé l'association Firefighters Against Cancers Existence (Pompiers contre le cancer).

Photographe : Caitlin den Boer

Deanne

Malgré un diagnostic de lymphome hodgkinien reçu à l'âge de 26 ans, Deanne n'a rien perdu de sa volonté de vivre. À la blague, elle explique pourquoi : « Je ne suis pas prête à mourir : je n'ai pas encore trouvé la teinte parfaite de vernis à ongles mauve! »

Photographe : Sheilagh O'Leary

Eddie

Le photographe Larry Frank était aussi le bénévole du programme de soutien affectif qui s'occupait d'Eddie. Ils se sont rencontrés dans le cadre du programme Cancer Connection/Cancer J'écoute de la Société canadienne du cancer. Ils se sont parlé régulièrement pendant les deux ans qui ont suivi le diagnostic de cancer d'Eddie, son opération et ses séances de radiothérapie. Aujourd'hui, Eddie est en bonne santé qui se réjouit à l'idée de mener une vie normale avec sa femme, Tara, et sa petite fille.

Photographe : Larry Frank

Dan Blackburn

La photographe a pris cette photo de son oncle Dan, un passionné de cuisine, alors qu'il était assis en toute quiétude à la table de sa cuisine en décembre 2007. Deux ans plus tôt, il avait reçu un diagnostic de cancer du côlon et suivait à cette époque un traitement de chimiothérapie. Il est malheureusement mort en mars 2008.

Photographe : Kendra Vamplew

Evan Pickard

Pendant son combat contre le cancer, Evan Pickard ouvrait constamment son cœur aux autres et faisait rire tout le monde. Il est décédé en avril 2007, laissant derrière lui d'innombrables cœurs que sa générosité avait tant touchés.

Photographe : Jennifer Globush

Francilla Charles

Francilla Charles a reçu à deux reprises un diagnostic de cancer du pancréas, auquel elle tient tête depuis plus de dix ans. Aujourd'hui diabétique, elle ne cesse d'inspirer et d'étonner sa fille, la photographe Michele Clarke.

Photographe : Michele Clarke

Des questions sur le cancer?

Pour en savoir plus sur le cancer, appelez le Service d'information sur le cancer

1 888 939-3333

Du lundi au vendredi, 9 h à 18 h

Distribué par :



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society



113-304