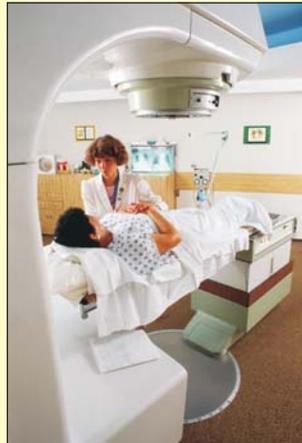


Le cancer au Nouveau-Brunswick 1997 à 2001



Nouveau  Brunswick

Santé et Mieux-être
2004

LE CANCER AU NOUVEAU-BRUNSWICK 1997-2001

Je tiens à remercier les personnes suivantes pour la préparation de ce rapport :

Service provincial d'épidémiologie :
D^r. Jian Liu (coordonnateur de projet)
Wilfred Pilgrim
Suzanne Leonfellner
Wayne A.W. Casey
Carolyn Galvin

Registre provincial du cancer :
Roberta Bourque
Maurice Levesque

Il s'agit d'un deuxième rapport de cancer au Nouveau-Brunswick et couvre la période de 1997 à 2001.

J'espère que l'information contenue dans ce rapport vous sera utile. Je vous invite à nous soumettre vos commentaires et vos suggestions sur les moyens de l'améliorer. Un formulaire d'évaluation est inclus pour fournir la rétroaction.



D^r. B. Christofer Balram
Epidémiologiste provincial
Directeur, Service provincial d'épidémiologie et
Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Service provincial d'épidémiologie
Ministère de la Santé et du Mieux-être
C.P. 5100
520 rue King
Place Carleton, 2^e étage
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8
Téléphone : (506) 453-3092
Télécopieur : (506) 453-2780

Ce rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante :
<http://www.gnb.ca>, mot-clé : Santé.

ISBN : 1-55396-230-3



FAITS SAILLANTS

Incidence du cancer et taux de mortalité

- ⇒ Environ 15 000 personnes ou 2 % de la population du Nouveau-Brunswick vivaient avec le cancer en 2001 et 3 500 nouveaux cas de cancer infiltrant sont diagnostiqués chaque année (page 1).
- ⇒ Le cancer du poumon et le cancer colorectal, chez les hommes et les femmes, ainsi que le cancer du sein chez les femmes et le cancer de la prostate chez les hommes étaient les sièges de cancer les plus répandus. Entre 1997 et 2001, ces sièges représentaient 59 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les hommes et 56 % chez les femmes (page 7 et 10).
- ⇒ Chez les hommes, le cancer de la prostate était le siège de cancer le plus commun, représentant à lui seul 27 % des nouveaux cas diagnostiqués entre 1997 et 2001. Le cancer du sein était le siège de cancer le plus commun chez les femmes, correspondant à 29 % des nouveaux cas diagnostiqués pendant la même période (page 7 et 10).
- ⇒ Le cancer du poumon était la cause principale de décès tant chez les hommes que chez les femmes. Le décès d'un homme sur trois et d'une femme sur cinq était attribuable à ce cancer (page 11-12).

Répartition du cancer selon l'âge et le sexe

- ⇒ Chez les hommes, 76 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués et 83 % des décès causés par le cancer se sont manifestés après l'âge de 60 ans. Chez les femmes, 65 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués et 80 % des décès causés par le cancer se sont manifestés après l'âge de 60 ans (page 14).
- ⇒ La leucémie, le cancer du cerveau et la maladie de Hodgkin étaient les principaux sièges de cancer chez les moins de 19 ans. Ces sièges représentaient environ 63 % de tous les cancers diagnostiqués chez les garçons et 49 % chez les filles faisant partie de cette catégorie d'âge entre 1992 et 2001 (page 17).

Répartition régionale du cancer

- ⇒ Le classement des sièges ou types de cancer par taux d'incidence et de mortalité montre que les trois sièges présentant les taux les plus élevés de la province (cancers de la prostate, du poumon et colorectal chez les hommes, ainsi que cancers du sein, du poumon et colorectal chez les femmes) étaient également les trois plus élevés de toutes les régions (page 19-20).
- ⇒ Les taux d'incidence normalisés selon l'âge les plus élevés du cancer de la prostate ont été observés dans la région 5 (158,4 cas par 100 000 personnes) et la région 6 (162,0 cas par 100 000 personnes). Dans chacune de ces régions, les taux d'incidence et de mortalité étaient plus élevés que dans l'ensemble de la province (figure 11, page 20).



FAITS SAILLANTS

- ⇒ Les taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du sein chez les femmes au Nouveau-Brunswick étaient comparables aux taux enregistrés à l'échelle nationale. Les taux d'incidence étaient plus élevés dans les régions 1, 2 et 3 que dans les régions 4, 5, 6 et 7 (figure 12, page 20).
- ⇒ Chez les hommes, les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du poumon dans tous les régions étaient plus élevés que les taux nationaux. Les taux d'incidence variaient de 90,0 cas par 100 000 personnes dans la région 1 à 108,8 cas par 100 000 personnes dans la région 7. Les taux de mortalité variaient de 78,1 décès par 100 000 personnes dans la région 1 à 101,3 décès par 100 000 personnes dans la région 4 (figure 13, pages 20-21).
- ⇒ Chez les femmes, les taux d'incidence les plus élevés du cancer du poumon normalisés selon l'âge se trouvaient dans les régions 1, 2, 5 et 7. De plus, les taux de mortalité les plus élevés du cancer du poumon normalisés selon l'âge se situaient dans les régions 2 et 5. Ces taux d'incidence et de mortalité étaient plus élevés que les taux à l'échelle nationale pour le cancer du poumon (figure 14, pages 21).

Tendances au niveau du cancer au Nouveau Brunswick

- ⇒ Chez les hommes et les femmes, les taux d'incidence de l'ensemble des sièges ou types de cancer ont augmenté depuis 1989 et ont suivi les tendances nationales. Ces augmentations étaient grandement attribuables au cancer de la prostate chez les hommes ainsi qu'au cancer du sein et du poumon chez les femmes. Les taux d'incidence de l'ensemble des sièges ou types de cancer chez les hommes étaient sensiblement plus élevés que les taux à l'échelle nationale (figure 31, page 32).
- ⇒ Les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges ou types de cancer ont diminué tant chez les hommes que chez les femmes (variation annuelle moyenne des taux : hommes -0,36 %, femmes -0,41 %). Les taux de mortalité de l'ensemble des sièges ou types de cancer étaient plus élevés que les taux à l'échelle nationale (figure 32, page 32).
- ⇒ Les taux d'incidence du lymphome non hodgkinien ont augmenté de façon importante tant chez les hommes que chez les femmes, les hommes ayant connu une augmentation annuelle moyenne de 2,7 % et les femmes, une augmentation annuelle moyenne de 3,5 % (figures 39 et 40, page 35).
- ⇒ Les taux d'incidence du cancer de la thyroïde chez les femmes ont présenté une tendance à la hausse avec une augmentation annuelle moyenne de 6,6 % (page 36 et 37).
- ⇒ La variation annuelle moyenne des taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer du poumon chez les femmes a beaucoup augmenté entre 1989 et 2001, tandis que la même variation chez les hommes a sensiblement diminué (figures 41 et 42, page 36 et 37).



FAITS SAILLANTS

Taux de survie

- ⇒ Les taux de survie relatifs à cinq ans pour les trois principaux sièges ou types de cancer tant chez les hommes que chez les femmes étaient les plus élevés chez les patients ayant un cancer de la prostate (98,4 %) ou du sein (88,9 %), suivis des patients souffrant d'un cancer colorectal (62,8 % pour les hommes et 62,9 % pour les femmes), puis de ceux qui ont un cancer du poumon (14,8 % pour les hommes et 22,6 % pour les femmes) (figures 43 et 44, page 37).
- ⇒ Les taux de survie des personnes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué dans les premiers stades de la maladie étaient beaucoup plus élevés que ceux des personnes atteintes d'un stade très avancé de la maladie (figure 45, pages 38-39).

Prévisions

- ⇒ Il est prévu que les taux d'incidence de l'ensemble des sièges ou types de cancer augmenteront de 23 % au cours des dix prochaines années (26 % chez les femmes et 20 % chez les hommes) (page 39).



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS.....	ii
INTRODUCTION.....	1
<i>Registre du cancer du Nouveau-Brunswick - Un peu d'histoire.....</i>	<i>1</i>
<i>Registre du cancer du Nouveau-Brunswick - Gestion et organisation.....</i>	<i>2</i>
<i>But du rapport.....</i>	<i>3</i>
MÉTHODES.....	4
<i>Sources des données.....</i>	<i>4</i>
<i>Critères de groupement.....</i>	<i>4</i>
<i>Répartition du cancer.....</i>	<i>4</i>
<i>Variation annuelle moyenne des taux.....</i>	<i>4</i>
<i>Prévisions.....</i>	<i>5</i>
<i>Analyses du taux de survie relatif.....</i>	<i>5</i>
<i>States du cancer du sein.....</i>	<i>6</i>
<i>Qualité des données.....</i>	<i>6</i>
RÉSULTATS.....	7
PROFIL DE L'INCIDENCE DU CANCER.....	7
PROFIL DE LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE AU CANCER.....	10
RÉPARTITION DU CANCER SELON L'ÂGE ET LE SEXE.....	14
<i>Tous les sièges ou types de cancer.....</i>	<i>14</i>
<i>Taux d'incidence des trois principaux sièges ou types de cancer selon le sexe.....</i>	<i>14</i>
<i>Taux de mortalité des trois principaux sièges ou types de cancer selon le sexe.....</i>	<i>15</i>
<i>Cancer chez les enfants et les adolescents.....</i>	<i>17</i>
RÉPARTITION RÉGIONALE DU CANCER.....	18
<i>Démographie régionale de la population.....</i>	<i>18</i>
<i>Classement du cancer selon la région sanitaire.....</i>	<i>18</i>
Cancer de la prostate.....	20
Cancer du sein.....	20
Cancer du poumon.....	20
Cancer colorectal.....	21
Cancer de la vessie.....	22
Cancer du corps utérin.....	22
Lymphome non hodgkinien (LNH).....	22
Cancer du pancréas.....	23
<i>Fréquence du cancer.....</i>	<i>23</i>
TENDANCES AU NIVEAU DU CANCER AU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	32
<i>Tous les sièges ou types de cancer.....</i>	<i>32</i>
<i>Sièges ou types de cancer les plus courants.....</i>	<i>33</i>
Cancer de la prostate.....	33
Cancers du poumon et colorectal.....	33
Cancer du sein.....	34
Cancers du corps utérin, du col utérin et de l'ovaire.....	34



TABLE DES MATIÈRES

Lymphome non hodgkinien.....	35
<i>Changements importants touchant les taux des sièges ou types de cancer précisés de 1989 à 2001.....</i>	<i>35</i>
TAUX DE SURVIE.....	37
<i>Taux de survie par stade relatif au cancer du sein.....</i>	<i>38</i>
PRÉVISIONS.....	39
RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXE A.....	46
ANNEXE B.....	47
ANNEXE C.....	48
ANNEXE D.....	50
ANNEXE E.....	53
LISTE DES GRAPHIQUES, DES TABLEAUX, ET DES CARTES.....	54
LISTES DES FIGURES.....	55
GLOSSAIRE.....	59
AUTRES REMERCIEMENTS.....	62
FORMULAIRE D'ÉVALUATION.....	63



INTRODUCTION

Le *cancer** est la deuxième cause principale de décès au Nouveau-Brunswick.^{1,2,3} Dans la province, un décès sur quatre est entraîné par le cancer. Entre 1997 et 2001, il y a eu environ 3 500 nouveaux cas de *cancer infiltrant* et environ 1 700 décès causés par cette maladie chaque année. Le rapport de 2003 de l'Institut national du cancer du Canada, « Statistiques canadiennes sur le cancer 2003 », a indiqué que le Nouveau-Brunswick occupe le deuxième rang au pays pour ce qui est des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges ou types de cancer pour les hommes, et occupe le quatrième rang pour les femmes.⁴

Les décès entraînés par l'ensemble des sièges ou types de cancer sont la cause principale d'*années potentielles de vie perdues* au Canada et dans les provinces de l'Atlantique. En 1996 dans les provinces de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick avait le taux le plus élevé d'années potentielles de vie perdues en raison du cancer chez les hommes.⁵

Selon le document, « L'état de santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises : Quatrième rapport 1994-1998 », il y a cinq sièges ou types de cancer qui sont classés parmi les 15 causes principales d'années potentielles de vie perdues chez les hommes canadiens, notamment : cancers de la trachée, des bronches et du poumon; cancer colorectal; cancer du système lymphoïde; cancer du cerveau et la leucémie. Le nombre total d'années potentielles de vie perdues en raison du cancer chez les hommes était de 1 112 années par 100 000 personnes.⁶

Chez les Canadiennes, sept des 15 principales causes d'années potentielles de vie perdues étaient : cancer du sein; cancers de la trachée, des bronches et du poumon; cancer colorectal; cancer de l'ovaire; cancer du système lymphoïde; cancer

du cerveau et la leucémie. Le nombre total d'années potentielles de vie perdues en raison de ces types de cancer chez les *Néo-Brunswickoises* était de 1 083 par 100 000 personnes.⁶

Au Nouveau-Brunswick en 2001, environ 15 000 personnes ou 2 % de la population étaient atteints du cancer (annexe A). Soixante-dix pour cent des nouveaux cas étaient des personnes âgées de 60 ans et plus. À mesure que la population du Nouveau-Brunswick vieillira, plus le nombre de personnes atteintes du cancer et recevant des traitements augmentera. Cela créera un fardeau encore plus lourd pour le système de soins de santé, les familles, les communautés et la société.

La gestion d'une maladie aussi grave exige la mise en place d'une stratégie coordonnée sur le cancer qui comprendrait la collecte de données sur le cancer, des analyses et la communication des résultats. Dans ce rapport, le Service provincial d'épidémiologie du Nouveau-Brunswick a analysé les données recueillies par le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick et le bureau des *Statistiques de l'état civil* du Nouveau-Brunswick pour pouvoir faire état de l'incidence du cancer dans la province selon la répartition démographique, les tendances historique, les *taux de survie* et les prévisions.

Registre du cancer du Nouveau-Brunswick – Un peu d'histoire

Les origines du *Registre du cancer du Nouveau-Brunswick* remontent à 1952, époque où l'on a commencé à conserver des dossiers sur les personnes atteintes du cancer au Nouveau-Brunswick. L'information contenue dans le registre comprend des données démographiques et des renseignements précis sur les tumeurs dans le cas des cancers à déclaration obligatoire en vertu du Registre canadien du cancer (RCC). Compte tenu du fait qu'une personne atteinte d'un cancer peut être atteinte d'autres types de cancer,

* La première fois qu'ils paraissent dans le texte, les termes du glossaire sont en italique. On peut trouver le glossaire à la page 59.



INTRODUCTION

le Registre du cancer permet le signalement de plus d'une tumeur primitive par personne. Le RCC a élaboré des lignes directrices traitant de la façon de compter les tumeurs primaires multiples.⁷

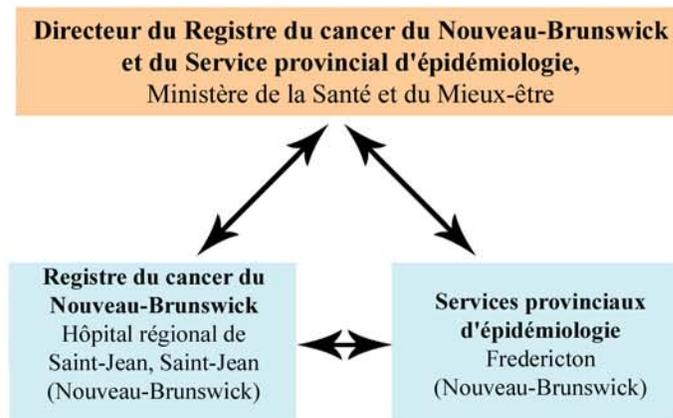
À l'origine, le registre se trouvait à l'hôpital général de Saint-Jean et était administré par celui-ci. Il s'agissait du seul hôpital au Nouveau-Brunswick offrant de la radiothérapie avant l'ouverture, en 1993, du centre d'oncologie de l'hôpital D'-Georges-L.-Dumont, à Moncton. Le registre a ensuite été déménagé au nouvel hôpital régional de Saint-Jean qui a ouvert ses portes en juillet 1982. En avril 1992, les responsabilités quotidiennes du registre ont été confiées au ministère de la Santé et des Services communautaires, qui en assure également le financement. Depuis 1992, le ministère, en collaboration avec le gouvernement fédéral, a entrepris un programme visant la mise à jour et l'informatisation du registre.

Avant 1988, toutes les données étaient consignées sur des fiches. Un système de consignation informatisé a été mis en place en 1989. Le paragraphe 21(1) du règlement 92-84 de la « *Loi sur les services hospitaliers* » du Nouveau-Brunswick a permis aux régions régionales de la santé de fournir des renseignements précis sur les patients au Registre du cancer du Nouveau-Brunswick. Les sources de données sont les suivantes : rapports de laboratoires régionaux, cliniques de radiothérapie, rapports d'autopsie, registres de décès et rapports d'autres registres provinciaux du cancer.

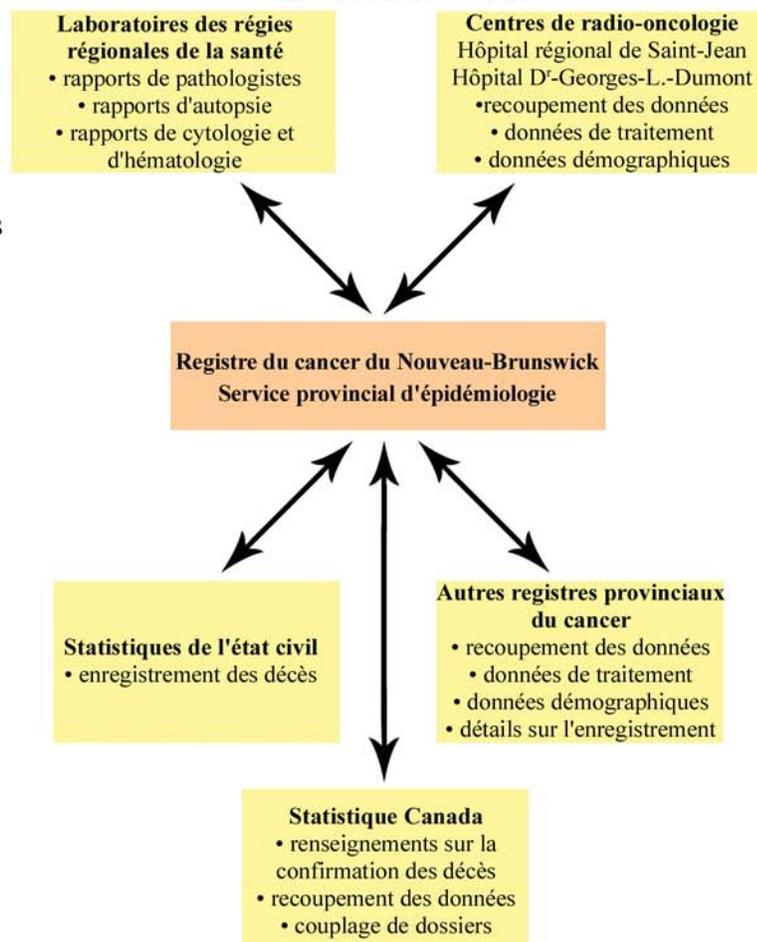
Registre du cancer du Nouveau-Brunswick – Gestion et organisation

Le directeur du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick est également le directeur du Service provincial d'épidémiologie. Le personnel du Registre est responsable des tâches quotidiennes

Graphique 1 Organisation interne du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick



Graphique 2 Collecte de données sur le cancer au Nouveau-Brunswick



INTRODUCTION



Photo fournie par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique.

du Registre (graphique 1). Les agents du programme d'épidémiologie du bureau central, à Fredericton, servent de liaison entre le Registre et plusieurs parties internes et externes, telles que Statistique Canada, les laboratoires des régions régionales de la santé (RRS) ou les centres de radiothérapie (graphique 2). Tous les avis et les rapports s'y rattachant passent par le Registre du cancer situé à Saint-Jean. Le partage des données avec des parties de l'extérieur se fait aussi. Il s'agit habituellement de données sur des personnes fournies à des cliniciens aux fins de traitement ou de soins prodigués aux patients. Des rapports sommaires sur la population de personnes atteintes du cancer sont aussi fournis à des sources extérieures.

But du rapport

Le but de ce rapport est de fournir des renseignements importants sur le cancer à la population, aux professionnels des soins de santé, aux chercheurs, aux administrateurs et aux responsables des politiques en matière des soins de santé. Il se peut qu'il permette de mieux comprendre les taux de succès relatifs des différents traitements de cancer et des programmes de dépistage, qu'il favorise le développement de

traitements plus énergiques ainsi que des mesures préventives permettant de prolonger la vie et qu'il favorise la réduction de l'incidence du cancer au sein de la population. Il contient des renseignements pouvant servir aux régions régionales de la santé dans le cadre de la planification et de l'évaluation de leurs services reliés au cancer, notamment en ce qui concerne l'affectation des ressources.

Les renseignements suivants figurent dans ce rapport :

- taux de cancer bruts et *taux normalisés selon l'âge* pour la période allant de 1997 à 2001 (avec *intervalles de confiance*);
- tendances au niveau de l'incidence et de la mortalité attribuables au cancer de 1989 à 2001;
- estimations du temps de survie pour les deux sexes en ce qui concerne les cancers de la trachée, des bronches et du poumon* et le cancer colorectal† et estimations propres aux hommes et aux femmes pour ce qui est des cancers de la prostate et du sein;
- le fardeau découlant du *nombre total de nouveaux cas* de cancer et de décès prévus d'ici 2006 et 2011;
- incidence de *cancer chez les enfants et les adolescents* (de 0 à 19 ans).



Photo fournie par la Régie régionale de la santé Sud-Est.

* Dans le reste du document, le cancer du poumon englobera les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (annexe C).

† Le cancer colorectal englobe les cancers du colon, du rectum, recto-sigmoïde et de l'anus (annexe C).



MÉTHODES

Sources des données

Les données relatives à la mortalité et à l'incidence du cancer se limitent aux résidents du Nouveau-Brunswick. Les données utilisées dans le cadre du présent rapport proviennent :

1. du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick;*
2. des Statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick;†
3. des données relatives à la population (estimations intercensitaires et postcensitaires) obtenues de Statistique Canada.

Critères de groupement

Tout comme le premier rapport sur le cancer publié par le gouvernement du Nouveau-Brunswick, « Cas de cancer au Nouveau-Brunswick 1992 à 1996 »,¹ le présent rapport se concentre sur les sièges ou types malins primaires ou les sièges ou types de cancer infiltrant, qui n'englobent pas les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires de la peau. Les carcinomes basocellulaires représentent le type de cancer le plus courant chez les humains; ils sont d'ailleurs quatre à cinq fois plus courant que les carcinomes spinocellulaires de la peau. Dans l'ensemble, le cancer de la peau sans mélanome reçoit un pronostic positif et peut presque toujours être traité par visée curative.⁸

Les taux d'incidence et de mortalité ont été regroupés selon les tableaux *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)* des annexes C et D.⁹ Ces tableaux offrent un mode de regroupement fiable, puisque le système de codage morphologique (utilisé pour déterminer l'incidence du cancer) a subi des changements importants dans

* Le Registre du cancer est dynamique, c'est-à-dire qu'il est constamment mis à jour à mesure que de nouvelles données sont reçues. Les données utilisées dans ce rapport datent du 26 mai 2003.

† La direction des Statistiques de l'état civil met sa base de données à jour dans le cas des décès qui se produisent à l'extérieur de la province à mesure qu'elle reçoit les renseignements pertinents. Au moment où les données ont été demandées aux fins du présent rapport, la plupart des mises à jour avaient été effectuées jusqu'à l'année 2000, mais d'autres modifications étaient prévues pour les données de 2001. Par conséquent, les données de 2001 sur la mortalité pourraient subir de légères modifications. Cependant, à la suite de l'étude des dossiers antérieurs, le nombre de décès survenus à l'extérieur de la province était faible.

la conversion de *CIM-O-2* à *CIM-O-3*. Il en est de même pour le système de codage diagnostique (utilisé pour désigner les taux de mortalité liés au cancer) dans la conversion de *CIM-9* à *CIM-10*. Bien que la période analysée dans le cadre de ce rapport soit de 1997 à 2001, les données d'une période de dix ans (de 1992 à 2001) ont été utilisées pour les cancers chez les enfants et les adolescents afin de maintenir la stabilité statistique.

Répartition du cancer

Les taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer sont présentés sous forme de taux normalisés selon l'âge ainsi que de *taux bruts*. Les estimations postcensitaires de la population canadienne, datant du 1^{er} juillet 1991, ont été utilisées pour normaliser les âges. Les taux de cancer normalisés selon l'âge permettent des comparaisons significatives sur des périodes de temps et des régions géographiques, tandis que les taux de cancer bruts affichent les résultats réels aux fins de planification et de gestion des soins de santé. Les estimations des écarts ont été calculées d'après la supposition que les *taux selon l'âge* (nombre de nouveaux cas relevés ou nombre de décès) étaient des occurrences par hasard selon la loi de Poisson et que des intervalles de confiance de 95 pour cent ont été utilisés pour estimer l'incertitude relative aux taux observés. Les comparaisons de l'incidence et de la mortalité dans les régions pour des sièges ou types de cancer courants ont été présentées dans des figures et des tableaux; des figures affichant la répartition des taux d'incidence et de mortalité pour des sièges ou types de cancer précis, par sexe, ont été créées pour chaque région*.

Variation annuelle moyenne des taux

La variation annuelle moyenne en pourcentage

* Les sièges ou types de cancer ont été sélectionnés en fonction des dix principaux sièges ou types de cancer de chaque région, à l'exclusion de la catégorie « Autres localisations, localisations mal définies et inconnues », ce qui correspond à la méthodologie utilisée par d'autres provinces canadiennes.



MÉTHODES

(VAMP) des taux d'incidence et de mortalité pour les sièges ou types de cancer précisés a été calculée pour l'ensemble de la province. Un modèle de régression linéaire a permis la transformation logarithmique des taux normalisés selon l'âge, ce qui laisse présumer un rythme constant de variation. La courbe résultant de l'ajustement a été retransformée et exprimée en tant qu'augmentation ou diminution en pourcentage du taux normalisé selon l'âge d'incidence ou de mortalité attribuable au cancer pendant la période de 1989 à 2001.

Prévisions

Les prévisions des taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer pour les années 2006 et 2011 ont été calculées à l'aide d'un modèle de régression de moindres carrés pondéré. Les pondérations du modèle étaient l'inverse des écarts estimés des taux.¹⁰ Les prévisions relatives au nombre de nouveaux cas et au *nombre de décès* attribuables au cancer ont été extrapolées à partir d'une régression linéaire des tendances temporelles, et les estimations des écarts ont été obtenues en tenant compte d'une supposition de la loi de Poisson. Les sièges ou types de cancer précisés ont été estimés à l'aide de données de 1989 à 2001.

Analyses du taux de survie relatif

Des analyses du taux de survie relatif, fondées sur la méthode des analyses par période¹¹, ont été appliquées aux patients chez qui on a diagnostiqué un cancer infiltrant primaire entre 1992 et 1996. Cette méthode a permis le calcul d'estimations plus à jour du taux de survie prolongée des patients comparativement aux méthodes traditionnelles.¹² En raison de la faible population du Nouveau-Brunswick, une période de cinq ans a été utilisée afin de produire des estimations de survie stables et fiables; les analyses ont été axées seulement sur les sièges ou types de cancer les plus courants, c'est-à-dire les cancers du poumon, colorectal, du sein (chez les

femmes) et de la prostate. Les rapports ont été exclus des analyses lorsque (a) l'année de naissance ou de décès était inconnue, (b) l'âge au moment du diagnostic était inférieur à 20 ans (sauf pour les cas de cancer du sein chez les femmes, qui englobaient toutes les femmes âgées de 15 ans et plus), (c) le diagnostic a été établi par autopsie ou certificat de décès seulement et (d) le diagnostic a été effectué avant 1992. En outre, dans le cas de patients chez qui on a diagnostiqué plusieurs tumeurs invasives, seuls les rapports affichant la première date de diagnostic ont été retenus pour l'analyse.¹³

Le taux de survie relatif compare le taux de survie observé pour un groupe de patients atteints de cancer avec le taux de survie prévu pour les membres de la population générale qui possèdent les mêmes caractéristiques que le groupe de patients atteints de cancer, telles que le sexe et le *groupe d'âge*.¹³ Le taux de survie relatif constitue donc un ratio entre le taux de survie observé d'un groupe de patients atteints de cancer et le taux de survie prévu d'un groupe comparable de la même génération.

Le taux de survie relatif à cinq ans a été déterminé en fonction du type de tumeur, de l'âge, et du sexe. Pour le cancer du sein chez les femmes, le *stade* au moment du diagnostic a été aussi déterminé. Le temps de survie observé a été calculé comme étant la différence, en jours, entre la date du diagnostic et la date de la dernière observation.[†]

Le temps de survie prévu a été calculé pour chaque âge, jusqu'à 86 ans, à partir de tables de survie provinciales propres à chaque sexe et fournies par Statistique Canada. À l'aide de la méthode proposée par Dickman et coll.,¹⁴ ces tables de survie ont été étendues jusqu'à l'âge de 99 ans.

[†] Pour effectuer le calcul, on a utilisé la date de décès ou la fin de février 2003, selon la première de ces dates.



MÉTHODES

Pour estimer la période de survie prévue pour chaque personne, on a utilisé la formule Ederer II,¹⁵ et la table de mortalité de 1994 a servi à estimer la probabilité de survie prévue pour la période de 1992 à 1996. Le rapport de survie estimé est habituellement distribué en fonction de la valeur réelle avec un écart estimé calculé à partir du carré de l'erreur standard¹⁶, qui fournit une indication du niveau d'incertitude statistique des rapports de survie estimés, mais ne représente pas la gamme de pronostics possibles pour un patient donné.

La marge de l'intervalle de confiance (IC) reflète le degré de précision des taux calculés; ainsi, un IC plus restreint est plus précis. Les taux ayant un IC plus large sont généralement instables et communs dans les études comptant un petit nombre de cas observés.



Photo fournie par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Stades du cancer du sein

Le présent rapport met un accent principalement sur les stades relatifs au cancer du sein. L'objectif visé était de transmettre des renseignements précieux afin d'évaluer l'importance du dépistage précoce et de l'amélioration des traitements du cancer du sein en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées à ce cancer.

Le stade au moment du diagnostic et le taux de

survie par stade ont été décrits pour les femmes atteintes de cancer du sein au Nouveau-Brunswick. Le personnel du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick consulte le manuel de stadification du cancer de l'AJCC (American Joint Cancer Committee) pour attribuer aux cancers les codes T (tumeur), N (ganglion lymphatique) et M (métastase). Les données sur la taille de la tumeur et sur l'état du ganglion lymphatique étaient facilement accessibles dans tous les cas. En revanche, les données sur la métastase à distance (M) n'étaient pas systématiquement accessibles dans de nombreux cas; le composant M affichait donc la mention Inconnu. Ce système de classification décrit l'étendu de la maladie au moment du diagnostic. Les données sur l'étendue de la maladie proviennent principalement des rapports de pathologie produits et acheminés par chaque laboratoire des régies régionales de la santé au Registre du cancer du Nouveau-Brunswick. Les données sont regroupées selon la catégorie Pathologie (pTNM), qui s'applique aux *carcinomes* infiltrants, micro-invasifs et *in situ*.

Qualité des données

Le Registre canadien du cancer (RCC) fournit des rapports sur la qualité des données en vue d'obtenir une rétroaction sur la qualité des données soumises chaque année par l'entremise du système de modification de base du RCC (annexe E).

Les données sont également acheminées à la North American Association of Central Cancer Registries (NAACCR) aux fins d'échange d'information. La NAACCR, association créée dans le but d'améliorer la qualité et l'utilisation des données emmagasinées dans les registres sur le cancer, a attribué un certificat argent au Registre du cancer du Nouveau-Brunswick en 1997, 1998, 1999 et 2000, ainsi qu'un certificat or en 2001. Cette certification des registres est accordée en fonction de la qualité, de l'exhaustivité et de l'opportunité des données.



RÉSULTATS : Profil de l'incidence du cancer

Profil de l'incidence du cancer

Au total, 17 646 personnes au Nouveau-Brunswick ont été atteintes de cancer infiltrant entre 1997 et 2001 (figure 1).

Environ 3 500 Néo-Brunswickois ont été atteints d'un nouveau cancer chaque année de 1997 à 2001. L'incidence totale de l'ensemble des sièges ou types de cancer était plus élevée pour les hommes (9 460) que pour les femmes (8 186). Même à l'exclusion des sièges propres à chaque sexe (systèmes génitaux et seins), plus d'hommes (6 772) étaient atteints de cancer que de femmes (4 893) (tableaux 1 et 2). Ce résultat s'explique surtout par le fait que considérablement plus d'hommes étaient atteints de tous les *sièges de cancer*, exception faite des glandes endocrines, où plus de femmes étaient touchées.

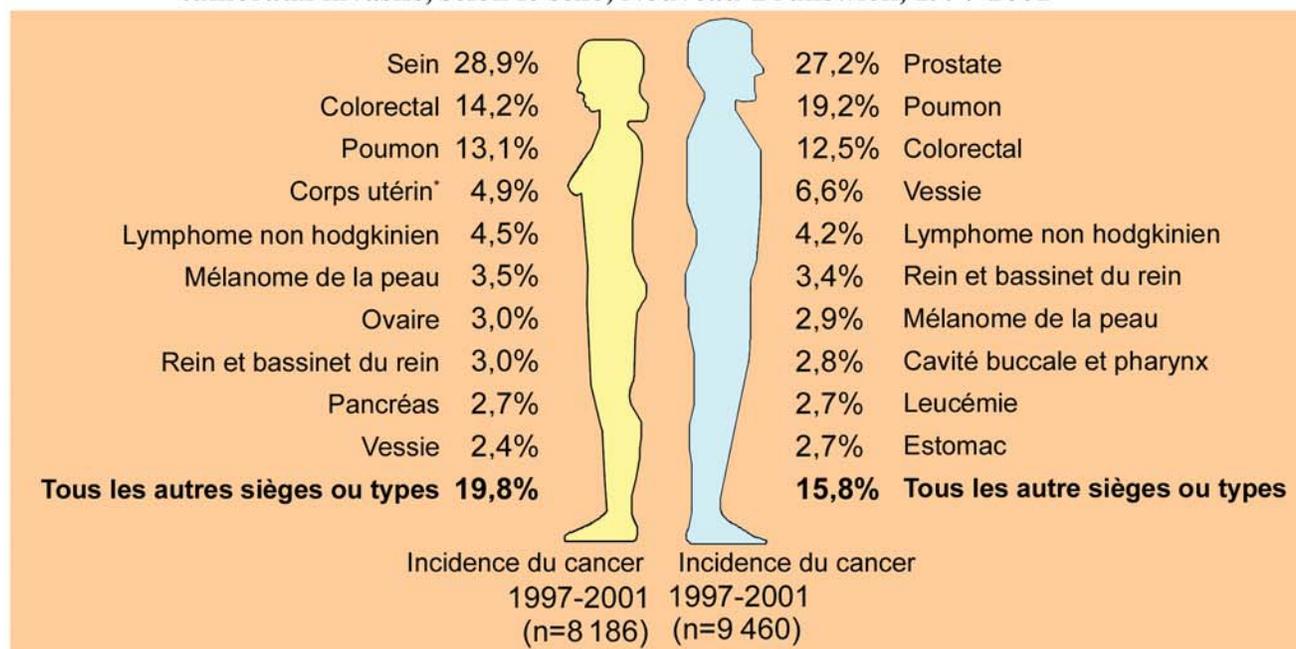
Comparativement au rapport provincial précédent sur le cancer : « Cas de cancer au Nouveau-Brunswick 1992 à 1996 »,¹ les six principaux sièges

ou types de cancer par répartition en pourcentage de l'incidence du cancer chez les hommes n'ont connu aucun changement. En ordre décroissant, ces sièges étaient : le cancer de la prostate, le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer de la vessie, le lymphome non hodgkinien ainsi que le cancer du rein et du bassinot du rein (figure 1). Parmi ces derniers, les cancers de la prostate, du poumon et colorectal représentaient 59 % des nouveaux cas de cancer pour les hommes de 1997 à 2001.

Le cancer de la prostate se manifeste toujours en tant que premier siège chez les hommes, représentant 27 % ou 2 572 cas, avec environ 500 nouveaux cas chaque année au cours de cette période (taux normalisés selon l'âge : 138,6 par 100 000 personnes; IC de 95 % : 133,2 à 143,9).

De 1992 à 1996, le cancer de l'estomac se classait au septième rang chez les hommes; de 1997 à 2001, il a chuté à la dixième place et le mélanome de la peau l'a remplacé. Le cancer de la cavité

Fig. 1 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour les dix principaux sièges ou types tumoraux invasifs, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1997-2001



* Inclut le corps utérin et utérus, sans autre indication.



RÉSULTATS : Profil de l'incidence du cancer

Tableau 1 Taux* d'incidence attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les hommes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001

	Incidence totale		Taux normalisé selon l'âge (IC à 95 %)			Taux brut (IC à 95 %)		
	1997-2001	2001	1997-2001	2001	1997-2001	2001	2001	
Tous les sièges ou types	9 460	1 965	501,6	(492,1-512,5)	513,9	506,4	(496,4-516,6)	524,8
Cavité buccale et pharynx	269	65	13,8	(12,1-15,4)	16,6	14,4	(12,8-16,3)	17,4
Lèvre	61	15	3,3	(2,4-4,1)	3,9	3,3	(2,5-4,2)	4,0
Langue	42	12	2,1	(1,5-2,8)	3,0	2,3	(1,6-3,1)	3,2
Glande salivaire principale	30	6	1,5	(1,0-2,1)	1,6	1,6	(1,1-2,3)	1,6
Plancher de la bouche	14	5	0,7	(0,3-1,1)	1,3	0,8	(0,4-1,3)	1,3
Gencière et autres localisations de la bouche	24	9	1,2	(0,7-1,7)	2,4	1,3	(0,8-1,9)	2,4
Nasopharynx	9	<5	0,5	(0,2-0,8)	0,0	0,5	(0,2-1,0)	0,0
Oropharynx	5	<5	0,2	(0,0-0,4)	0,0	0,3	(0,1-0,7)	0,0
Hypopharynx	35	5	1,8	(1,2-2,4)	1,4	1,9	(1,3-2,6)	1,3
Autres localisations de la cavité buccale et du pharynx	49	13	2,4	(1,7-3,1)	3,1	2,6	(2,0-3,5)	3,5
Appareil digestif	1 891	384	100,0	(95,4-104,5)	100,8	101,2	(96,8-105,9)	102,6
Œsophage	102	24	5,4	(4,3-6,4)	6,2	5,5	(4,5-6,7)	6,4
Estomac	252	55	13,4	(11,7-15,0)	14,4	13,5	(11,9-15,3)	14,7
Intestin grêle	23	<5	1,2	(0,7-1,7)	1,1	1,2	(0,8-1,9)	1,1
Côlon à l'exclusion du rectum	754	144	40,2	(37,3-43,1)	38,2	40,4	(37,6-43,4)	38,5
Rectum et recto-sigmoïde	403	98	21,0	(18,9-23,1)	25,6	21,6	(19,5-23,8)	26,2
Anus	30	9	1,5	(1,0-2,1)	2,3	1,6	(1,1-2,3)	2,4
Foie	44	10	2,3	(1,6-3,0)	2,4	2,4	(1,7-3,2)	2,7
Vésicule biliaire	12	<5	0,6	(0,3-1,0)	0,3	0,6	(0,3-1,2)	0,3
Pancréas	211	30	11,3	(9,7-12,8)	7,8	11,3	(9,8-13,0)	8,0
Autres localisations de l'appareil digestif	60	9	3,2	(2,3-4,0)	2,4	3,2	(2,5-4,2)	2,4
Appareil respiratoire	1 986	394	105,7	(101,0-110,4)	103,9	106,3	(101,7-111,1)	105,2
Larynx	124	22	6,5	(5,3-7,6)	5,7	6,6	(5,5-7,9)	5,9
Poumon	1 819	357	97,0	(92,5-101,5)	94,2	97,4	(93,0-102,0)	95,3
Autres localisations de l'appareil respiratoire	43	15	2,3	(1,6-3,0)	3,9	2,3	(1,7-3,1)	4,0
Os et articulations	17	5	0,9	(0,5-1,4)	1,2	0,9	(0,5-1,5)	1,3
Tissus mous (y compris le cœur)	56	17	2,9	(2,2-3,7)	4,2	3,0	(2,3-3,9)	4,5
Sein	15	<5	0,8	(0,4-1,2)	0,8	0,8	(0,5-1,4)	0,8
Organes génitaux masculins	2 673	553	144,0	(138,5-149,5)	146,9	143,1	(137,8-148,6)	147,7
Prostate	2 572	522	138,6	(133,2-143,9)	138,8	137,7	(132,5-143,1)	139,4
Testicule	71	22	3,9	(3,0-4,8)	5,8	3,8	(3,0-4,8)	5,9
Pénis	25	8	1,3	(0,8-1,8)	2,1	1,3	(0,9-2,0)	2,1
Autres organes génitaux masculins	5	<5	0,3	(0,0-0,5)	0,3	0,3	(0,1-0,7)	0,3
Appareil urinaire	954	204	50,0	(46,8-53,2)	51,7	51,1	(47,9-54,4)	54,5
Vessie (à l'exclusion d' <i>in situ</i>)	620	131	32,9	(30,3-35,5)	33,9	33,2	(30,7-35,9)	35,0
Rein et bassinet du rein	318	68	16,2	(14,4-18,0)	16,6	17,0	(15,2-19,0)	18,2
Urètre	10	<5	0,5	(0,2-0,9)	0,7	0,5	(0,3-1,0)	0,8
Autres localisations de l'appareil urinaire	6	<5	0,3	(0,1-0,6)	0,5	0,3	(0,1-0,7)	0,5
Œil	13	<5	0,7	(0,3-1,0)	0,5	0,6	(0,3-1,2)	0,5
Cerveau et autres localisations du système nerveux	160	25	8,4	(7,1-9,7)	6,6	8,6	(7,3-10,0)	6,7
Cerveau	155	25	8,2	(6,9-9,5)	6,6	8,3	(7,1-9,7)	6,7
Autres localisations du système nerveux	5	<5	0,3	(0,0-0,5)	0,0	0,3	(0,1-0,7)	0,0
Endocrine	59	14	3,0	(2,2-3,8)	3,5	3,2	(2,4-4,1)	3,7
Thyroïde	47	12	2,3	(1,7-3,0)	2,9	2,5	(1,9-3,4)	3,2
Autres endocrine	12	<5	0,7	(0,3-1,1)	0,6	0,6	(0,3-1,2)	0,5
Peau (à l'exclusion de basocellulaire et spinocellulaire)	315	69	16,2	(14,4-18,0)	17,1	16,9	(15,1-18,9)	18,4
Mélanome de la peau	277	58	14,2	(12,5-15,9)	14,3	14,8	(13,2-16,7)	15,5
Autres localisations de la peau	38	11	2,0	(1,4-2,7)	2,9	2,0	(1,5-2,8)	2,9
Lymphome	452	90	23,5	(21,8-26,2)	23,2	24,2	(22,0-26,6)	24,0
Maladie de Hodgkin	50	8	2,7	(1,9-3,5)	2,1	2,7	(2,0-3,6)	2,1
Lymphome non hodgkinien	402	82	20,8	(19,2-23,4)	21,1	21,5	(19,5-23,8)	21,9
Myélome multiple	126	25	6,6	(5,5-7,8)	6,2	6,8	(5,6-8,1)	6,7
Leucémie	257	56	13,7	(12,0-15,4)	14,8	13,8	(12,2-15,6)	15,0
Autres localisations, localisations mal définies et inconnues	217	59	11,6	(9,5-13,7)	15,9	11,6	(9,7-14,0)	15,8

* Les taux s'appliquent à une population de 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991. Le nombre de cas et les taux sont supprimés lorsque moins de cinq cas sont signalés pour le cancer spécifique. Toutefois, les cas supprimés sont compris dans le nombre de cas et les taux pour l'ensemble de « tous les sièges ou types » de cancer.



RÉSULTATS : Profil de l'incidence du cancer

Tableau 2 Taux* d'incidence attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les femmes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001

	Incidence totale		Taux normalisé selon l'âge (IC à 95 %)		Taux brut (IC à 95 %)			
	1997-2001	2001	1997-2001	2001	1997-2001	2001		
Tous les sièges ou types	8 186	1 667	353,9	(348,5-364,3)	355,6	430,0	(423,5-442,0)	436,2
Cavité buccale et pharynx	88	28	3,8	(3,0-4,6)	5,9	4,6	(3,7-5,7)	7,3
Lèvre	5	<5	0,2	(0,0-0,4)	0,3	0,3	(0,1-0,7)	0,5
Langue	19	7	0,8	(0,4-1,2)	1,6	1,0	(0,6-1,6)	1,8
Glande salivaire principale	16	<5	0,7	(0,3-1,0)	0,9	0,8	(0,5-1,4)	1,0
Plancher de la bouche	3	<5	0,1	(0,0-0,3)	0,4	0,2	(0,0-0,5)	0,5
Gencière et autres localisations de la bouche	19	8	0,8	(0,4-1,2)	1,8	1,0	(0,6-1,6)	2,1
Nasopharynx	4	<5	0,2	(0,0-0,4)	0,1	0,2	(0,1-0,6)	0,3
Oropharynx	0	<5	0,0	(0,0-0,0)	0,0	0,0	(0,0-0,3)	0,0
Hypopharynx	3	<5	0,2	(0,0-0,3)	0,3	0,2	(0,0-0,5)	0,3
Autres localisations de la cavité buccale et du pharynx	19	<5	0,8	(0,4-1,1)	0,6	1,0	(0,6-1,6)	0,8
Appareil digestif	1 686	330	68,4	(65,0-71,7)	66,5	88,6	(84,4-92,9)	86,4
Œsophage	43	9	1,7	(1,2-2,2)	1,7	2,3	(1,7-3,1)	2,4
Estomac	133	21	5,2	(4,3-6,1)	4,0	7,0	(5,9-8,3)	5,5
Intestin grêle	25	6	1,0	(0,6-1,5)	1,1	1,3	(0,9-2,0)	1,6
Côlon à l'exclusion du rectum	854	161	34,7	(32,3-37,1)	32,3	44,9	(41,9-48,0)	42,1
Rectum et recto-sigmoïde	270	57	11,2	(9,8-12,6)	11,3	14,2	(12,6-16,0)	14,9
Anus	41	11	1,8	(1,2-2,4)	2,4	2,2	(1,6-3,0)	2,9
Foie	14	<5	0,6	(0,3-0,9)	0,5	0,7	(0,4-1,3)	0,5
Vésicule biliaire	23	<5	0,9	(0,5-1,2)	0,2	1,2	(0,8-1,8)	0,3
Pancréas	224	46	9,1	(7,9-10,3)	9,6	11,8	(10,3-13,4)	12,0
Autres localisations de l'appareil digestif	59	16	2,3	(1,7-2,9)	3,3	3,1	(2,4-4,0)	4,2
Appareil respiratoire	1 134	242	49,6	(46,7-52,6)	52,3	59,6	(56,2-63,2)	63,3
Larynx	43	6	2,0	(1,4-2,6)	1,5	2,3	(1,7-3,1)	1,6
Poumon	1 070	229	46,7	(43,8-49,5)	49,3	56,2	(52,9-59,7)	59,9
Autres localisations de l'appareil respiratoire	21	7	0,9	(0,5-1,3)	1,5	1,1	(0,7-1,7)	1,8
Os et articulations	14	5	0,7	(0,3-1,1)	1,2	0,7	(0,4-1,3)	1,3
Tissus mous (y compris le cœur)	54	12	2,5	(1,8-3,2)	2,7	2,8	(2,2-3,7)	3,1
Sein	2 368	480	102,8	(98,5-107,0)	102,1	124,4	(119,5-129,5)	125,6
Organes génitaux féminins	925	198	41,7	(41,3-47,0)	44,6	48,6	(48,1-54,6)	51,8
Col utérin	195	31	9,6	(8,3-11,0)	8,3	10,2	(8,9-11,8)	8,1
Corps utérin	398	75	17,4	(15,6-19,1)	16,4	20,9	(18,9-23,1)	19,6
Utérus, sans autre indication	6	<5	0,2	(0,0-0,4)	0,3	0,3	(0,1-0,7)	0,5
Ovaire	247	69	11,0	(9,1-11,8)	15,3	13,0	(11,4-14,7)	18,1
Autres organes génitaux féminins	79	21	3,4	(2,7-4,2)	4,3	4,1	(3,3-5,2)	5,5
Appareil urinaire	454	101	19,0	(17,2-20,8)	21,2	23,8	(21,7-26,2)	26,4
Vessie (à l'exclusion d' <i>in situ</i>)	199	46	8,1	(6,9-9,2)	9,1	10,5	(9,1-12,0)	12,0
Rein et bassinnet du rein	244	54	10,5	(9,1-11,8)	11,9	12,8	(11,3-14,6)	14,1
Urètre	7	<5	0,3	(0,1-0,5)	0,0	0,4	(0,2-0,8)	0,0
Autres localisations de l'appareil urinaire	4	<5	0,2	(0,0-0,4)	0,2	0,2	(0,1-0,6)	0,3
Œil	9	<5	0,4	(0,2-0,9)	0,6	0,5	(0,3-1,0)	0,8
Cerveau et autres localisations du système nerveux	117	15	5,6	(4,5-6,6)	3,4	6,1	(5,1-7,4)	3,9
Cerveau	112	15	5,3	(4,3-6,3)	3,4	5,9	(4,9-7,1)	3,9
Autres localisations du système nerveux	5	<5	0,2	(0,0-0,5)	0,0	0,3	(0,1-0,7)	0,0
Endocrine	173	51	8,5	(7,2-9,8)	12,0	9,1	(7,8-10,6)	13,3
Thyroïde	159	49	7,8	(6,6-9,1)	11,5	8,4	(7,1-9,8)	12,8
Autres endocrine	14	<5	0,7	(0,3-1,0)	0,5	0,7	(0,4-1,3)	0,5
Peau (à l'exclusion de basocellulaire et spinocellulaire)	319	53	14,7	(13,1-16,4)	11,6	16,8	(15,0-18,7)	13,9
Mélanome de la peau	288	44	13,6	(12,0-15,2)	9,8	15,1	(13,5-17,0)	11,5
Autres localisations de la peau	31	9	1,2	(0,7-1,6)	1,8	1,6	(1,1-2,3)	2,4
Lymphome	403	66	17,7	(15,9-19,5)	14,2	21,2	(19,2-23,4)	17,3
Maladie de Hodgkin	33	<5	1,8	(1,2-2,4)	0,8	1,7	(1,2-2,5)	0,8
Lymphome non hodgkinien	370	63	16,0	(14,3-17,6)	13,4	19,4	(17,5-21,5)	16,5
Myélome multiple	84	14	3,4	(2,7-4,2)	3,1	4,4	(3,5-5,5)	3,7
Leucémie	155	25	7,1	(5,9-8,2)	5,4	8,1	(6,9-9,6)	6,5
Autres localisations, localisations mal définies et inconnues	203	44	8,0	(6,5-9,4)	8,8	10,7	(8,9-12,8)	11,5

* Les taux s'appliquent à une population de 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991. Le nombre de cas et les taux sont supprimés lorsque moins de cinq cas sont signalés pour le cancer spécifique. Toutefois, les cas supprimés sont compris dans le nombre de cas et les taux pour l'ensemble de « tous les sièges ou types » de cancer.



RÉSULTATS : Profil de la mortalité attribuable au cancer

buccale et du pharynx (cancer buccal) a maintenu la huitième position et, la leucémie est passée de la dixième place en 1992-1996 à la neuvième place pendant la période de rapport courante.

Comparativement au rapport provincial précédent sur le cancer : « Cas de cancer au Nouveau-Brunswick 1992 à 1996 »,¹ les cinq principaux sièges ou types de cancer par répartition en pourcentage de l'incidence du cancer chez les femmes n'ont connu aucun changement. En ordre décroissant, ces sièges étaient : le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du poumon, le cancer du corps utérin ainsi que le lymphome non hodgkinien. De ces cinq principaux sièges ou types de cancer, les cancers du sein, colorectal et du poumon représentaient près de 56 % des nouveaux cas.

Le cancer du sein chez les femmes a totalisé 29 % ou 2 368 cas, avec environ 474 nouveaux cas chaque année au cours de la période de rapport courante (taux normalisés selon l'âge : 102,8 par 100 000 personnes; IC de 95 % : 98,5 107,0).

Le mélanome de la peau est passé du neuvième rang, dans le rapport de 1992 à 1996, à la sixième place. Le cancer de l'ovaire est descendu de la sixième à la septième position¹, en raison des changements de codage de CIM-O-2 à CIM O-3*. Le classement des cancers du rein et du bassinot du rein, du pancréas et de la vessie était semblable à celui du rapport précédent; dans la période de rapport courante, ils se classent huitième, neuvième, et dixième respectivement et dans le rapport de 1992 à 1996, ils se classaient septième, huitième et dixième.

* Quatre groupes de morphologie ovarienne contenant cinquante cas ont été exclus du calcul des fréquences pour la période de 1997 à 2001, tel qu'il a été recommandé par le Registre canadien du cancer (RCC) et la méthode Surveillance, Epidemiology, and End Result (SEER). Un examen approfondi des taux de survie pour ces morphologies ovariennes (cystadénomes) a indiqué que leur comportement était beaucoup plus bénin que malin et que le taux de survie global était de presque 100 %.¹⁷

Profil de la mortalité attribuable au cancer

Au cours de la période de cinq ans de 1997 à 2001, un total de 8 304 décès au Nouveau-Brunswick ont été attribués au cancer (figure 2), soit une hausse d'environ 5 % par rapport à la période de cinq ans précédente (de 1992 à 1996).

Le nombre de décès était plus élevé pour les hommes (4 622) que pour les femmes (3 682) (tableaux 3 et 4). Tout comme pour la période de 1992 à 1996, lorsque les sièges ou types propres à chaque sexe (organes génitaux et seins) ont été exclus, la fréquence de décès liés au cancer de 1997 à 2001 était toujours plus élevée chez les hommes : 4 041 décès comparativement à 2 728 chez les femmes. Comme dans le cas de l'incidence, un nombre considérablement plus élevé de décès chez les hommes s'est manifesté pour *tous les sièges ou types* de cancer, à l'exception du système endocrinien et du pancréas, où le nombre de décès chez les femmes était légèrement plus élevé.

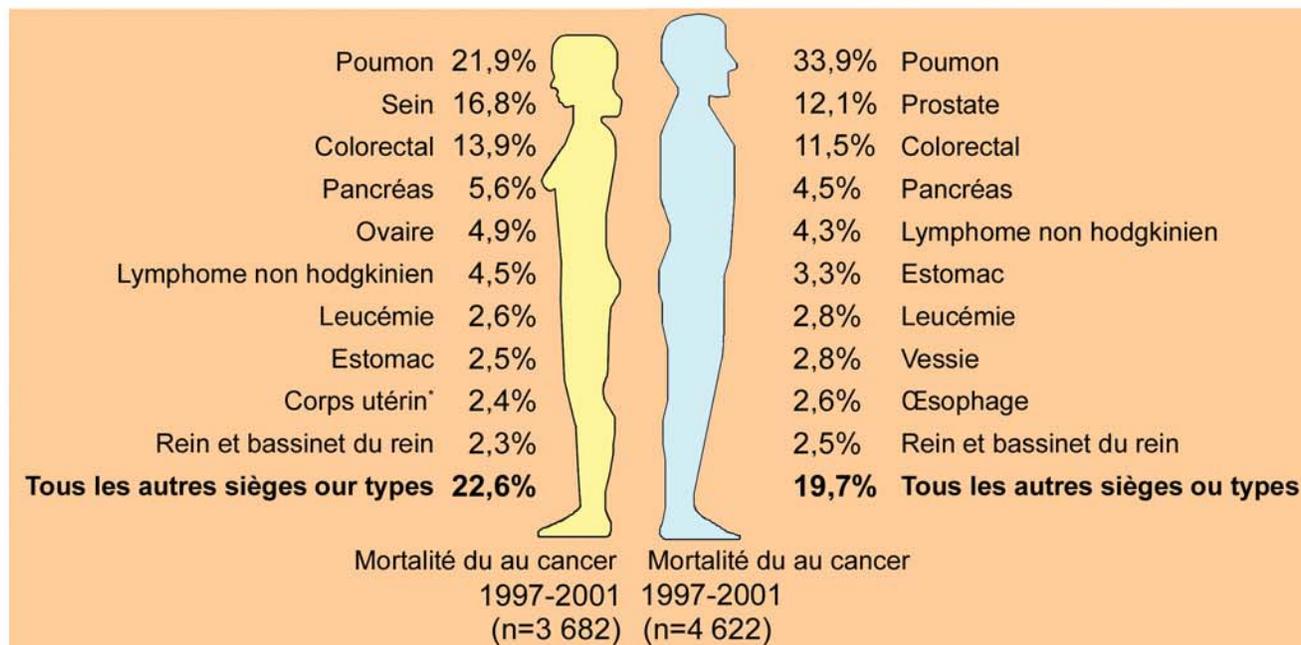
Les quatre principaux sièges ou types de cancer causant la mortalité par répartition en pourcentage chez les hommes sont restés inchangés de 1997 à 2001, tout comme de 1992 à 1996; il s'agit du cancer du poumon, du cancer de la prostate et du cancer colorectal ainsi que du cancer du pancréas, respectivement (figure 2). De ces principaux sièges ou types, les cancers du poumon, de la prostate et colorectal étaient responsables de près de 58 % des décès, alors que le cancer du pancréas a entraîné 4,5 % des décès.

Durant la période de rapport de 1992 à 1996, le cancer de l'estomac et le lymphome non hodgkinien occupaient les cinquième et sixième positions. De 1997 à 2001, le lymphome non hodgkinien est monté en cinquième position et le cancer de l'estomac est descendu en sixième position. La leucémie est passée de la neuvième



RÉSULTATS : Profil de la mortalité attribuable au cancer

Fig. 2 Répartition en pourcentage des décès pour les dix principaux sièges ou types tumoraux invasifs, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1997-2001



position en 1992-1996 comparativement à la septième position en 1997-2001. Le cancer de la vessie a maintenu la huitième position. En revanche, le cancer du rein et du bassinnet du rein a chuté du septième rang au dixième. Le cancer de l'œsophage, qui ne s'était pas classé parmi les principaux cancers pour ce qui est de la mortalité dans le rapport de 1992 à 1996, a pris le neuvième rang pour la période de 1997 à 2001, tout comme dans la publication « 1990-1994 Cancer in North America (CINA) ».¹⁸

Les six principaux sièges ou types de cancer causant la mortalité par répartition en pourcentage chez les femmes sont les mêmes pour la période de 1997 à 2001 que pour la période de 1992 à 1996 ; il s'agit des cancers du poumon, du sein, colorectal, du pancréas, de l'ovaire et du lymphome non hodgkinien, respectivement. Parmi ces principaux sièges ou types, les cancers du poumon, du sein et colorectal ont causé 53 % des décès chez les femmes. Les cancers du pancréas et de l'ovaire,

ainsi que le lymphome non hodgkinien, ont entraîné quant à eux 15 % des décès.

La leucémie, qui occupait la neuvième position dans le rapport de 1992 à 1996, est passée à la septième position dans ce rapport de 1997 à 2001. Le cancer de l'estomac est passé du huitième rang au septième et le cancer du corps utérin, qui était au dixième rang, est passé au neuvième rang. Le cancer du rein et du bassinnet du rein a chuté du huitième rang au dixième.

Le cancer du poumon est demeuré la première cause de décès attribuables au cancer tant pour les hommes que pour les femmes. Le taux normalisé selon l'âge pour les hommes était de 83,9 par 100 000 personnes (IC de 95 % : 79,6-88,0). Le taux normalisé selon l'âge pour les femmes était de 34,4 par 100 000 personnes (IC de 95 % : 32,0-36,9). À elle seule, cette forme de cancer a causé 34 % des décès attribuables au cancer chez les hommes et 22 % chez les femmes.

* Inclut le corps utérin et utérus, sans autre indication.



RÉSULTATS : Profil de la mortalité attribuable au cancer

Le pronostic du cancer du pancréas est très inquiétant. En effet, ce type de cancer se classe toujours parmi les cinq premières causes de décès attribuables au cancer pour les deux sexes. Les

taux de mortalité normalisés selon l'âge étaient de 11,1 par 100 000 personnes (IC de 95 % : 9,6-12,6) chez les hommes et de 8,3 par 100 000 personnes (IC de 95 % : 7,1-9,4) chez les femmes.

Tableau 3 Taux* de mortalité attribuable au cancer normalisés selon l'âge* chez les hommes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001

	Mortalité totale		Taux normalisés selon l'âge (IC à 95 %)		Taux brut (IC à 95 %)			
	1997-2001	2001	1997-2001	2001	1997-2001	2001		
Tous les sièges ou types	4 622	917	247,4	(228,2-266,3)	243,2	247,6	(240,4-254,7)	244,9
Cavité buccale et pharynx	85	14	4,5	(3,5-5,4)	3,6	4,6	(3,6-5,7)	3,7
Appareil digestif	1 144	230	61,1	(57,5-64,7)	60,4	61,2	(57,7-65,0)	61,4
Œsophage	120	26	6,3	(5,2-7,4)	7,0	6,4	(5,3-7,7)	6,9
Estomac	151	30	8,2	(6,9-9,5)	8,0	8,1	(6,9-9,5)	8,0
Intestin grêle	11	<5	0,6	(0,2-0,9)	0,3	0,6	(0,3-1,1)	0,3
Côlon et rectum	532	109	28,5	(26,0-30,9)	28,5	28,5	(26,1-31,1)	29,1
Foie	63	14	3,3	(2,5-4,2)	3,6	3,4	(2,6-4,4)	3,7
Pancréas	207	35	11,1	(9,6-12,6)	9,2	11,1	(9,6-12,7)	9,3
Autres localisations de l'appareil digestif	60	15	3,2	(2,4-4,0)	3,9	3,2	(2,5-4,2)	4,0
Appareil respiratoire	1 640	320	87,5	(83,3-91,8)	85,1	87,8	(83,6-92,2)	85,5
Larynx	62	10	3,3	(2,5-4,1)	2,6	3,3	(2,6-4,3)	2,7
Poumon	1 569	309	83,9	(79,6-88,0)	82,2	84,1	(79,9-88,3)	82,5
Autres localisations de l'appareil respiratoire	9	<5	0,5	(0,2-0,8)	0,3	0,5	(0,2-1,0)	0,3
Peau	58	8	3,0	(2,7-4,4)	2,0	3,1	(2,4-4,1)	2,1
Mélanome de la peau	42	5	2,2	(1,5-2,9)	1,4	2,2	(1,6-3,1)	1,3
Autres localisations de la peau	16	<5	0,8	(0,4-1,2)	0,6	0,9	(0,5-1,4)	0,8
Sein	10	<5	0,5	(0,2-0,8)	0,5	0,5	(0,3-1,0)	0,5
Organes génitaux masculins	571	127	31,3	(28,7-33,9)	34,4	30,6	(28,1-33,2)	33,9
Prostate	557	123	30,6	(28,0-33,1)	33,4	29,8	(27,4-32,5)	32,8
Testicule	5	<5	0,3	(0,0-0,5)	0,2	0,3	(0,1-0,7)	0,3
Autres organes génitaux masculins	9	<5	0,5	(0,2-0,8)	0,8	0,5	(0,2-1,0)	0,8
Appareil urinaire	253	49	13,6	(11,9-15,3)	13,1	13,5	(11,9-15,4)	13,1
Vessie	129	22	7,0	(5,8-8,2)	5,8	6,9	(5,8-8,2)	5,9
Rein et bassinnet du rein	116	25	6,2	(5,0-7,3)	6,7	6,2	(5,1-7,5)	6,7
Autres localisations de l'appareil urinaire	8	<5	0,4	(0,1-0,7)	0,5	0,4	(0,2-0,9)	0,5
Cerveau et autres localisations du système nerveux	95	18	5,0	3,9-5,9	4,7	5,1	(4,1-6,3)	4,8
Endocrine	9	<5	0,4	(0,0-0,3)	0,4	0,5	(0,4-1,3)	0,5
Thyroïde	6	<5	0,3	(0,1-0,5)	0,4	0,3	(0,1-0,7)	0,5
Autres endocrine	<5	<5	0,2	(0,0-0,3)	0,0	0,2	(0,2-0,9)	0,0
Lymphome	208	45	10,9	(9,4-12,4)	12,2	11,1	(9,4-12,5)	12,3
Maladie de Hodgkin	11	<5	0,6	(0,2-0,9)	0,2	0,6	(0,1-0,7)	0,3
Lymphome non hodgkinien	197	45	10,4	(8,9-11,8)	12,0	10,5	(9,1-12,2)	12,0
Myélome multiple	78	11	4,2	(3,3-5,2)	2,9	4,2	(3,3-5,2)	2,9
Leucémie	131	25	7,0	(5,8-8,2)	6,5	7,0	(5,9-8,4)	6,7
Autres localisations, localisation mal définies et inconnues	340	65	18,2	(16,3-20,2)	17,4	18,2	(16,3-20,3)	17,4

* Les taux s'appliquent à une population de 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991. Le nombre de cas et les taux sont supprimés lorsque moins de cinq cas sont signalés pour le cancer spécifique. Toutefois, les cas supprimés sont compris dans le nombre de cas et les taux pour l'ensemble de « tous les sièges ou types » de cancer.



RÉSULTATS : Profil de la mortalité attribuable au cancer

Tableau 4 Taux* de mortalité attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les femmes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001

	Mortalité totale		Taux normalisés selon l'âge (IC à 95 %)			Taux brut (IC à 95 %)		
	1997-2001	2001	1997-2001	2001	1997-2001	2001		
Tous les sièges ou types	3,682	757	148,9	(144,0-153,9)	149,1	193,4	(190,9-203,6)	198,1
Cavité buccale et pharynx	32	5	1,3	(0,8-1,8)	0,9	1,7	(1,2-2,4)	1,3
Appareil digestif	949	196	36,6	(34,2-39,0)	34,7	49,8	(47,7-54,2)	51,3
Œsophage	51	10	1,9	(1,4-2,5)	1,7	2,7	(2,1-3,6)	2,6
Estomac	92	19	3,4	(2,7-4,1)	3,6	4,8	(4,0-6,1)	5,0
Intestin grêle	8	<5	0,4	(0,1-0,6)	0,3	0,4	(0,2-0,9)	0,3
Côlon et rectum	510	113	19,6	(17,8-21,3)	21,4	26,8	(25,0-29,8)	29,6
Foie	29	3	1,1	(0,7-1,5)	0,5	1,5	(1,1-2,3)	0,8
Pancréas	208	39	8,3	(7,1-9,4)	8,0	10,9	(9,7-12,8)	10,2
Autres localisations de l'appareil digestif	51	11	1,9	(1,4-2,4)	2,1	2,7	(2,1-3,6)	2,9
Appareil respiratoire	824	181	35,1	(32,7-37,6)	32,2	43,3	(41,2-47,3)	47,4
Larynx	13	<5	0,6	(0,3-0,9)	0,9	0,7	(0,4-1,2)	1,0
Poumon	808	177	34,4	(32,0-36,9)	36,6	42,4	(40,4-46,4)	46,3
Autres localisations de l'appareil respiratoire	<5	0	0,1	(0,0-0,3)	0,0	0,2	(0,0-0,5)	0,0
Peau	39	6	1,5	(1,0-2,0)	1,1	2,0	(1,5-2,9)	1,6
Mélanome de la peau	31	<5	1,3	(0,8-1,7)	1,0	1,6	(1,1-2,4)	1,0
Autres localisations de la peau	8	<5	0,3	(0,1-0,5)	0,3	0,4	(0,2-0,9)	0,5
Sein	619	108	25,2	(23,2-27,3)	21,1	32,5	(30,6-35,9)	28,3
Organes génitaux féminins	335	78	14,0	(12,5-15,6)	14,2	17,6	(16,1-20,0)	20,4
Col utérin	54	12	2,4	(1,7-3,0)	2,7	2,8	(2,2-3,8)	3,1
Corps et utérus, sans autre indication	87	20	3,4	(2,7-4,1)	3,9	4,6	(3,8-5,8)	5,2
Ovaire	180	44	7,7	(6,5-8,8)	8,9	9,5	(8,3-11,2)	11,5
Autres organes génitaux féminins	14	<5	0,6	(0,3-0,9)	0,4	0,7	(0,4-1,3)	0,5
Appareil urinaire	141	26	5,3	(4,4-6,2)	4,6	7,4	(6,3-8,9)	6,8
Vessie	51	9	1,8	(1,3-2,3)	1,7	2,7	(2,1-3,6)	2,4
Rein et bassinnet du rein	86	17	3,4	(2,6-4,1)	2,8	4,5	(3,7-5,7)	4,4
Autres localisations de l'appareil urinaire	<5	0	0,2	(0,0-0,3)	0,0	0,2	(0,0-0,5)	0,0
Cerveau et autres localisations du système nerveux	79	16	3,6	(2,8-4,4)	3,3	4,1	(3,4-5,4)	6,0
Endocrine	13	<5	0,6	(0,3-0,9)	0,6	0,7	(0,4-1,2)	1,0
Thyroïde	8	<5	0,3	(0,1-0,6)	0,6	0,4	(0,2-0,9)	0,8
Autres endocrine	5	<5	0,2	(0,0-0,5)	0,2	0,3	(0,1-0,7)	0,3
Lymphome	171	43	6,7	(5,6-7,7)	7,5	9,0	(7,9-10,7)	11,3
Maladie de Hodgkin	5	<5	0,3	(0,0-0,5)	0,7	0,3	(0,1-0,7)	0,8
Lymphome non hodgkinien	166	40	6,4	(5,4-7,4)	7,5	8,7	(7,6-10,4)	10,5
Myélome multiple	68	13	2,6	(2,0-3,2)	2,3	3,6	(2,8-4,6)	3,4
Leucémie	95	23	3,8	(3,0-4,6)	4,4	5,0	(4,1-6,2)	6,0
Autres localisations, localisations mal définies et inconnues	317	58	12,6	(11,1-14,0)	11,5	16,7	(15,2-19,0)	15,2

* Les taux s'appliquent à une population de 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991. Le nombre de cas et les taux sont supprimés lorsque moins de cinq cas sont signalés pour le cancer spécifique. Toutefois, les cas supprimés sont compris dans le nombre de cas et les taux pour l'ensemble de « tous les sièges ou types » de cancer.



RÉSULTATS: Répartition du cancer selon l'âge et le sexe

Répartition du cancer selon l'âge et le sexe

L'ensemble des sièges ou types de cancer

Les taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer ont augmenté considérablement avec l'âge pour les deux sexes. Au Nouveau-Brunswick, 76 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués et 83 % des décès attribuables au cancer chez les hommes se sont manifestés après l'âge de 60 ans. Chez les femmes, 65 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués et 80 % des décès attribuables au cancer se sont manifestés après l'âge de 60 ans. Cette conclusion est semblable aux résultats figurant dans le rapport provincial précédent sur le cancer, « Cas de cancer au Nouveau-Brunswick 1992 à 1996 »,¹ et dans le rapport « Statistiques canadiennes sur le cancer 2003 ».⁴

L'augmentation relative des taux d'incidence selon l'âge était plus marquée chez les hommes que chez les femmes (figure 3). Par exemple, comparativement au groupe d'âge de 20 à 39 ans, les hommes âgés de 60 à 79 ans sont environ 60 fois plus à risque de souffrir d'un cancer quelconque, tandis que le *risque relatif* correspondant chez les femmes n'était que d'environ 23 fois plus élevé.

Les taux d'incidence étaient plus élevés chez les hommes de tout âge comparativement aux femmes, sauf pour les groupes d'âge de 20 à 39 ans et de 40 à 59 ans. La montée des taux d'incidence chez les femmes dans ces groupes d'âge est principalement due aux cancers du sein et des organes génitaux. La montée des taux d'incidence chez les hommes âgés de 60 à 79 ans est principalement due au cancer de la prostate, pour lequel 1 769 des 2 572 cas relevés ont touché des hommes de ce groupe d'âge.

Les taux de mortalité attribuable à l'ensemble des sièges ou types de cancer étaient à peu près

Fig. 3 Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer, Nouveau-Brunswick, selon le sexe, 1997-2001

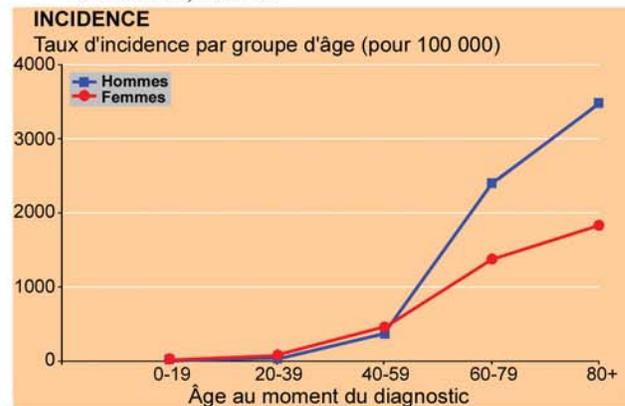
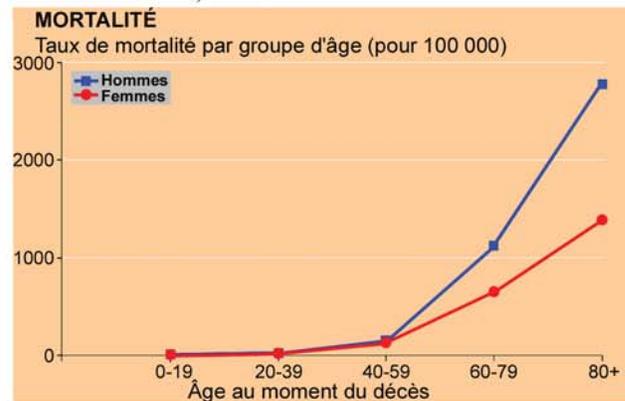


Fig. 4 Taux de mortalité par groupe d'âge (pour 100 000) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer, Nouveau-Brunswick, selon le sexe, 1997-2001



comparables avant les âges de 40 à 59 ans. Après ce groupe d'âge, cependant, la hausse relative des taux de mortalité était nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes (figure 4). Par rapport aux hommes de 20 à 39 ans, les risques relatifs chez les hommes âgés de 60 à 79 ans étaient environ 110 fois plus élevés, mais ils étaient à peu près 270 fois plus élevés chez les hommes âgés de plus de 80 ans. Les risques relatifs correspondants chez les femmes étaient de 50 fois et de 120 fois plus élevés, respectivement.

Taux d'incidence des trois principaux sièges ou types de cancer selon le sexe

Les trois principaux sièges ou types de cancer chez les femmes représentaient 56 % de tous les



RÉSULTATS: Répartition du cancer selon l'âge et le sexe

Fig. 5 Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, femmes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001

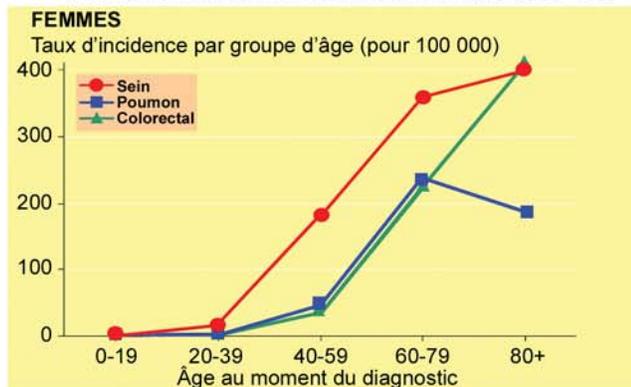
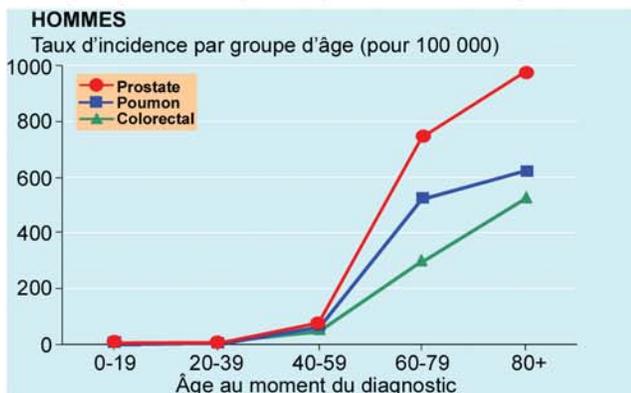


Fig. 6 Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, hommes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001



cancers diagnostiqués chez les femmes. Chez les hommes, les trois principaux sièges ou types de cancer représentaient 59 % de tous les cancers diagnostiqués chez les hommes. Les figures 5 et 6 examinent l'échelle de répartition selon l'âge de ces principaux sièges ou types de cancer.

Chez les femmes, les taux d'incidence des cancers du sein, colorectal et du poumon augmentent considérablement après le groupe d'âge de 20 à 39 ans. Une tendance semblable a été observée chez les hommes par rapport aux taux d'incidence des cancers de la prostate, colorectal et du poumon. Toutefois, la hausse relative des taux d'incidence du cancer du poumon avec l'âge était légèrement plus marquée chez les hommes que chez les femmes de 1997 à 2001. Comparativement les hommes âgés de 40 à 59 ans, et ceux qui ont de

60 à 79 ans courent environ neuf fois plus de risques de souffrir du cancer du poumon. De même, le risque est 10 fois plus élevé chez les hommes âgés de plus de 80 ans. Les risques relatifs correspondants chez les femmes étaient de cinq fois et de quatre fois plus élevés, respectivement.

Il n'y avait pratiquement aucune différence entre les hommes et les femmes pour ce qui est du taux d'incidence du cancer colorectal. Comparativement aux personnes âgées de 40 à 59 ans, les hommes et les femmes âgés de 60 à 79 ans étaient environ six fois plus à risque de souffrir du cancer colorectal, alors que chez les personnes âgées plus de 80 ans, le risque s'élevait à 12 fois chez les femmes et à 11 fois chez les hommes.

Le risque relatif de souffrir du cancer de la prostate augmentait avec l'âge. Par comparaison avec les hommes âgés de 40 à 59 ans, le risque associé aux hommes âgés de 60 à 79 ans était dix fois plus élevé, et pour les hommes ayant plus de 80 ans, 13 fois plus élevé.

En revanche, par comparaison avec les femmes âgées de 40 à 59 ans, le risque relatif de souffrir du cancer du sein chez les femmes âgées de 60 à 79 ans ainsi que chez celles qui ont de plus de 80 ans est pratiquement identique. Le risque était environ deux fois plus élevé pour ces deux groupes d'âge comparativement aux femmes âgées de 40 à 59 ans.

Taux de mortalité des trois principaux sièges ou types de cancer selon le sexe

Les trois principaux sièges ou types de cancer chez les femmes représentaient 53 % de tous les décès dus au cancer chez les femmes. Chez les hommes, les trois principaux sièges ou types de cancer représentaient 58 % de tous les décès dus au cancer chez les hommes. Les figures 7 et 8 examinent l'échelle de répartition selon l'âge de ces principaux sièges ou types de cancer.



RÉSULTATS : Répartition du cancer selon l'âge et le sexe

Les taux de mortalité attribuable aux cancers colorectal, du poumon, du sein (chez les femmes) et de la prostate augmentaient considérablement avec l'âge après le groupe d'âge de 40 à 59 ans. La hausse relative des taux de mortalité selon l'âge attribuable au cancer du poumon avec l'âge était légèrement plus marquée pour les hommes que pour les femmes de 1997 à 2001. Comparativement les hommes âgés de 40 à 59 ans et ceux qui ont de 60 à 79 ans courent environ neuf fois plus de risques de mourir du cancer du poumon, alors que les hommes ayant plus de 80 ans courent 15 fois plus de risques. Le risque correspondant chez les femmes était de six fois plus élevé, pour les deux groupes d'âge.

Le risque relatif de décès selon l'âge attribuable

Fig. 7 Taux de mortalité par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, femmes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001

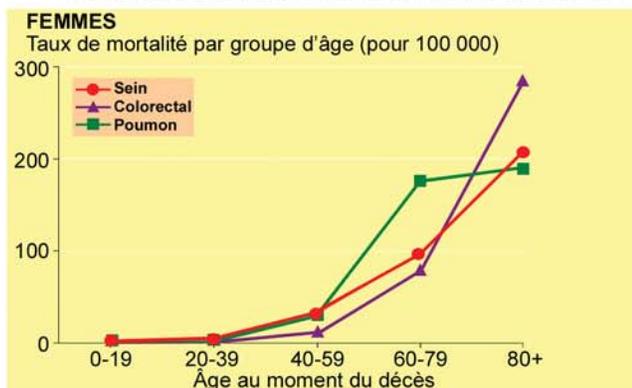
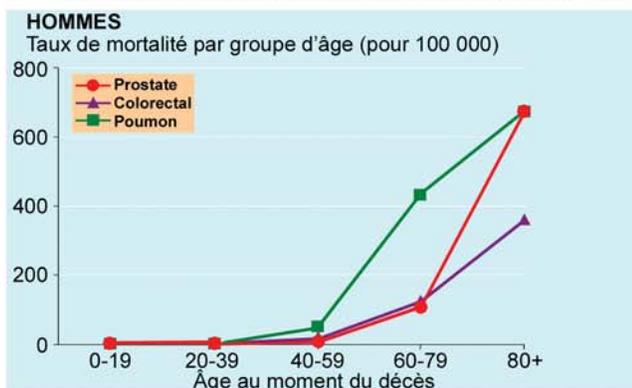


Fig. 8 Taux de mortalité par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, hommes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001



au cancer colorectal semblait plus ou moins identique pour les deux sexes. Par exemple, par comparaison avec le groupe d'âge de 40 à 59 ans, les hommes âgés de 60 à 79 ans courent environ huit fois plus de risques de mourir du cancer colorectal; le risque correspondant pour les femmes est de sept fois plus élevé. Les hommes ayant plus de 80 ans courent 23 fois plus de risques de mourir du cancer colorectal comparativement aux hommes âgés de 40 à 59 ans; le risque correspondant chez les femmes est de 25 fois supérieur.

Le risque relatif selon l'âge de mourir du cancer de la prostate était le plus élevé chez les hommes âgés de plus de 80 ans. Comparativement au groupe d'âge de 40 à 59 ans, les hommes ayant plus de 80 ans courent 169 fois plus de risques de mourir de ce cancer. Cependant, le risque couru par le groupe d'âge de 60 à 79 ans était de 26 fois supérieur.

Pour ce qui est du cancer du sein, par comparaison avec les femmes âgées de 40 à 59 ans, le risque relatif selon l'âge de mourir était trois fois plus élevé pour celles qui avaient de 60 à 79 ans et six fois plus élevé pour les femmes ayant plus de 80 ans.



Photo fournie par la Régie régionale de la santé de la vallée



RÉSULTATS : Répartition du cancer selon l'âge et le sexe

Cancer chez les enfants et les adolescents

Un total de 313 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués entre 1992 et 2001 chez les enfants (de 0 à 14 ans) et les adolescents (de 15 à 19 ans) au Nouveau-Brunswick (figure 9). Au cours de cette période de dix ans, la leucémie*, le cancer du cerveau† et la maladie de Hodgkin* représentaient 63 % de tous les cas de cancer chez les garçons et 49 % chez les filles (figure 10). Le compte des taux d'incidence était légèrement plus élevé chez les garçons que chez les filles au cours de la période étudiée. Les taux moyens propres à l'âge étaient plus élevés chez les enfants âgés de 0 à 5 ans; les résultats étaient très semblables à ceux du rapport de Santé Canada sur le cancer chez les enfants.¹⁹

Fig. 9 Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000), cancer chez les enfants et les adolescents (0 à 19 ans), selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1992-2001

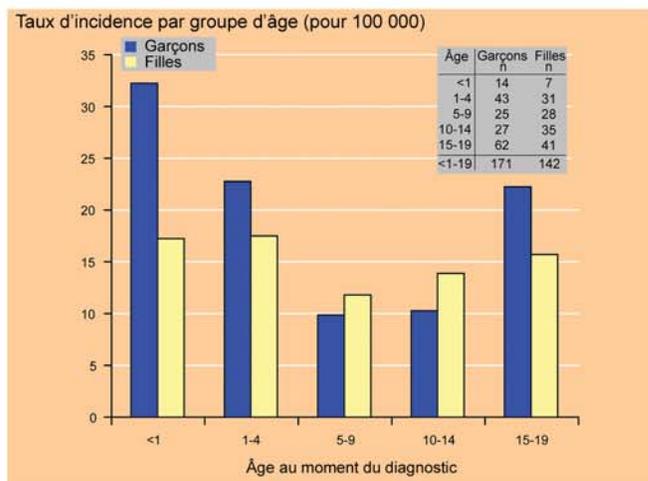
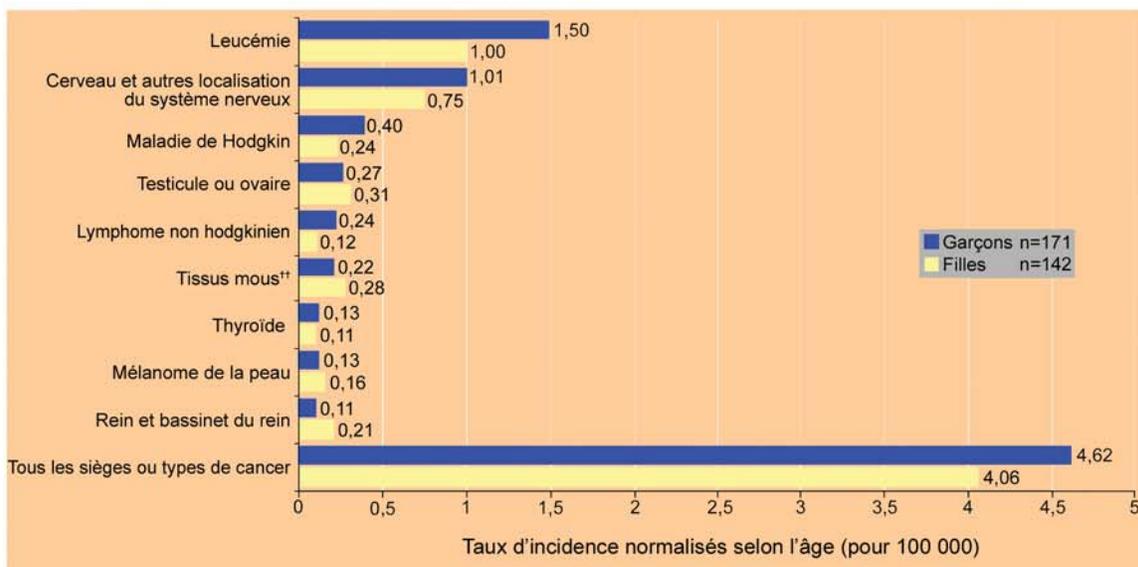


Fig. 10 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers chez les enfants et les adolescents (0 à 19 ans), selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1992-2001**



* La morphologie prédominante de la leucémie chez les garçons et les filles était la « leucémie lymphoblastique aiguë, sans autre indication ».

† La morphologie prédominante pour les cancers du cerveau chez le groupe d'âge de 0 à 14 ans était la « tumeur neuro-ectodermique primitive, sans autre indication ».

* La morphologie prédominante pour la maladie de Hodgkin chez le groupe des adolescents était la « sclérose nodulaire, sans autre indication ».

** Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991

†† Les tissus mous incluent :

C47 (nerfs périphériques du système nerveux autonome)
C49 (tissu conjonctif, tissu sous-cutané et autres tissus mous)
C38.0 (cœur)



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Répartition régionale du cancer

Démographie régionale de la population

Le Nouveau-Brunswick est divisé en sept régions sanitaires dont la taille de la population varie, allant d'environ 32 000 dans la région 5 à 186 000 dans la région 1. Parmi les 757 000 résidents du Nouveau-Brunswick, 70 % sont situés dans les régions 1, 2 et 3. Le reste de la population du Nouveau-Brunswick vit dans les régions du Nord, soit les régions 4, 5, 6 ou 7 (carte 1).

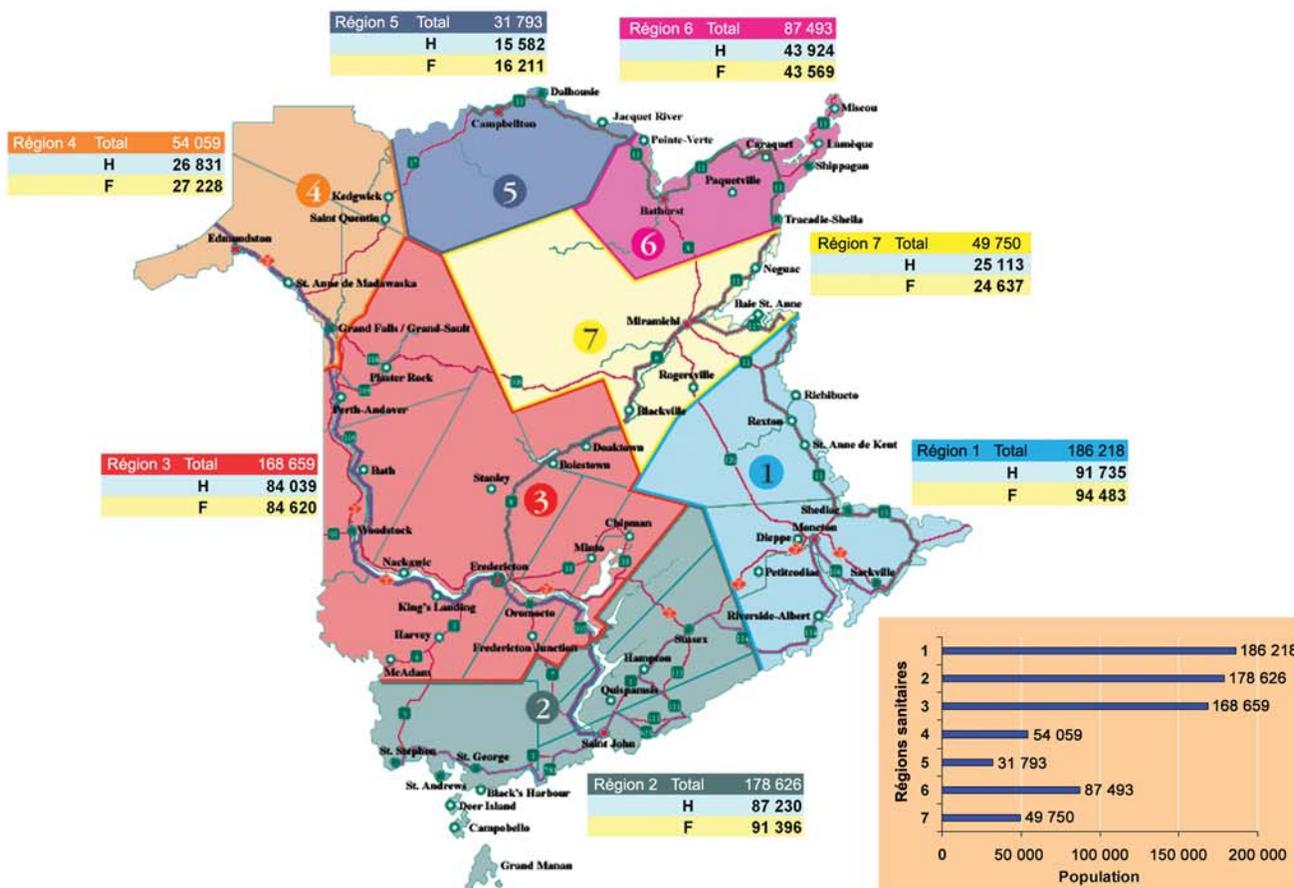
Les taux d'incidence, les taux de mortalité et la fréquence des décès à l'échelle provinciale sont plus représentatifs des cancers diagnostiqués dans les régions 1, 2 et 3. Certaines régions comptaient une population plus âgée ou un ratio homme – femme différent, ce qui aurait pu avoir une

influence sur les types de cancer les plus souvent diagnostiqués et la mortalité associée. Les facteurs pouvant influencer sur les taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer sont l'âge, le sexe, le style de vie, les conditions socio-économiques, la génétique, les conditions environnementales et d'autres facteurs non considérés.

Classement du cancer selon la région sanitaire

Les cinq sièges ou types de cancer présentés dans cette section ont été choisis parce qu'ils avaient les taux normalisés selon l'âge les plus élevés pour la province chaque année (moyenne des sept régions). Ces cinq principaux cancers représentaient également plus de 60 % des incidences ou des mortalités. Ces sièges ou types de cancer ont été classés sur une échelle de 1 à 5 et ont ensuite été

Carte 1 Régions sanitaires du Nouveau-Brunswick et estimations de la population



RÉSULTATS: Répartition régionale du cancer

classé par région (tableaux 5 à 8). Les taux d'incidence et de mortalité à l'échelle régionale pour les cinq principaux cancers ont été comparés aux taux canadiens normalisés selon l'âge (figures 11 à 16).

Remarque : L'utilisation de taux normalisés selon l'âge réduit les effets des différences d'âge dans les régions et permet de comparer les taux de différentes régions.

Chez les hommes, dans toutes les régions, les sièges ou types de cancer présentant les taux d'incidence les plus élevés étaient, en ordre

décroissant : le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal (tableau 5). Les sièges ou types de cancer présentant les taux de mortalité les plus élevés étaient : le cancer du poumon, le cancer de la prostate et le cancer colorectal (tableau 6). Ces résultats sont constants dans toutes les régions sauf les régions 1 et 4, où les taux de mortalité attribuable au cancer colorectal étaient supérieurs aux taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate.

Chez les femmes, dans toutes les régions, le siège ou type de cancer présentant le taux d'incidence

Tableau 5-8 Classement des cinq principaux cancers dans les sept régions sanitaires comparativement au classement à l'échelle provinciale au moyen des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge* (pour 100 000), selon le sexe, 1997-2001

Tableau 5 INCIDENCE CHEZ LES HOMMES

Sièges ou types de cancer	Région 1		Région 2		Région 3		Région 4		Région 5		Région 6		Région 7		Province	
	TINA	Rang														
Prostate	142,2	1	131,9	1	137,2	1	116,6	1	158,4	1	162,0	1	120,6	1	138,5	1
Poumon	90,0	2	106,4	2	91,3	2	97,5	2	94,2	2	98,1	2	108,8	2	97,0	2
Colorectal	68,2	3	60,6	3	57,0	3	67,6	3	68,6	3	58,4	3	65,3	3	62,7	3
Vessie	31,0	4	38,4	4	33,4	4	34,6	4	21,4	5	28,8	4	33,3	4	32,9	4
Lymphome non hodgkinien	20,4	5	23,6	5	19,6	5	17,6	5	20,4	6	23,2	5	15,4	8	20,8	5

Tableau 6 MORTALITÉ CHEZ LES HOMMES

Sièges ou types de cancer	Région 1		Région 2		Région 3		Région 4		Région 5		Région 6		Région 7		Province	
	TMNA	Rang														
Poumon	78,1	1	89,2	1	78,2	1	101,3	1	85,6	1	85,2	1	83,1	1	83,9	1
Prostate	26,8	3	32,5	2	29,3	2	29,0	3	36,4	2	35,6	2	32,3	2	30,6	2
Colorectal	28,4	2	28,6	3	24,8	3	40,6	2	24,5	3	26,9	3	32,2	3	28,5	3
Pancréas	12,4	4	11,7	4	9,2	5	7,5	8	17,9	4	9,0	6	12,6	4	11,1	4
Lymphome non hodgkinien	11,3	5	9,4	5	9,2	4	11,1	5	8,7	6	13,5	5	8,3	7	10,4	5

Tableau 7 INCIDENCE CHEZ LES FEMMES

Sièges ou types de cancer	Région 1		Région 2		Région 3		Région 4		Région 5		Région 6		Région 7		Province	
	TINA	Rang														
Sein	103,1	1	111,8	1	105,7	1	89,3	1	83,5	1	94,9	1	96,3	1	102,8	1
Colorectal	52,0	2	51,3	3	46,3	2	39,0	3	38,2	3	41,4	2	47,2	3	47,7	2
Poumon	46,1	3	55,1	2	39,5	3	40,5	2	62,7	2	35,3	3	54,7	2	46,7	3
Corps utérin†	16,2	5	22,9	4	18,9	4	14,1	4	20,6	4	10,9	5	12,7	5	17,6	4
Lymphome non hodgkinien	19,0	4	15,3	5	12,8	5	10,8	5	19,7	5	16,4	4	19,4	4	16,0	5

Tableau 8 MORTALITÉ CHEZ LES FEMMES

Sièges ou types de cancer	Région 1		Région 2		Région 3		Région 4		Région 5		Région 6		Région 7		Province	
	TMNA	Rang														
Poumon	32,1	1	41,5	1	27,8	1	34,6	1	44,4	1	31,7	1	36,2	1	34,4	1
Sein	23,9	2	25,1	2	27,0	2	21,5	2	25,9	2	28,2	2	25,3	2	25,2	2
Colorectal	21,4	3	18,2	3	21,3	3	18,7	3	14,6	3	16,7	3	22,0	3	19,6	3
Pancréas	9,0	4	9,0	4	6,5	5	7,6	7	4,1	8	10,0	4	10,0	4	8,3	4
Ovaire	7,5	5	7,3	5	8,2	4	7,8	6	9,2	4	5,7	8	9,5	5	7,7	5

* Taux normalisé à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.

† Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

le plus élevé était le cancer du sein. Les sièges ou types de cancer présentant les taux d'incidence les plus élevés après le cancer du sein étaient le cancer colorectal et le cancer du poumon. Le classement en ce qui concerne ces deuxième et troisième positions variait selon les régions (tableau 7). Les cancers présentant les taux de mortalité les plus élevés chez les femmes dans tous les régions étaient, en ordre décroissant, les suivants : le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal (tableau 8).

Cancer de la prostate

Les taux d'incidence du cancer de la prostate les plus élevés ont été observés dans la région 6 (162,0 cas par 100 000 hommes) et dans la région 5 (158,4 cas par 100 000 hommes) (tableau 5). Les taux dans ces régions étaient supérieurs au taux provincial qui s'élevait à 138,5 cas par 100 000 hommes et supérieurs au taux annuel estimé au Canada en 2001 qui s'établissait à 117 cas par 100 000 hommes (figure 11).⁴

Cancer du sein

Chez les femmes, le cancer du sein a présenté le taux d'incidence le plus élevé de tous les types de cancer dans toutes les régions, et le taux de mortalité attribuable au cancer du sein s'est classé deuxième dans toutes les régions (tableaux 7 et 8). Les taux d'incidence ont varié de 83,5 cas dans la région 5 à 111,8 cas par 100 000 personnes dans la région 2. Les taux de mortalité ont varié de 21,5 décès par 100 000 personnes dans la région 4 à 28,2 décès par 100 000 personnes dans la région 6. Les taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer du sein au Nouveau-Brunswick étaient, respectivement, de 102,8 nouveaux cas et de 25,2 décès par 100 000 femmes. Ces taux étaient légèrement inférieurs aux taux annuels estimés au Canada en 2001 qui s'élevaient à 105,5 nouveaux cas et à 26,1 décès par 100 000 personnes (figure 12).⁴

Fig. 11 Taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer de la prostate, hommes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001

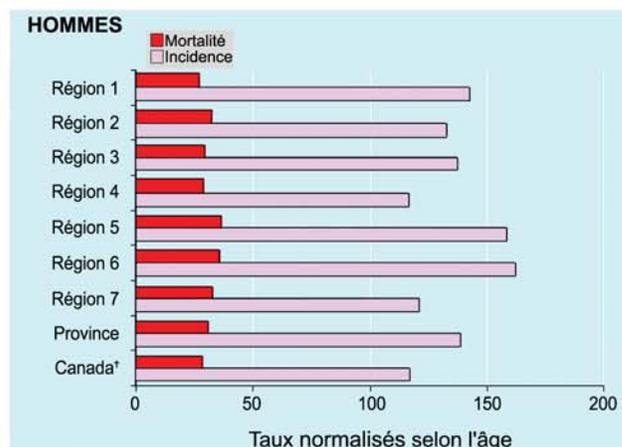
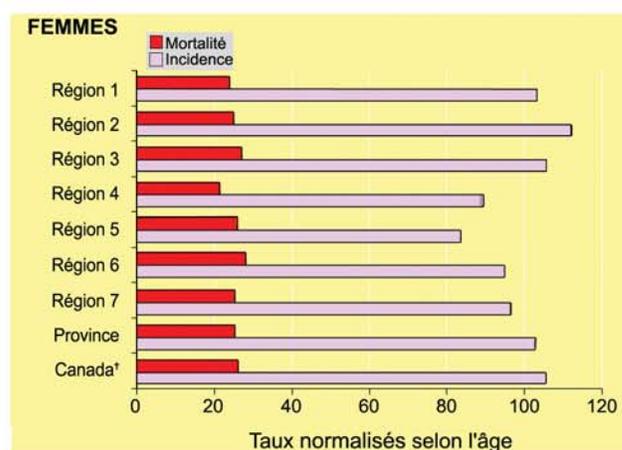


Fig. 12 Taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer du sein, femmes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001



Cancer du poumon

Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer du poumon ont varié de 90,0 cas dans la région 1 à 108,8 cas par 100 000 personnes dans la région 7. Les taux de mortalité ont varié de 78,1 décès par 100 000 personnes dans la région 1 à 101,3 décès par 100 000 personnes dans la région 4. Chez les hommes, les taux normalisés selon l'âge d'incidence et de mortalité attribuables au cancer du poumon pour toutes les régions étaient supérieurs aux taux estimés au Canada en 2001 qui s'élevaient à 77,1 nouveaux cas par 100 000

* Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991

† Taux estimés de 2001



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Fig. 13 Taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer du poumon, hommes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001

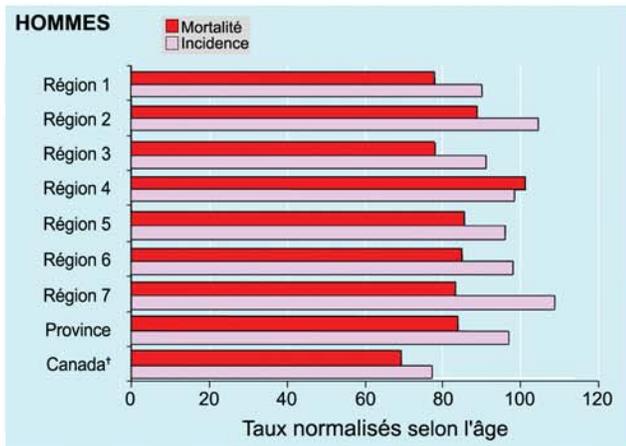


Fig. 15 Taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer colorectal, hommes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001

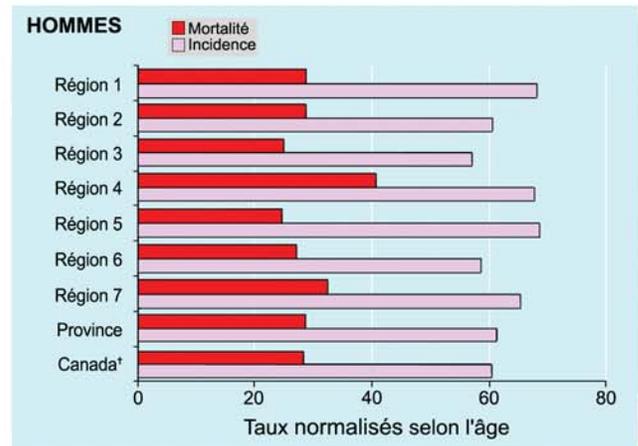


Fig. 14 Taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer du poumon, femmes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001

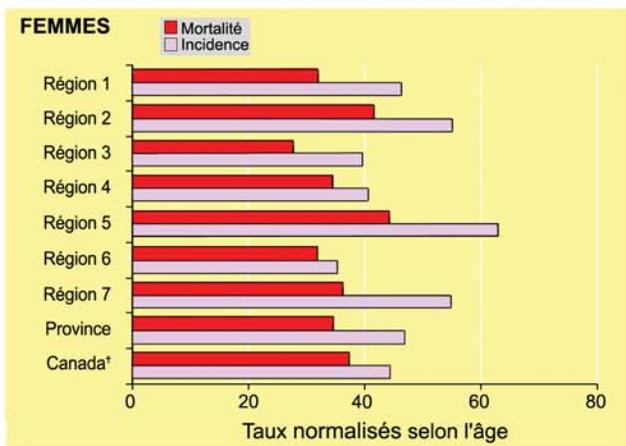
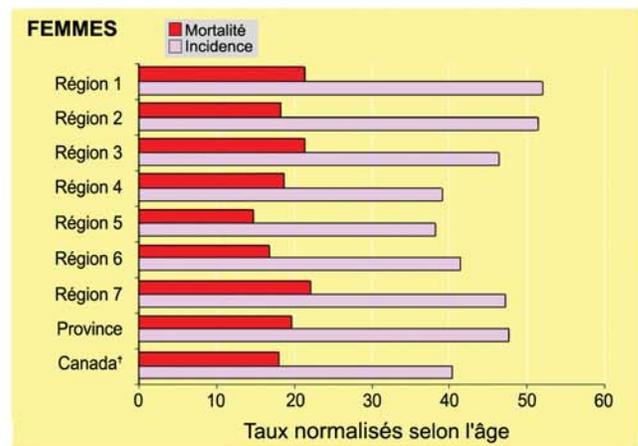


Fig. 16 Taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer colorectal, femmes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001



personnes et à 69,1 décès par 100 000 personnes, respectivement (figure 13).⁴ Les taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes ont été supérieurs aux taux d'incidence dans la région 4, ce qui signifie que, en moyenne, plus d'hommes sont morts du cancer qu'on en a diagnostiqué souffrant de la maladie durant la période d'étude de 1997 à 2001.

Chez les femmes, les taux d'incidence du cancer du poumon ont varié de 35,3 cas dans la région 6

à 62,7 cas par 100 000 personnes dans la région 5 (tableau 7). Les taux de mortalité ont varié de 27,8 décès dans la région 3 à 44,4 décès par 100 000 personnes dans la région 5 (tableau 8). Les femmes dans les régions 1, 2, 5 et 7 ont obtenu des taux d'incidence du cancer du poumon plus élevés que les taux nationaux. Les régions 2 et 5 ont enregistré des taux de mortalité plus élevés que les taux à l'échelle nationale (figure 14). Chez les femmes, les taux au Canada en 2001 étaient de 44,2 nouveaux cas et de 37,2 décès par 100 000 personnes.⁴

* Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991

† Taux estimés de 2001



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Cancer colorectal

Les taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes ont varié de 57,0 cas dans la région 3 à 68,6 cas par 100 000 personnes dans la région 5 (tableau 5). Les hommes dans les régions 1, 2, 4, 5 et 7 ont obtenu des taux d'incidence du cancer colorectal plus élevés que le taux estimé au Canada en 2001 qui s'établissait à 60,2 cas par 100 000 personnes (figure 15).⁴ Les taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes ont varié de 24,5 décès dans la région 5 à 40,6 décès par 100 000 personnes dans la région 4 (tableau 6). Chez les hommes, la mortalité attribuable au cancer colorectal s'est classée au troisième rang dans les régions 2, 3, 5, 6 et 7.

Chez les femmes, l'incidence du cancer colorectal s'est classée au deuxième rang dans les régions 1, 3 et 6. Dans les autres régions, le cancer du poumon et le cancer colorectal se sont classés respectivement au deuxième et au troisième rang. Les taux d'incidence du cancer colorectal chez les femmes ont varié de 38,2 cas par 100 000 personnes dans la région 5 à 52,0 cas dans la région 1 (tableau 7). Les taux de mortalité ont varié de 14,6 décès par 100 000 personnes dans la région 5 à 22,0 décès dans la région 7 (tableau 8). Les régions 4 et 5 ont obtenu des taux d'incidence plus faibles que le taux national estimé pour 2001 qui s'est élevé à 40,3 cas par 100 000 personnes (figure 16).⁴

Cancer de la vessie

Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer de la vessie ont varié de 21,4 cas dans la région 5 à 38,4 cas par 100 000 personnes dans la région 2 (tableau 5). Chez les hommes, le cancer de la vessie s'est classé au quatrième rang en ce qui concerne le taux d'incidence le plus élevé dans toutes les régions sanitaires, à l'exception de la région 5, où le cancer du rein et du bassin du rein a obtenu un taux de 22,1 cas par 100 000 personnes pour se classer au quatrième rang, suivi du cancer de la vessie et du lymphome non hodgkinien. Le taux d'incidence du cancer de la vessie chez les hommes au Canada en

2001 était de 23,4 cas par 100 000 personnes.⁴ Chez les hommes, la mortalité attribuable au cancer de la vessie s'est classée au cinquième rang dans la région 7 avec 10,6 décès par 100 000 personnes.⁴ Chez les femmes, l'incidence et la mortalité attribuables au cancer de la vessie ne se sont pas classées parmi les cinq principaux cancers.

Cancer du corps utérin

Chez les femmes, l'incidence du cancer du corps utérin s'est classée au quatrième rang dans les régions 2, 3, 4 et 5 et au cinquième rang dans les autres régions (tableau 7). Les taux d'incidence ont varié de 10,9 cas dans la région 6 à 22,9 cas par 100 000 personnes dans la région 2. La moyenne du taux d'incidence du cancer du corps utérin à l'échelle provinciale était de 17,6 cas et était inférieure au taux estimé au Canada en 2001 qui s'élevait à 18,8 cas par 100 000 personnes.⁴

Lymphome non hodgkinien (LNH)

Les taux d'incidence du LNH chez les hommes ont varié de 15,4 cas par 100 000 personnes dans la région 7 à 23,6 cas par 100 000 personnes dans la région 2, comparativement à la moyenne provinciale de 20,8 cas et au taux estimé au Canada en 2001 de 20,4 cas par 100 000 personnes (tableau 5).⁴ Chez les hommes, l'incidence du LNH s'est classée au cinquième rang dans toutes les régions, à l'exception de la région 5, où le cancer de la vessie s'est classé au cinquième rang, et de la région 7, où le cancer de l'estomac s'est classé au cinquième rang. La mortalité attribuable au LNH s'est classée au cinquième rang dans les régions 1, 2, 4 et 6. La région 7 a obtenu le taux de mortalité le plus faible avec 8,3 décès par 100 000 personnes, et la région 6 a obtenu le taux le plus élevé avec 13,5 décès par 100 000 personnes. Le taux de mortalité national estimé en 2001 attribuable au LNH était de 9,1 décès par 100 000 personnes.⁴

Chez les femmes, l'incidence du LNH s'est classée au quatrième rang dans les régions 1, 6 et 7 et au



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

cinquième rang dans les autres régions (tableau 7). Les taux d'incidence ont varié de 10,8 cas dans la région 4 à 19,7 cas par 100 000 personnes dans la région 5. Le taux d'incidence provincial du LNH chez les femmes était de 16,0 cas par 100 000 personnes, comparativement au taux estimé au Canada en 2001 de 14,5 cas par 100 000 personnes.⁴ Le LNH ne s'est pas classé parmi les cinq principaux sièges ou types de cancer en ce qui a trait à la mortalité chez les femmes.

Cancer du pancréas

L'incidence du cancer du pancréas ne s'est pas classée parmi les cinq principaux sièges ou types de cancer chez les hommes ni les femmes au Nouveau-Brunswick. La mortalité attribuable au cancer du pancréas chez les hommes s'est classée au quatrième rang dans les régions 1, 2, 5 et 7 (tableau 6). Chez les femmes, la mortalité attribuable au cancer du pancréas s'est classée au quatrième rang dans les régions 1, 2, 6 et 7 (tableau 8). Les taux de mortalité attribuable au cancer du pancréas chez les hommes ont varié de 7,5 décès par 100 000 personnes dans la région 4 à 17,9 décès par 100 000 personnes dans la région 5. Chez les femmes, ces taux ont varié de 4,1 décès par 100 000 personnes dans la région 5 à 10,0 décès dans les régions 6 et 7. Les taux provinciaux étaient de 11,1 décès pour les hommes et de 8,3 décès pour les femmes par 100 000 personnes.

Fréquence du cancer

La répartition régionale de la fréquence relative à l'incidence et à la mortalité pour les dix cancers les plus fréquents est présentée aux figures 17 à 30. La répartition de la fréquence correspond au pourcentage de chaque cancer par rapport à l'ensemble des cancers. Dans cette étude, la fréquence repose sur le nombre de cas de cancer et de décès attribuables au cancer survenus de 1997 à 2001.*

* Les pourcentages dans cette section du rapport ont été arrondis au nombre près.

Le cancer de la prostate a été le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes et a représenté entre 23 % de tous les cancers dans la région 7 et 31 % dans les régions 5 et 6. L'estimation canadienne de 2003[†] relative à la fréquence de l'incidence du cancer de la prostate était de 26 %.⁴ La fréquence de mortalité attribuable au cancer de la prostate pour les régions a varié entre 10 % et 14 %, pourcentages semblables à la fréquence nationale estimée pour 2003 de 12 %.⁴

Le cancer du sein a été le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes et représente 25 % des cancers dans la région 5 et 31 % dans la région 3, taux comparable au taux canadien de 31 %.⁴ Dans la région 3, le cancer du sein a constitué le pourcentage le plus élevé de décès attribuables au cancer chez les femmes et représente 19 % de tous les cancers, comparativement à la moyenne provinciale et au taux national estimé de 2003 qui se chiffrent tous les deux à 17 %.⁴

La répartition régionale de la fréquence d'incidence du cancer du poumon chez les hommes a varié de 18 % dans les régions 1 et 5 à 21 % dans les régions 4 et 7. Chez les femmes, l'incidence du cancer du poumon a varié de 11 % dans les régions 3 et 6 à 18 % dans la région 5. La fréquence canadienne estimée de l'incidence du cancer du poumon pour 2003 était de 17 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes.⁴ À l'exception de la région 3, le cancer du poumon représentait le pourcentage le plus élevé de décès attribuables au cancer chez les hommes et les femmes; ce pourcentage était en moyenne de 5 à 15 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes selon la région. La fréquence de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes a varié de 32 % dans la région 6 à 37 % dans la région 4. L'estimation canadienne de la fréquence des décès pour 2003 chez les hommes était de 31 %.⁴ Chez

[†] Les données canadiennes disponibles les plus à jour datent de 1999; ainsi, pour les années qui suivent 1999, on a recours à des estimations.



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

les femmes, la fréquence des décès attribuables au cancer du poumon a varié dans les régions de 19 % à 30 %, la région 5 enregistrant le pourcentage le plus élevé. Pour 2003, l'estimation nationale de la fréquence de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les femmes était de 25 %.⁴

Dans les régions 1, 2, 6 et 7, le cancer du pancréas chez les femmes s'est classé au quatrième rang des causes les plus fréquentes de décès attribuables au cancer et représentait de 5 à 8 % du total dans ces régions. Le cancer de l'ovaire s'est classé au quatrième rang des causes les plus fréquentes de décès attribuables au cancer dans les régions 3 et 5. Dans la région 6, le cancer de l'estomac s'est classé au cinquième rang des causes les plus fréquentes de décès liés au cancer, représentant 5 % du total. Chez les femmes, la fréquence de décès attribuable à *tous les autres sièges ou types* a varié entre 15 et 23 % selon les régions.



Photo fournie par la Régie régionale de la santé de la vallée



Photo fournie par la Régie régionale de la santé Beauséjour.

Chez les hommes, le lymphome non hodgkinien s'est classé au quatrième rang des décès attribuables au cancer les plus fréquents dans les régions 3 et 4 et au cinquième rang dans les régions 1, 2, 5 et 6. Dans la région 4, le cancer de l'estomac s'est classé au cinquième rang des causes les plus fréquentes de décès attribuables au cancer et représentait 4 % du total.

Chez les femmes, le LNH s'est classé au quatrième rang parmi les principaux cancers diagnostiqués dans les régions 1 et 6. Environ 5 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer dans ces deux régions pourraient être attribuables au LNH.

Dans les régions 2, 3, 4 et 5, l'incidence du cancer du corps utérin s'est classée au quatrième rang des cancers diagnostiqués les plus fréquents et représentait de 4 à 6 % de l'ensemble des cancers. Dans la région 7, le cancer de l'ovaire s'est classé au quatrième rang des cancers les plus fréquents et représentait 5 % de l'ensemble des cancers.

La leucémie a été diagnostiquée plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, elle s'est classée parmi les dix cancers les plus fréquents dans les sept régions en ce qui a trait à la mortalité et à l'incidence, à l'exception de la région 4. L'incidence de la leucémie chez les femmes a été moins fréquente et a fait partie des dix cancers les plus fréquents dans la région 5 seulement. La leucémie s'est classée au cinquième



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

rang des causes les plus fréquentes de décès attribuables au cancer dans la région 5, représentant 4 % des décès. Au Canada, la fréquence de l'incidence de la leucémie était d'environ 3 % chez les hommes et 2 % chez les femmes.

Le cancer de la thyroïde, le cancer du col utérin, le cancer de l'estomac, la leucémie et le cancer du « cerveau et d'autres localisations du système nerveux » se sont classés parmi les dix cancers les plus importants chez les femmes dans une ou plusieurs régions, mais pas à l'échelle provinciale. Le cancer du « cerveau et d'autres

Fig. 17 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 1, 1997-2001

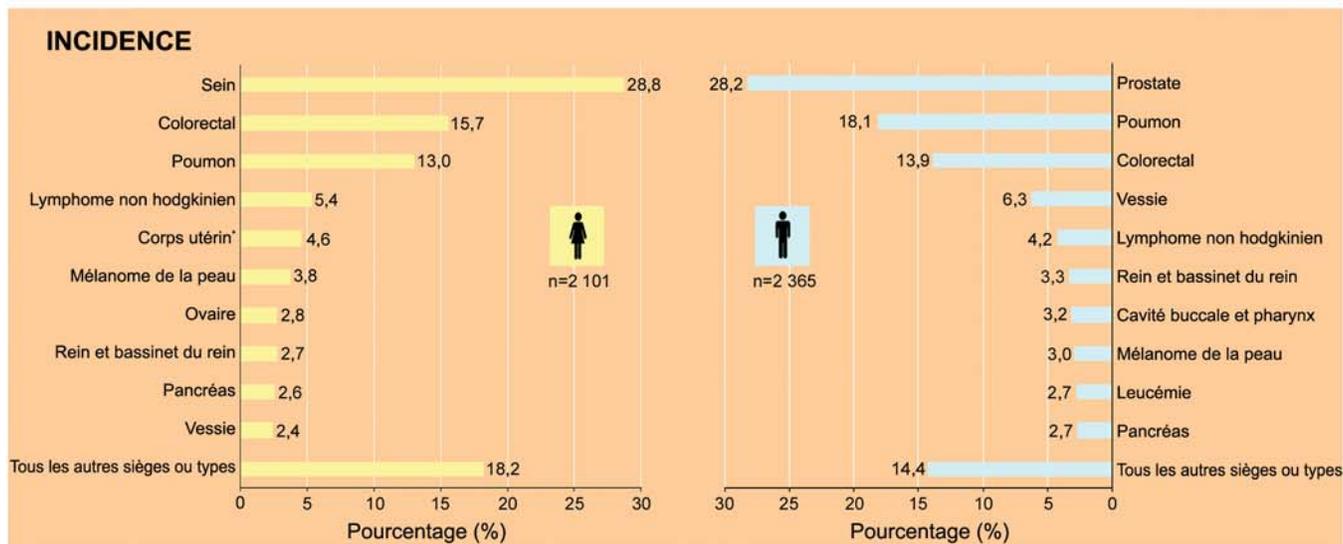
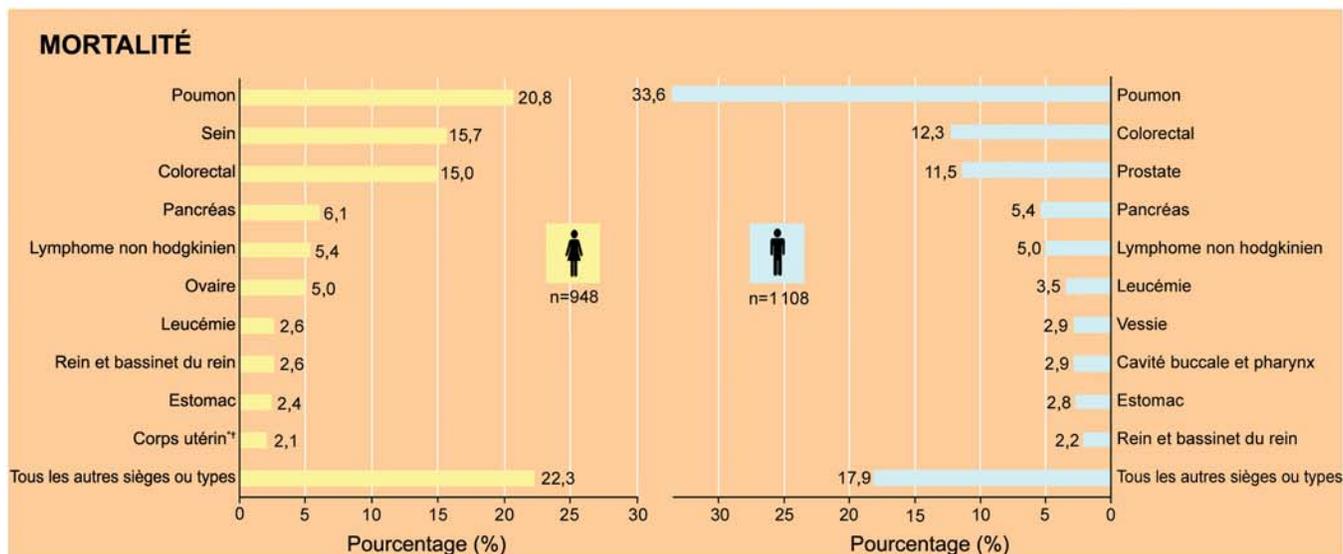


Fig 18 Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 1, 1997-2001



* Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.

† Pour les femmes, en tenant compte de répartition en pourcentage, cerveau et autres localisations du système nerveux partagent le même rang que corps utérin.



RÉSULTATS: Répartition régionale du cancer

localisations du système nerveux » est le seul cancer qui s'est classé parmi les dix causes de décès attribuables au cancer les plus fréquentes chez les femmes dans une ou plusieurs régions, mais pas à l'échelle provinciale.

Le cancer du pancréas et le cancer du « cerveau et

d'autres localisations du système nerveux » se sont classés parmi les dix cancers les plus importants chez les hommes dans une ou plusieurs régions, mais pas à l'échelle provinciale. Le cancer du « cerveau et d'autres localisations du système nerveux », le cancer « d'autres localisations de l'appareil digestif » et le cancer du foie se sont

Fig. 19 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 2, 1997-2001

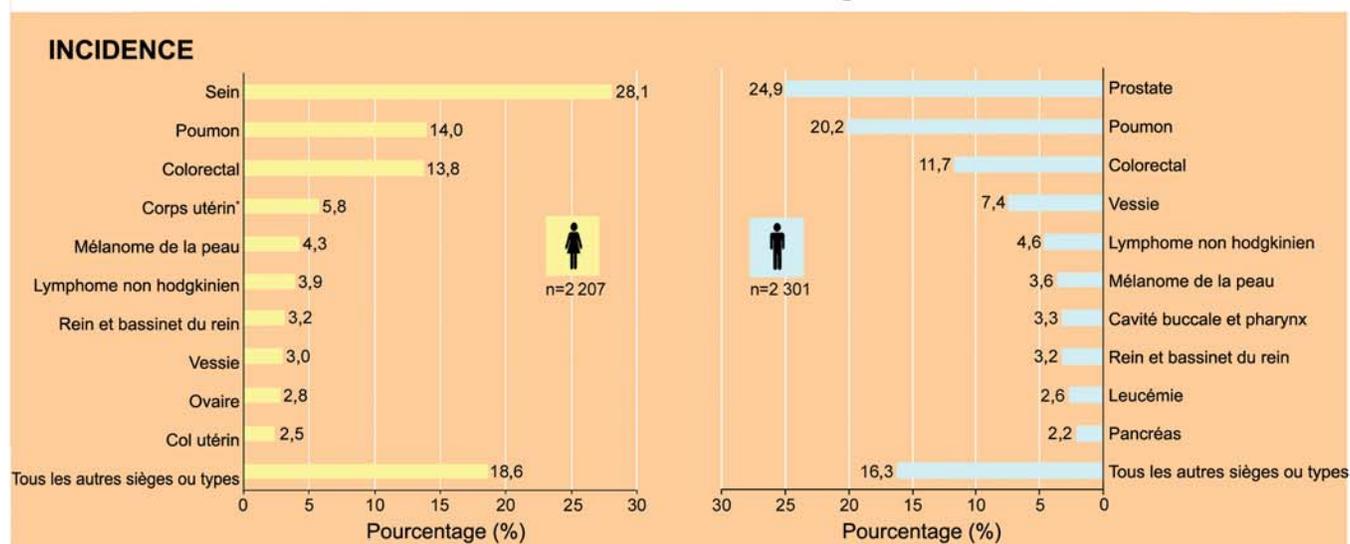
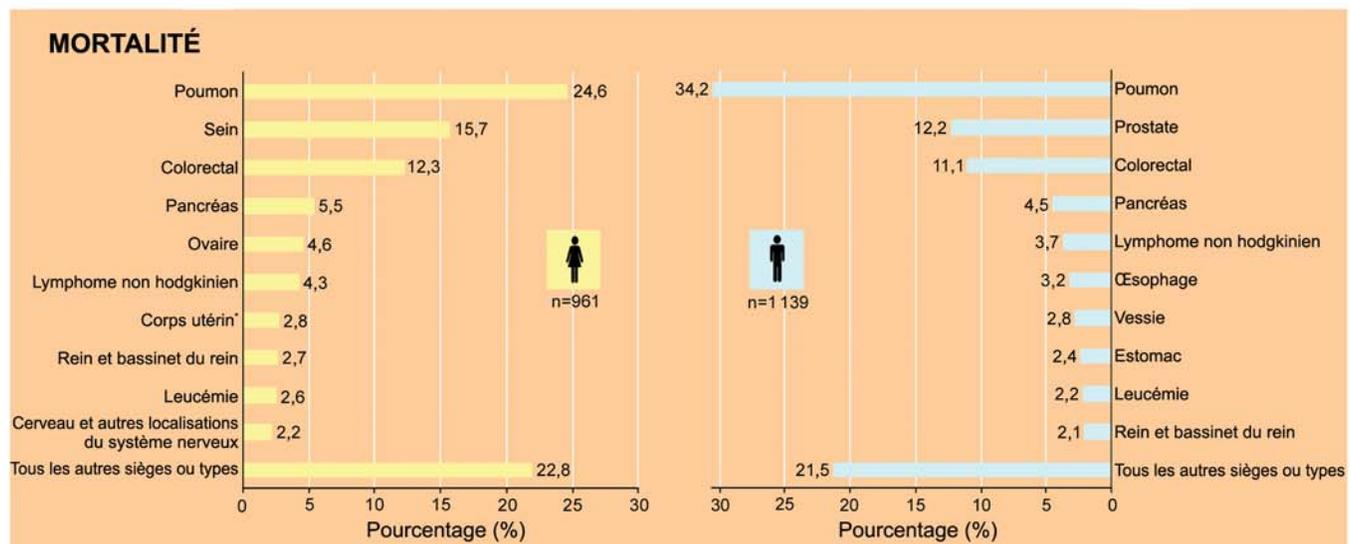


Fig. 20 Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 2, 1997-2001



*Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.



RÉSULTATS: Répartition régionale du cancer

classés parmi les dix causes de décès attribuables au cancer les plus fréquentes chez les hommes dans une ou plusieurs régions, mais pas à l'échelle provinciale.

Chez les hommes comme chez les femmes,

l'incidence du mélanome de la peau était, en moyenne, plus souvent recensée dans les régions 1, 2 et 3 que dans les régions 4, 5, 6 et 7. Chez les hommes, la fréquence de l'incidence et de la mortalité attribuables au cancer de l'estomac était plus fréquente dans les régions 4, 5, 6 et 7.

Fig. 21 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 3, 1997-2001

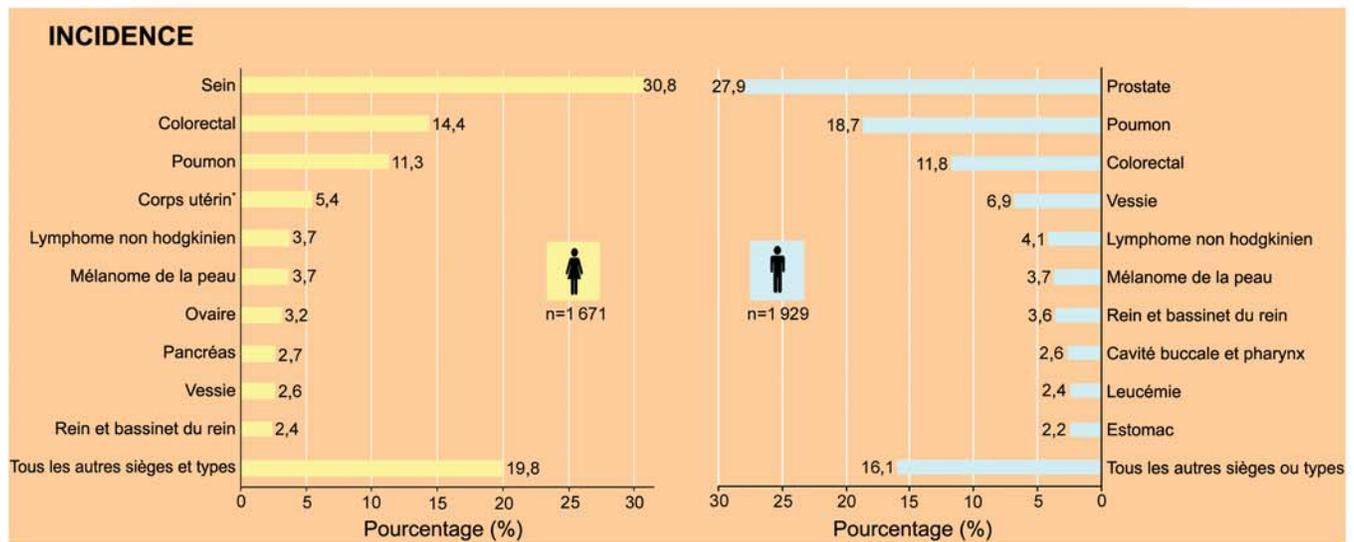
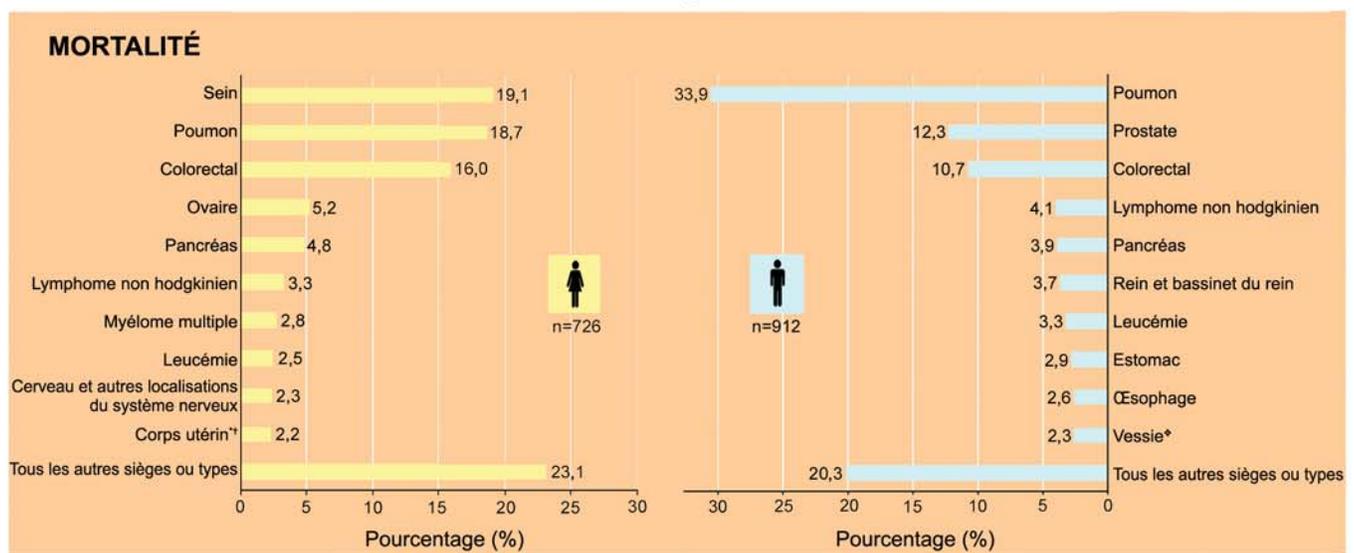


Fig. 22 Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 3, 1997-2003



* Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.

* Pour les femmes, en tenant compte de répartition en pourcentage, œsophage et estomac partage le même rang que corps utérin.

* Pour les hommes, en tenant compte de répartition en pourcentage, myélome multiple partage le même rang que vessie.



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Fig. 23 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 4, 1997-2001

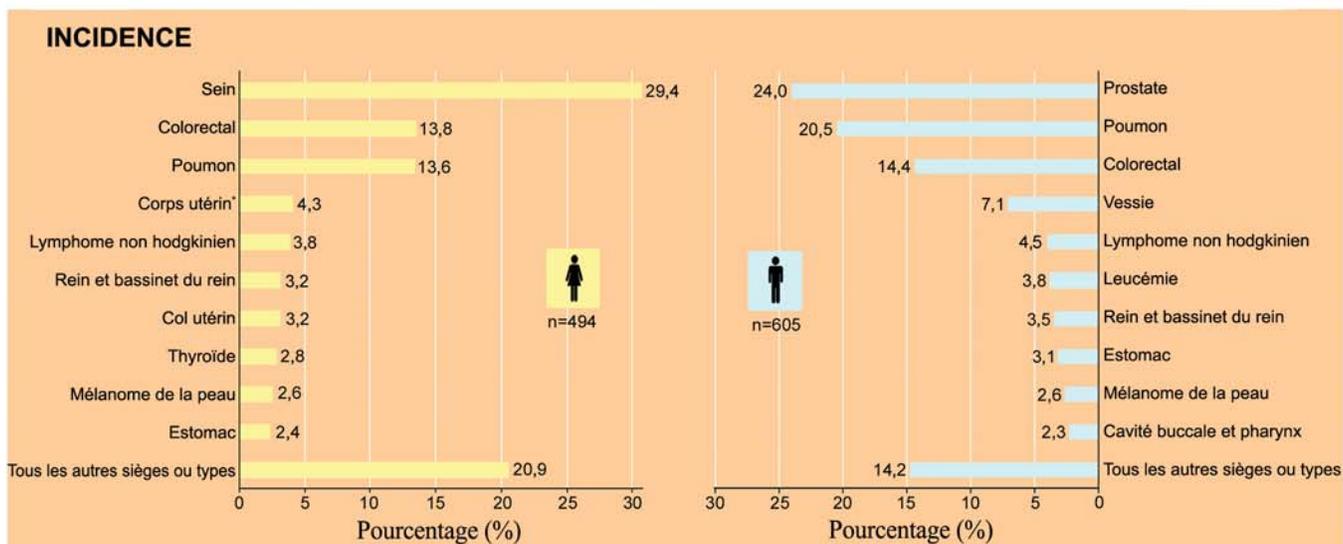
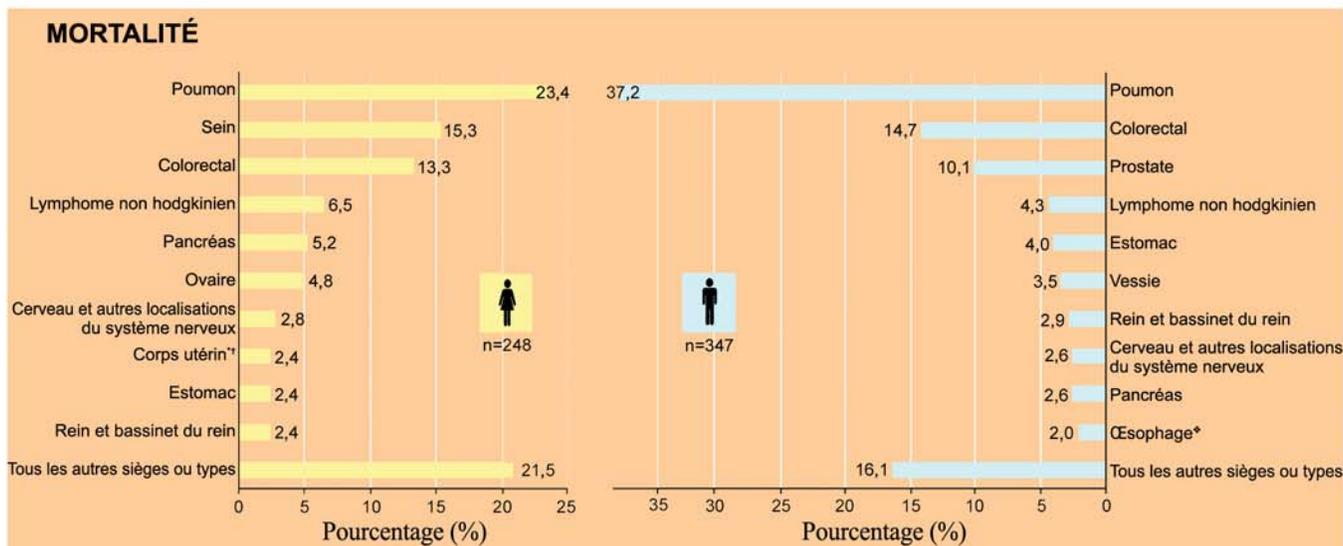


Fig. 24 Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 4, 1997-2003



* Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.

† Pour les femmes, tenant compte de répartition en pourcentage, la leucémie partage le même rang que corps utérin, estomac, et rein et bassinnet du rein.

‡ Pour les hommes, tenant compte de répartition en pourcentage, autres localisations de l'appareil digestif partage le même rang que œsophage.



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Fig. 25 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 5, 1997-2001

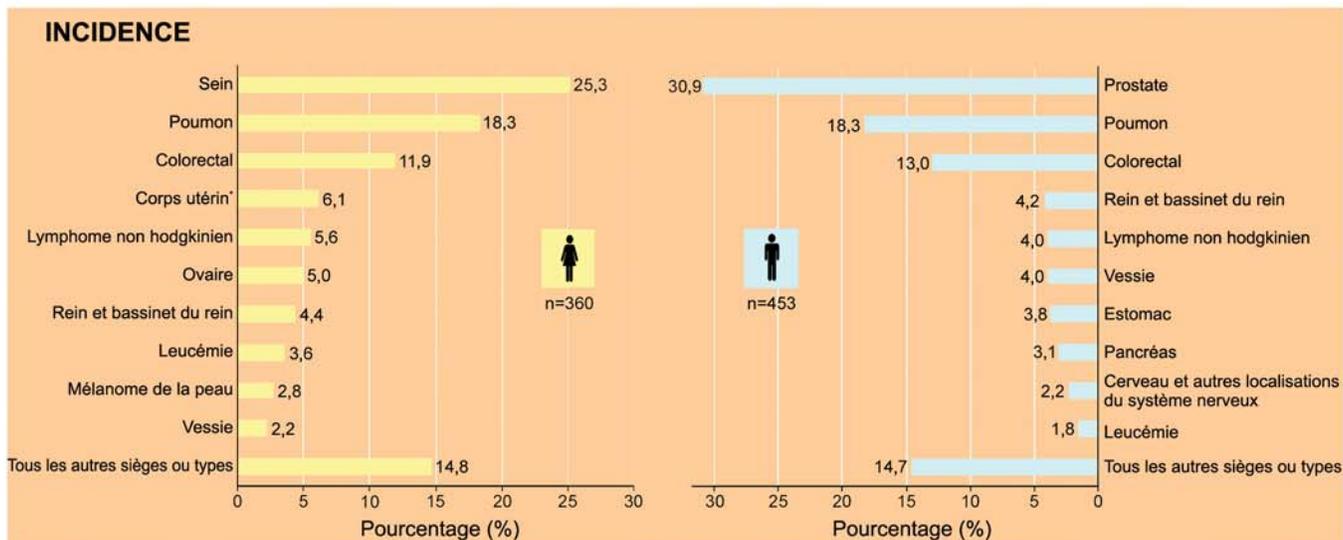
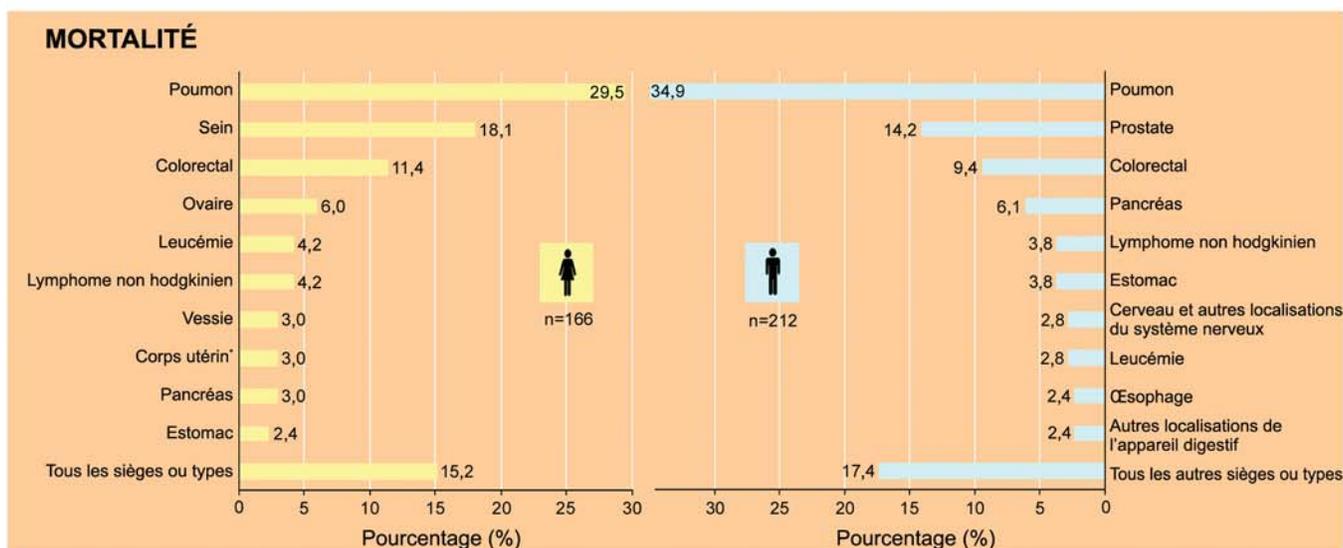


Fig. 26 Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 5, 1997-2001



* Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Fig. 27 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certain sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 6, 1997-2001

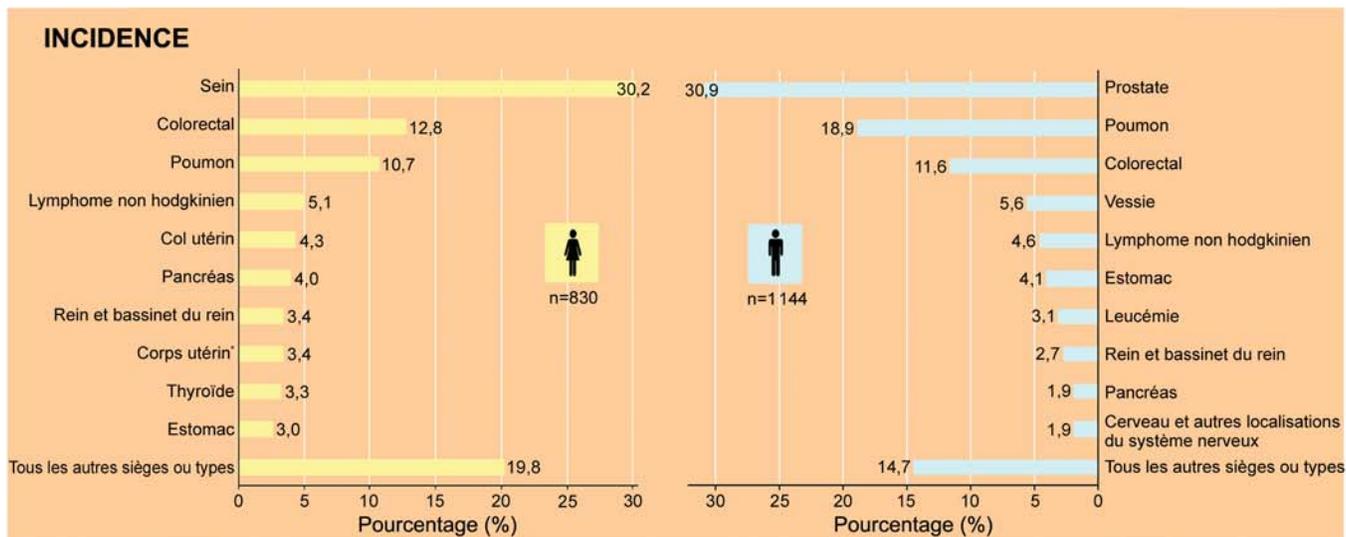
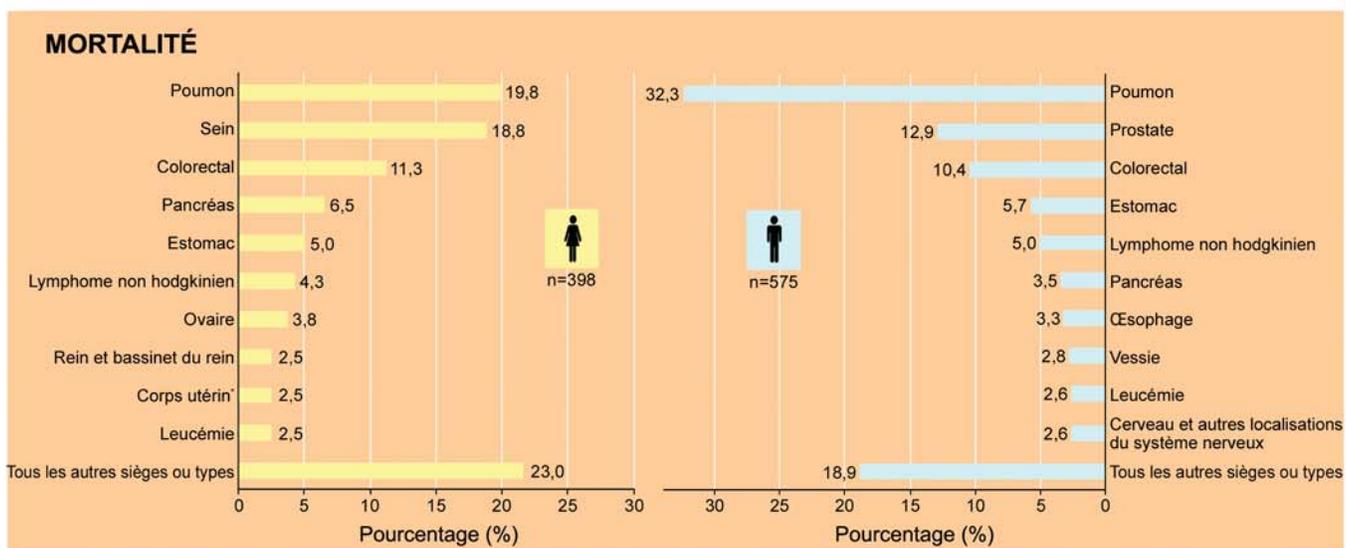


Fig. 28 Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 6, 1997-2001



* Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication



RÉSULTATS : Répartition régionale du cancer

Fig. 29 Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 7, 1997-2001

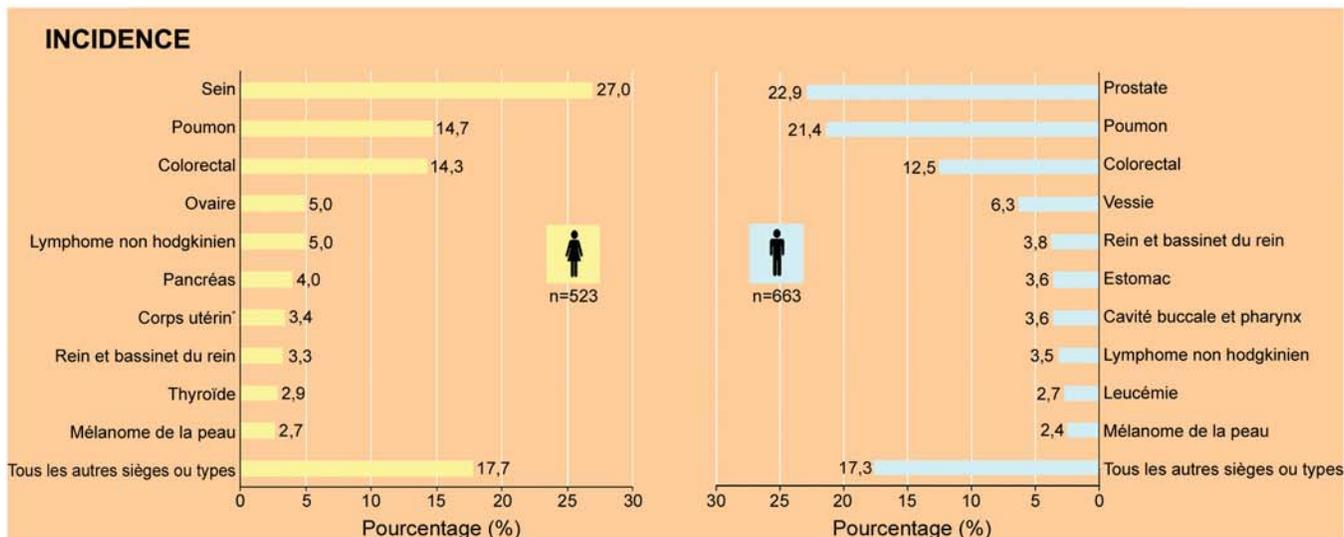
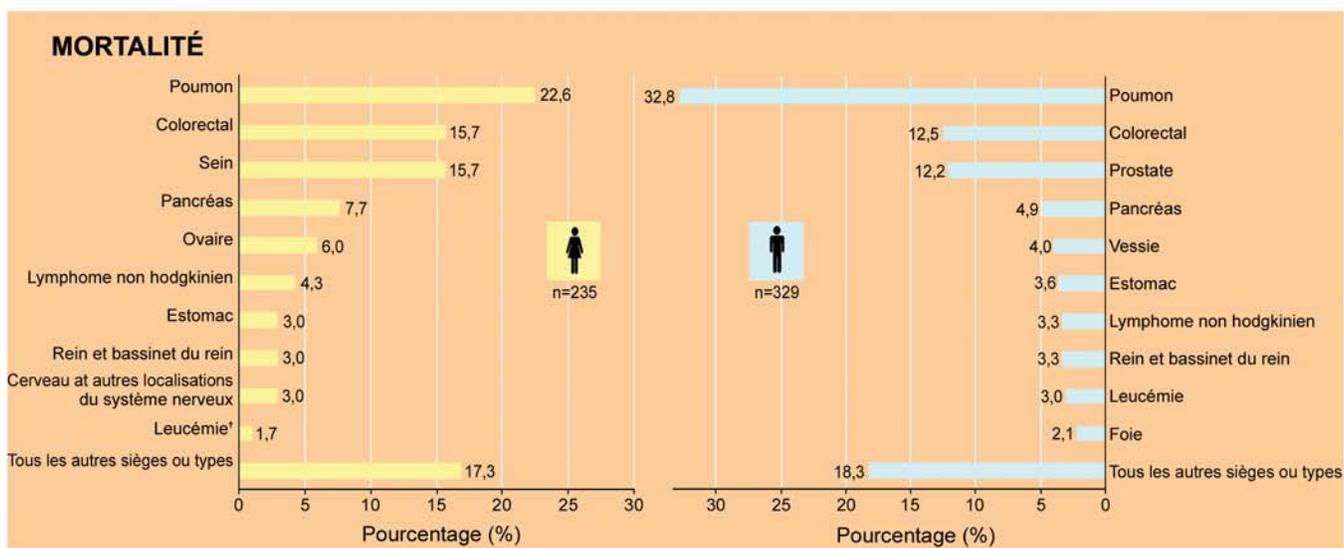


Fig. 30 Répartition en pourcentage de décès pour certain sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 7, 1997-2001



* Inclut corps utérin et utérus, sans autre indication.

† Pour les femmes, en tenant compte de répartition en pourcentage, col utérin partage le même rang que la leucémie.



RÉSULTATS : Tendances au niveau du cancer

Tendances au niveau du cancer au Nouveau-Brunswick

Tous les sièges ou types de cancer

Au cours de la période de 13 ans allant de 1989 à 2001, les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges de cancer ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et ce, de façon constante (figures 31 et 32). Il est à noter que les tendances observées pour l'ensemble des sièges de cancer ne permettent pas de présumer que chaque type de cancer de cette catégorie a suivi la même tendance. Les tendances de l'ensemble des sièges de cancer ont été influencées par les cancers ayant les plus hauts taux d'incidence ou de mortalité.

Par exemple, chez les hommes, la tendance au niveau de l'incidence de l'ensemble des sièges de cancer était semblable à la tendance au niveau de l'incidence du cancer de la prostate. La tendance au niveau de la mortalité pour l'ensemble des sièges de cancer a suivi la tendance du cancer du poumon pour ce qui est du taux de mortalité chez les hommes. Le cancer de la prostate représentait 27 % de l'incidence, tandis que le cancer du poumon correspondait à 34 % de la mortalité attribuable à l'ensemble des sièges de cancer. Il en va de même pour les tendances au niveau de l'incidence du cancer du sein chez les femmes ainsi que des tendances pour l'ensemble des sièges de cancer. Il importe également de noter que les taux de cancer à l'échelle nationale et leurs tendances reflètent davantage la situation des provinces les plus peuplées.

Les taux d'incidence et de mortalité associés à l'ensemble des sièges de cancer chez les hommes au Nouveau-Brunswick étaient nettement plus élevés que les taux à l'échelle nationale, ce qui était également vrai pour l'ensemble du Canada atlantique.⁴ Malgré cette différence de taux, les tendances au Nouveau-Brunswick suivaient les

mêmes pointes et creux que les tendances nationales.⁴ Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer ont augmenté entre 1989 et 2001 et ont atteint un sommet en 1994 (VAMP* : +0,33%). Pour ce qui est des taux de mortalité, ils ont diminué depuis 1989 (VAMP : -0,36 %).

Fig. 31 Tendances relatives aux taux[†] d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des sièges ou types de cancer, selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 1989-2001

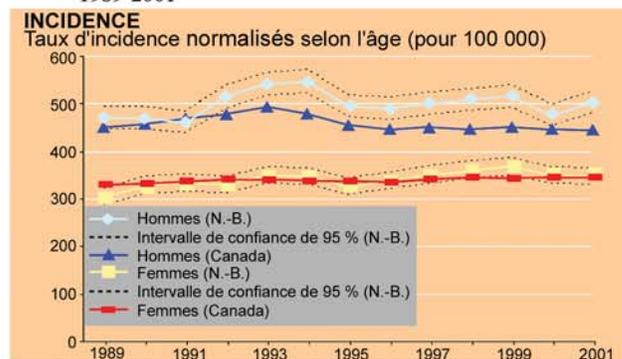
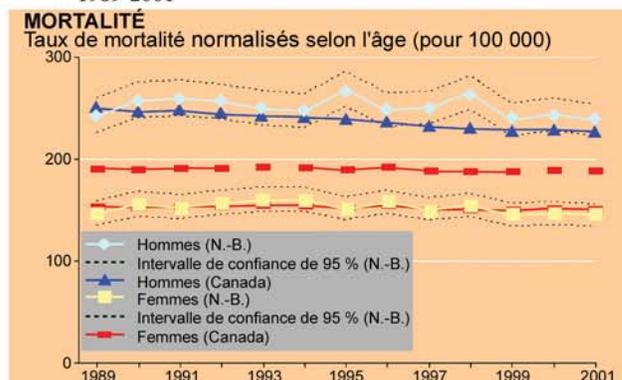


Fig. 32 Tendances relatives aux taux[†] de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des sièges ou types de cancer, selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 1989-2001



Chez les femmes, les taux d'incidence et de mortalité attribuables à l'ensemble des sièges de cancer au Nouveau-Brunswick ne différaient pas tellement des taux à l'échelle nationale. Depuis 1989, les taux d'incidence de l'ensemble des sièges de cancer ont augmenté chez les Néo-Brunswickoises (VAMP : +0,91 %), alors que les taux de mortalité ont diminué (VAMP : -0,41 %).

* VAMP=Variation annuelle moyenne en pourcentage

† Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991



RÉSULTATS : Tendances au niveau du cancer

Fig. 33 Tendances relatives aux taux* d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001

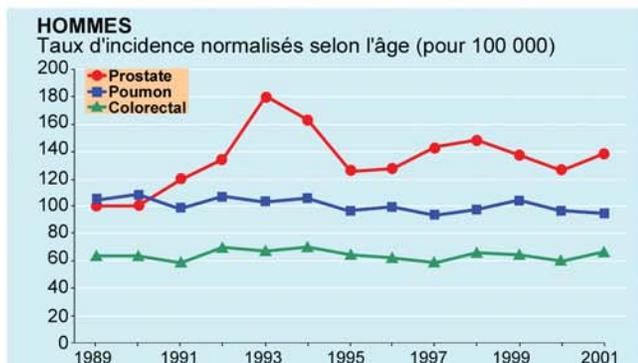


Fig. 35 Tendances relatives aux taux* d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001

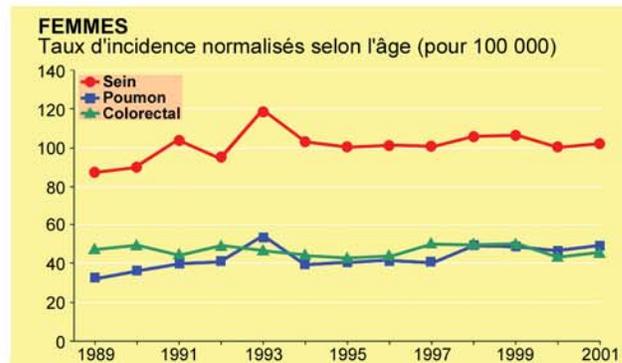
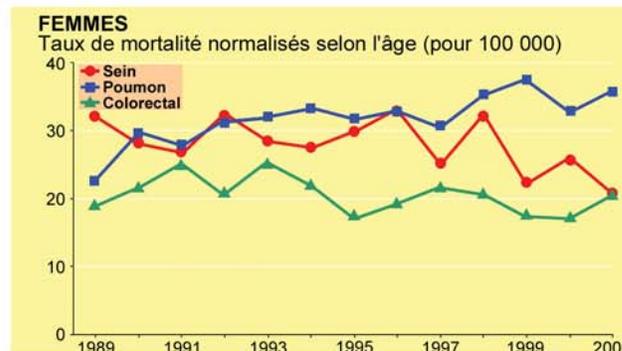


Fig. 34 Tendances relatives aux taux* de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001



Fig. 36 Tendances relatives aux taux* de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001



Sièges ou types de cancer les plus courants

Cancer de la prostate

Au Canada, le cancer de la prostate était le type de cancer le plus *prévalent* chez les hommes, touchant 0,6 % de la population masculine.⁴ Depuis 1989, l'incidence du cancer de la prostate au Nouveau-Brunswick a augmenté (VAMP : +1,73 %). Les hausses les plus marquées ont eu lieu entre 1990 et 1993 (figure 33). Les taux d'incidence ont culminé en 1993 au même moment où l'on a mis au point le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (PSA). Aucune tendance prononcée au niveau du taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate n'a été notée, mais au cours des 13 dernières années, ce taux a

augmenté en moyenne à chaque année de 0,66 % (figure 34).

Cancers du poumon et colorectal

Depuis 1989, les taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer du poumon chez les hommes a diminué (VAMP : -0,82 % et -0,63 %, respectivement) (figures 33 et 34). Les taux de cancer du poumon à l'échelle nationale chez les hommes ont connu une tendance semblable à ceux du Nouveau-Brunswick, même si ces derniers étaient plus élevés.⁴ Les taux d'incidence du cancer du poumon au Nouveau-Brunswick étaient 58,4 % plus élevés chez les hommes que chez les femmes et les taux de mortalité étaient 63,3 % plus élevés.

Depuis 1989, les taux d'incidence du cancer du

*Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.



RÉSULTATS : Tendances au niveau du cancer

poumon chez les femmes ont augmenté (VAMP : +2,8 %), ainsi que les taux de mortalité (VAMP : +2,6 %) (figures 35 et 36). Comparativement, la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux au Canada pendant la période de 1991 à 1999 a été de 1,6 % pour l'incidence et de 2,1 % pour la mortalité. En 2003, les estimations des taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du poumon chez les femmes à l'échelle nationale étaient de trois à quatre fois plus élevées qu'en 1974.⁴

Les taux d'incidence et de mortalité associés au cancer colorectal ont diminué davantage chez les hommes que chez les femmes. Le taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick a diminué (VAMP : -1,7 %), tout comme le taux de mortalité (VAMP : -2,7 %) (figures 33 et 34). Chez les femmes, les taux d'incidence (VAMP : -0,2 %) et de mortalité (VAMP : -0,5 %) attribuables au cancer colorectal ont diminué entre 1989 et 2001. Les tendances à l'échelle provinciale quant aux taux d'incidence et de mortalité associés au cancer colorectal étaient semblables aux tendances observées à l'échelle nationale, tant chez les hommes que chez les femmes.⁴

Cancer du sein

Le cancer du sein était le type de cancer le plus courant, touchant 0,9 % des Canadiennes.⁴ Les taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du sein chez les Néo-Brunswickoises étaient légèrement inférieurs aux taux observés à l'échelle nationale.⁴ Depuis 1989, les taux d'incidence du cancer du sein chez les Néo-Brunswickoises ont augmenté (VAMP : +0,95 %, ou +12,4 % durant la période d'étude de 13 ans) (figure 35). Au cours de la même période, les taux de mortalité ont chuté (VAMP : -2,4 %, ou -31,2 % durant la période d'étude de 13 ans) (figure 36). Ces chiffres semblent indiquer un meilleur taux de survie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, et ce, probablement grâce aux améliorations touchant

l'éducation, la sensibilisation, le dépistage et les traitements. Chez les Néo-Brunswickoises, les tendances au niveau du cancer du sein ont été semblables aux tendances des autres provinces canadiennes.⁴

Cancers du corps utérin, du col utérin et de l'ovaire

Les cancers du corps utérin, du col utérin et de l'ovaire ont présenté les plus importantes fluctuations annuelles en ce qui a trait aux taux d'incidence et de mortalité. Par conséquent, il n'est pas facile d'observer les tendances à partir des

Fig. 37 Tendances relatives aux taux* d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les cancers de l'appareil reproducteur, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001

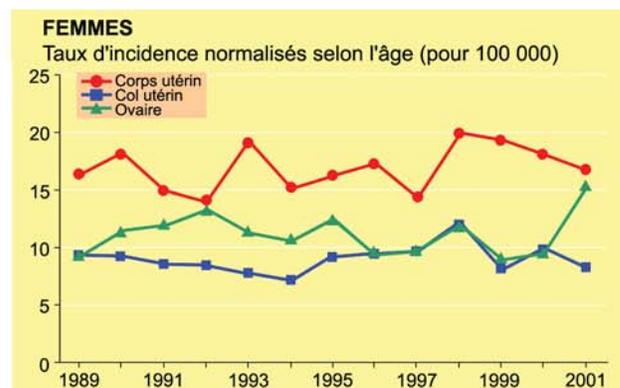
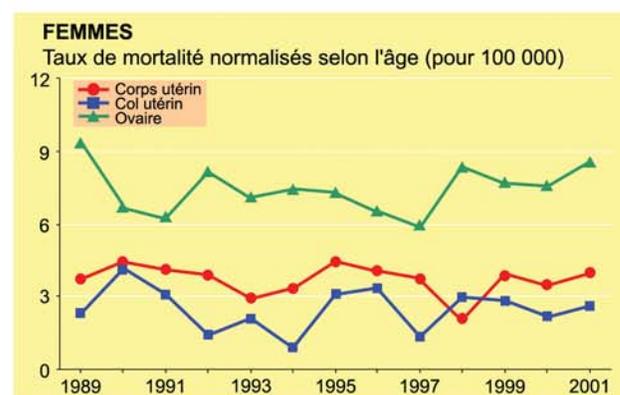


Fig. 38 Tendances relatives aux taux* de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les cancers de l'appareil reproducteur, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001



*Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991



RÉSULTATS : Tendances au niveau du cancer

graphiques (figures 37 et 38).

Depuis 1989, les taux d'incidence du cancer du corps utérin ont augmenté (VAMP : +0,9 %), alors que les taux de mortalité ont connu une baisse (VAMP : -0,1 %). Aucune tendance significative n'a été relevée pour ce qui est du cancer du corps utérin.

De 1989 à 2001, les taux d'incidence du cancer du col utérin ont augmenté légèrement, présentant des pointes et des creux marqués. Cela signifie qu'il est nécessaire d'obtenir des données à long terme qui réduiraient la variabilité. Les taux d'incidence

Fig. 39 Tendances relatives aux taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le lymphome non hodgkinien chez les hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001

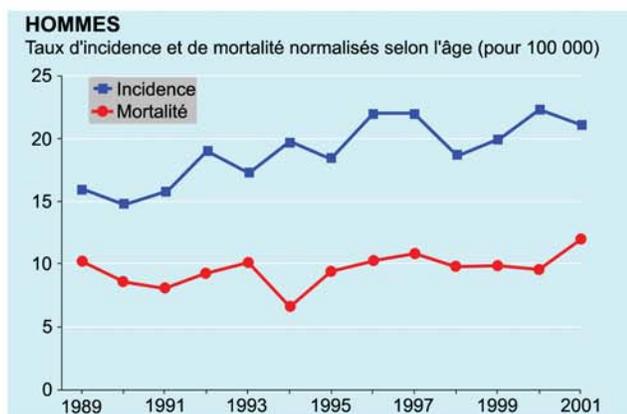
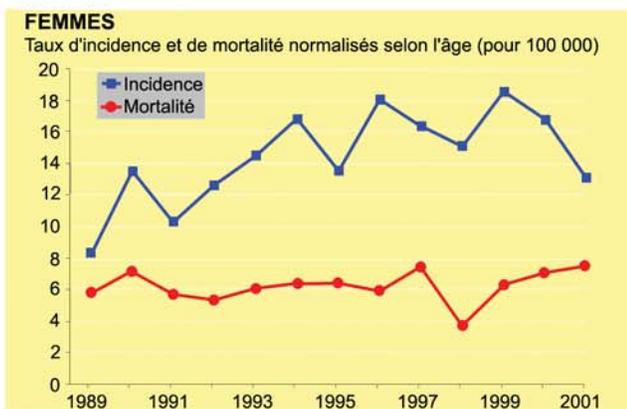


Fig. 40 Tendances relatives aux taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le lymphome non hodgkinien chez les femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001



* Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.

ont diminué entre 1989 et 1994, puis ont augmenté jusqu'en 1998 pour chuter de nouveau. Les taux d'incidence du cancer du col utérin ont augmenté (VAMP : +0,7 %), alors que les taux de mortalité ont connu une baisse (VAMP : -0,1 %).

Les taux d'incidence et de mortalité attribuables au cancer de l'ovaire ont augmenté (VAMP : +0,1 % et +0,31 %, respectivement). Les taux d'incidence les plus élevés datent de 2001, alors que les taux de mortalité les plus élevés se situent en 1989 et présentent une tendance à la baisse jusqu'en 1997, après quoi ils sont de nouveau à la hausse.

Lymphome non hodgkinien

Au cours des trois dernières décennies, les taux d'incidence et de mortalité attribuables au lymphome non hodgkinien au Canada ont presque doublé.⁴ Depuis 1989, le taux d'incidence du LNH chez les hommes du Nouveau-Brunswick a augmenté (VAMP : +2,7 %), tout comme le taux de mortalité (VAMP : +1,6 %) (figure 39). Chez les femmes, le taux d'incidence du LNH a augmenté (VAMP : +3,5 %) ainsi que du taux de mortalité (VAMP : +0,5 %) (figure 40).

Changements importants touchant les taux des sièges ou types de cancer précisés de 1989 à 2001

La variation annuelle moyenne en pourcentage des taux et les intervalles de confiance (IC de 95 %) connexes concernant les dix principaux cancers sont présentés aux figures 41 et 42. Ces sièges ou types de cancer sont les dix plus courants au sein de la population néo-brunswickoise, comme l'indique la répartition de la fréquence.

Le niveau de signification de la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux est influencé par la variabilité annuelle des comptes. Le nombre répertorié de sièges ou types de cancer non fréquents présente souvent une fluctuation accrue au fil du temps. C'est pourquoi un changement statistiquement non significatif peut sembler



RÉSULTATS : Tendances au niveau du cancer

important sur graphique.

Chez les Néo-Brunswickoises, des augmentations importantes ont eu lieu au niveau des taux d'incidence de l'ensemble des sièges ou types de cancer, notamment le cancer de la thyroïde, le lymphome non hodgkinien, le cancer du poumon

et le cancer du sein.

Les taux d'incidence du cancer de la thyroïde chez les Néo-Brunswickoises ont connu une hausse, passant de 3,4 cas par 100 000 personnes en 1989 à 11,5 cas par 100 000 personnes en 2001. On a donc assisté à une augmentation annuelle moyenne

Fig. 41 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge avec intervalle de confiance de 95 % (—) pour certains sièges ou types tumoraux, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001

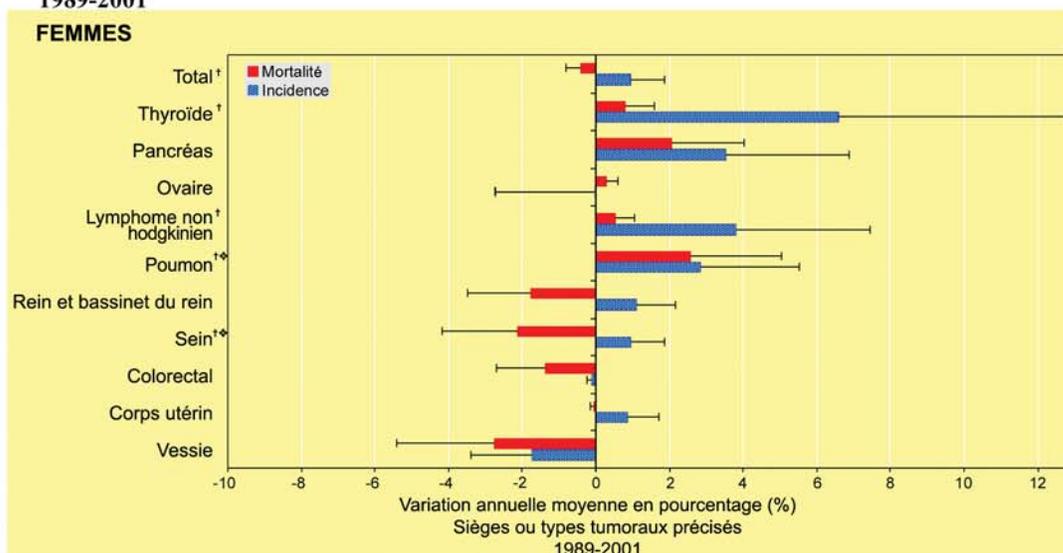
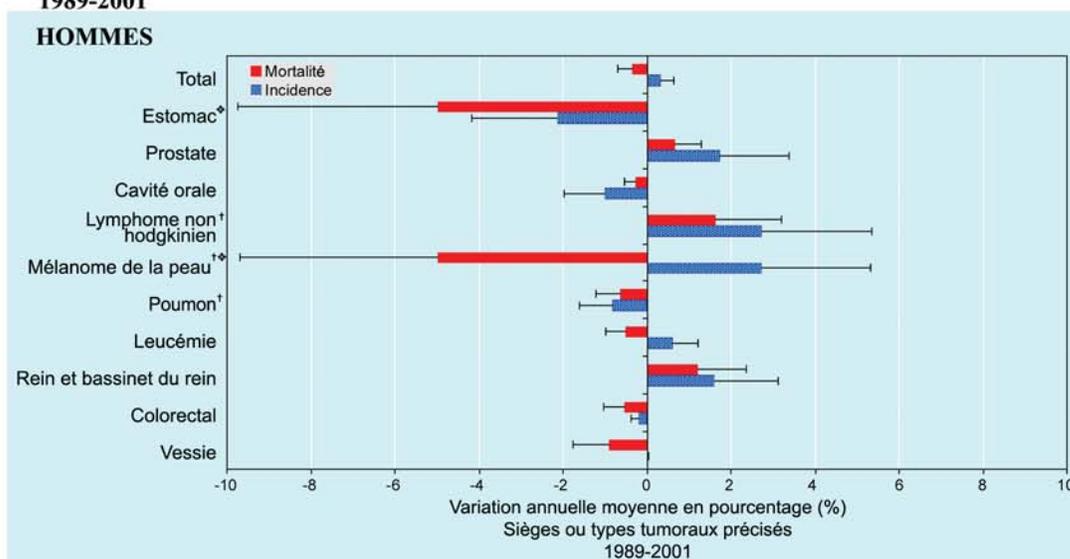


Fig. 42 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux* d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, avec intervalle de confiance de 95 % (—) pour certains sièges ou types tumoraux, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001



* Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.

† Changement significatif des taux d'incidence à $p < 0,05$.

* Changement significatif des taux de mortalité à $p < 0,05$.



RÉSULTATS : Taux de survie

des taux d'incidence de 6,6 % au cours de cette période. Comparativement, le taux de variation annuel à l'échelle nationale du cancer de la thyroïde chez les femmes entre 1991 et 1999 se situait à 3,9 %.⁴ Le taux de mortalité attribuable au cancer de la thyroïde chez les Néo-Brunswickoises a connu une légère augmentation annuelle moyenne de 0,81 %, ce qui représentait 0,3 décès par 100 000 personnes.

On a observé des hausses marquées des taux de mortalité attribuables au cancer du poumon chez les Néo-Brunswickoises. Une baisse significative du taux de mortalité associé au cancer du sein chez les femmes est également enregistrée pour la même période.

Chez les hommes, des augmentations majeures ont été notées pour ce qui est de l'incidence du lymphome non hodgkinien et du mélanome de la peau. Une baisse significative a été observé du taux d'incidence associé au cancer du poumon. En ce qui concerne les taux de mortalité, le cancer de l'estomac a connu d'importantes baisses. Fait intéressant, le taux de mortalité attribuable au mélanome de la peau a diminué, alors que le taux d'incidence a augmenté; cela s'explique peut-être par un meilleur dépistage et à des traitements supérieurs.

Taux de survie

Les taux de survie relatifs ont été calculés pour l'ensemble des sièges ou types de cancer, notamment les cancers du poumon et colorectal (chez les hommes et les femmes), le cancer du sein (chez les femmes) et le cancer de la prostate (chez les hommes), de 1992 à 1996. Chez les hommes, les taux de survie relatifs à cinq ans les plus élevés touchaient le cancer de la prostate (98,4 %), suivi du cancer colorectal (62,8 %), puis du cancer du poumon (14,8 %) (figure 43). Chez les femmes, les taux de survie relatifs à cinq ans les plus élevés

Fig. 43 Taux de survie relatifs à cinq ans (%) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants avec intervalle de confiance de 95 % (I), hommes, Nouveau-Brunswick, 1992-1996

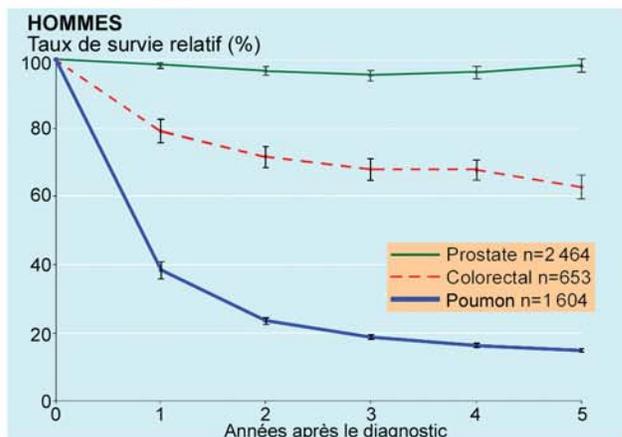
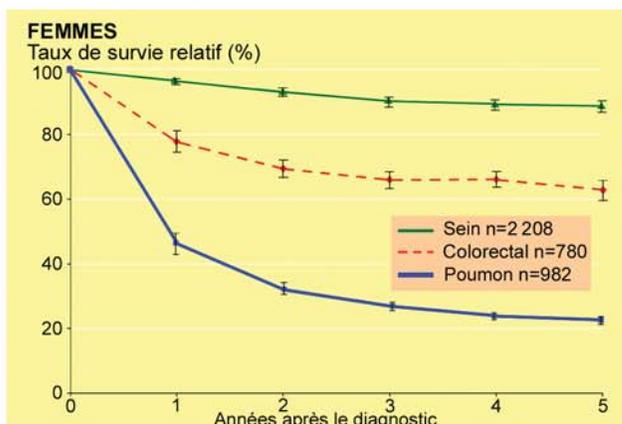


Fig. 44 Taux de survie relatifs à cinq ans (%) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants avec intervalle de confiance de 95 % (I), femmes, Nouveau-Brunswick, 1992-1996



touchaient le cancer du sein (88,9 %), suivi du cancer colorectal (62,9 %), puis du cancer du poumon (22,6 %) (figure 44).

Il n'y avait pas d'écarts statistiquement importants entre les différents groupes d'âge pour ce qui est du taux de survie à cinq ans des cancers colorectal, de la prostate ou du sein chez les femmes (tableau 9). Le seul écart statistiquement important entre les différents groupes d'âge pour ce qui est du taux de survie est au niveau du cancer colorectal féminin. Le taux de survie à cinq ans chez les femmes atteintes du cancer colorectal faisant partie du groupe d'âge de 75



RÉSULTATS : Taux de survie

Tableau 9 Taux de survie relatifs par groupe d'âge (IC de 95 %) à un, trois et cinq ans, cancers infiltrants les plus courants, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1992-1996

	Âge (années)	1 an		3 ans		5 ans	
HOMMES							
Prostate	0-44	n/d	-	n/d	-	n/d	-
	45-49	99,1	(97,2-100,0)	96,6	(93,5-98,7)	96,2	(92,2-98,9)
	50-74	99,8	(98,7-100,6)	97,2	(95,2-99,0)	98,7	(96,0-101,0)
	75+	95,6	(92,6-98,0)	91,8	(88,0-95,3)	100,0	(95,8-105,3)
Poumon	0-44	60,1	(38,5-76,3)	24,1	(18,9-29,7)	24,2	(20,0-28,7)
	45-49	49,6	(43,6-55,3)	22,7	(21,3-24,2)	22,5	(21,3-23,6)
	50-74	37,6	(34,2-40,9)	20,0	(19,3-20,7)	16,2	(15,7-16,7)
	75+	31,4	(27,0-35,9)	13,2	(12,6-13,9)	5,1	(4,8-5,4)
Colorectal	0-44	94,9	(68,2-99,4)	84,4	(63,8-94,0)	65,9	(29,9-86,9)
	45-49	80,1	(71,4-86,5)	62,0	(55,4-67,9)	53,8	(46,8-60,4)
	50-74	78,6	(73,1-83,2)	69,9	(65,3-74,2)	62,9	(57,6-68,0)
	75+	78,4	(71,3-84,4)	67,2	(61,8-72,5)	70,0	(63,0-76,5)
FEMMES							
Sein	0-44	98,9	(96,4-99,7)	92,2	(88,0-95,0)	87,6	(82,1-91,6)
	45-49	97,7	(89,2-98,6)	91,8	(89,6-93,7)	89,5	(86,7-91,8)
	50-74	96,9	(95,1-98,2)	91,4	(88,7-93,8)	89,8	(86,2-92,8)
	75+	92,8	(89,2-95,7)	84,8	(80,3-89,0)	89,0	(83,8-93,9)
Poumon	0-44	54,6	(36,3-69,7)	33,6	(26,6-40,6)	33,6	(28,0-39,4)
	45-49	51,1	(44,1-57,7)	27,7	(25,4-30,0)	24,0	(22,2-25,8)
	50-74	49,1	(44,4-53,6)	30,2	(28,6-31,8)	25,8	(24,6-27,1)
	75+	36,1	(30,2-42,0)	19,3	(18,3-20,4)	14,2	(13,5-15,0)
Colorectal	0-44	84,3	(58,7-94,7)	67,6	(50,8-79,8)	67,8	(50,9-80,0)
	45-49	81,1	(71,8-87,6)	68,6	(60,9-75,1)	65,4	(57,9-72,0)
	50-74	85,7	(81,0-89,4)	73,7	(69,2-77,7)	69,9	(64,8-74,5)
	75+	70,2	(64,7-75,2)	58,6	(55,0-62,2)	55,4	(51,1-59,7)

ans et plus était de 55,4 % (IC de 95 % : 51,1-59,7 %), ce qui, sur le plan statistique, était largement inférieur au groupe d'âge précédent de 50 à 74 ans. En ce qui concerne le cancer du poumon, les résultats pour les deux sexes montraient que plus la personne était âgée au moment du diagnostic, plus sa période de survie était courte.

Taux de survie par stade relatif au cancer du sein

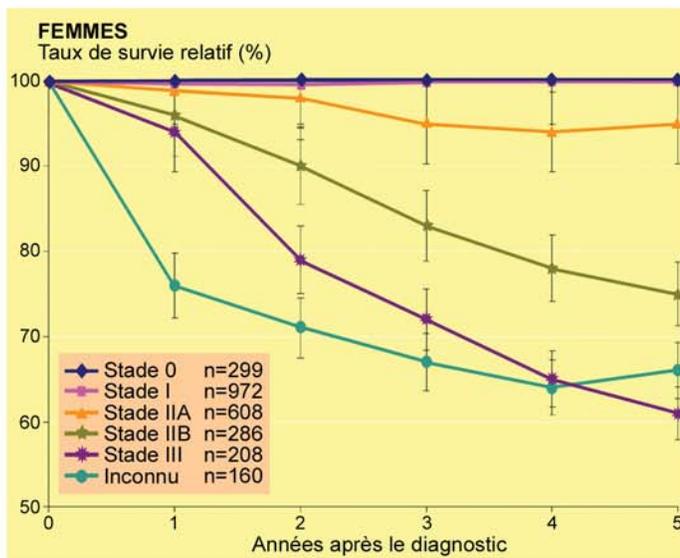
Les femmes dont le cancer du sein est détecté dans les premiers stades de la maladie bénéficient d'un

plus grand nombre d'options de traitements, sont moins susceptibles d'avoir une récurrence et ont un meilleur taux de survie. (figure 45).²² Lorsque les traitements sont efficaces, les taux de survie des femmes ayant eu un diagnostic au stade 0 ou I devraient être très bons; les taux de survie relatifs à cinq ans par contre, n'étaient pas différents du reste de la population. Les taux de survie relatifs du stade IIA étaient de 95 %, ceux du stade IIB étaient de 75 % et ceux du stade III, de 61 %. En raison du faible nombre de femmes ayant eu un diagnostic au stade IV, les taux de survie en découlant étaient donc instables et furent exclus



RÉSULTATS : Prévisions

Fig. 45 Taux de survie selon le stade* du cancer du sein avec intervalle de confiance de 95 % (I), femmes, Nouveau-Brunswick, 1992-1996



de l'étude. Au Nouveau-Brunswick, 73 % des cancers du sein féminins ont été diagnostiqués entre le stade 0 et le stade IIA (annexe B).

Remarques : La surveillance des taux de survie des patients atteints du cancer constitue un rôle essentiel des registres du cancer basés sur la population.²³ On entend, par temps de survie, la durée de temps écoulée entre le premier diagnostic et la mort du patient.²⁴ Les taux de survie basés sur la population donnent une indication du fardeau que représente le cancer et, en particulier, de la variation de la gravité des différents types de cancer. Il importe cependant de noter que le temps de survie d'un patient est fonction de nombreux facteurs tels que le sexe, l'âge au moment du diagnostic, le type de cancer, le stade du cancer, la localisation du cancer, la présence d'une comorbidité, la disponibilité de traitements et de soins de soutien de cancer ainsi que l'état de santé en

* Données fondées sur le American Joint Committee on Cancer – Manual for Staging of Cancer: 5th Edition. Le stade IV a été exclu en raison du faible nombre de cas.

† L'intervalle de temps depuis l'introduction correspond au temps épargné en traitant ou en contrôlant une maladie détectée plus tôt que d'habitude; dans le cas qui nous occupe, la détection précoce s'est faite grâce au dépistage. La détection précoce peut faire en sorte que les taux de survie soient exagérés en raison du recul par rapport au point de départ pour mesurer les chances de survie.²⁵

général. Compte tenu des contraintes de temps et des données disponibles, il aurait été impossible, dans ce rapport, d'entrer dans les détails des facteurs susmentionnés. Même si une analyse des chances de survie relatives aux différents stades du cancer du sein a été menée, des facteurs tels que l'intervalle de temps depuis l'introduction[†] associé à l'introduction de programmes de dépistage n'ont pas été pris en compte.

Prévisions

Dans l'ensemble, le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués augmente progressivement au fil du temps (figures 46 et 47). Les prévisions indiquent que le nombre de nouveaux cas de cancer infiltrant pourrait presque atteindre 4 500 d'ici l'an 2011 si les tendances se poursuivent (tableau 10). D'ici à l'an 2011, comparativement aux niveaux signalés en 2001, cela représentera une augmentation de 23 % de nouveaux cas, les plus grandes augmentations étant prévues chez les femmes (26 % par rapport aux niveaux de 2001) plutôt que chez les hommes (20 % par rapport aux niveaux de 2001). Il est prévu que l'ensemble des sièges ou types de cancer chez les hommes – cancers de la prostate, du poumon et colorectal (59 % de tous les sièges ou types prévus en 2011) – et chez les femmes – cancers du sein, du poumon et colorectal (57 % de tous les sièges ou types prévus en 2011) – seront les cancers qui contribueront à cette augmentation.

Remarques : L'augmentation des cas incidents peut s'expliquer par l'interaction de différents facteurs tels que le vieillissement de la population, l'accroissement de la population, l'augmentation de l'exposition à des facteurs de risque, l'amélioration de la capacité de détection d'une maladie et l'amélioration des systèmes de consignment.

Tout comme les tendances notées dans le taux



RÉSULTATS : Prévisions

d'incidence du cancer, il est aussi prévu que les décès causés par le cancer augmenteront au fil du temps (figures 48 et 49). On estime à 2000 le

nombre de décès attribuables au cancer d'ici 2011 si les tendances actuelles se maintiennent (tableau 11). Cela représenterait une augmentation de 18 %

Fig. 46 Tendances relatives aux taux* d'incidence (échelle droite) et taux d'incidence normalisés selon l'âge (échelle gauche) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001. Les lignes pointillés et les (I) indiquent les intervalles de confiance de 95 %.

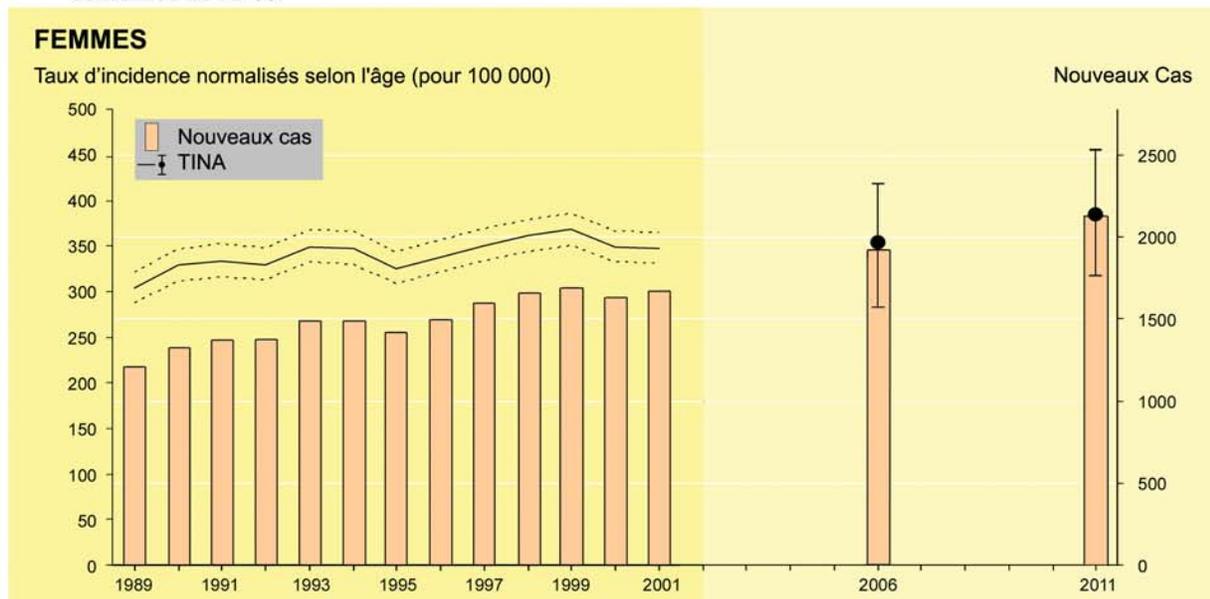
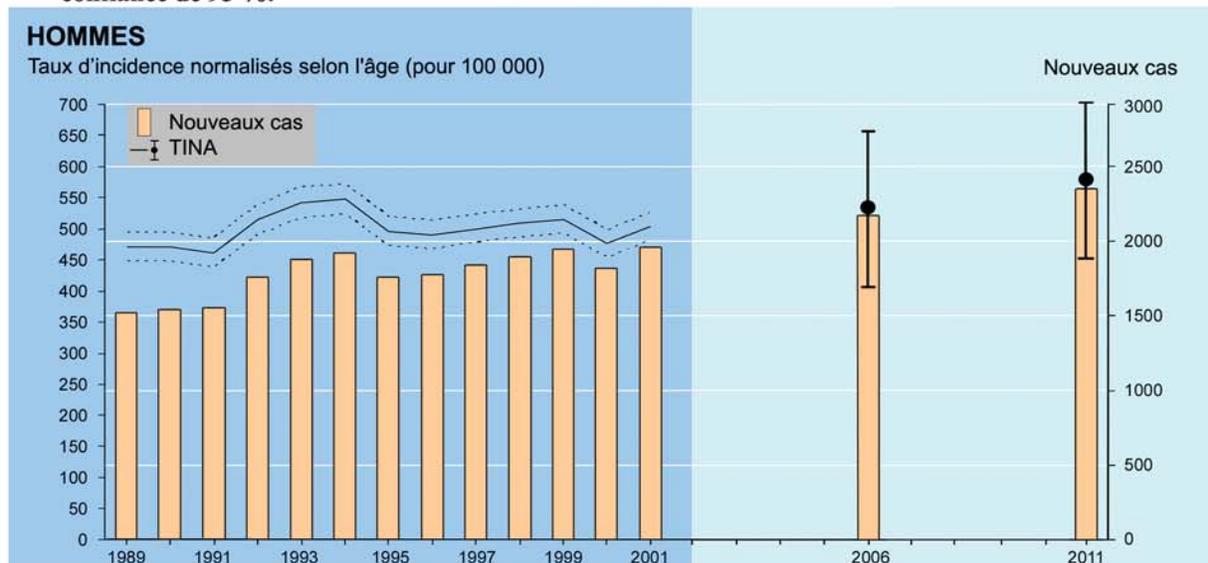


Fig. 47 Tendances relatives aux taux* d'incidence (échelle droite) et taux d'incidence normalisés selon l'âge (échelle gauche) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001. Les lignes pointillés et les (I) indiquent les intervalles de confiance de 95 %.



* Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.



RÉSULTATS : Prévisions

du nombre de décès causés par le cancer par rapport aux niveaux de 2001. Encore une fois, il se peut que les cancers du poumon, colorectal et de la prostate

ou le cancer du sein féminin soient les principales causes de décès entraînés par le cancer (59 % chez les hommes et 54 % chez les femmes).

Fig. 48 Tendances relatives aux taux* de mortalité (échelle droite) et taux de mortalité normalisés selon l'âge (échelle gauche) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001. Les lignes pointillés et les (I) indiquent les intervalles de confiance de 95 %.

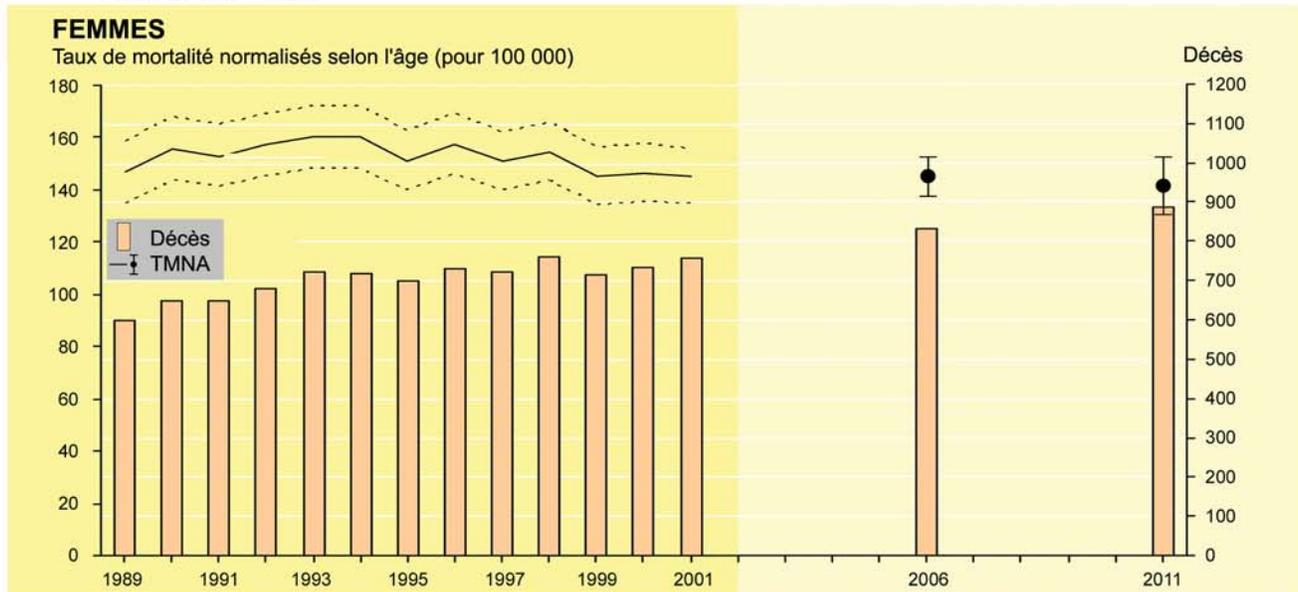
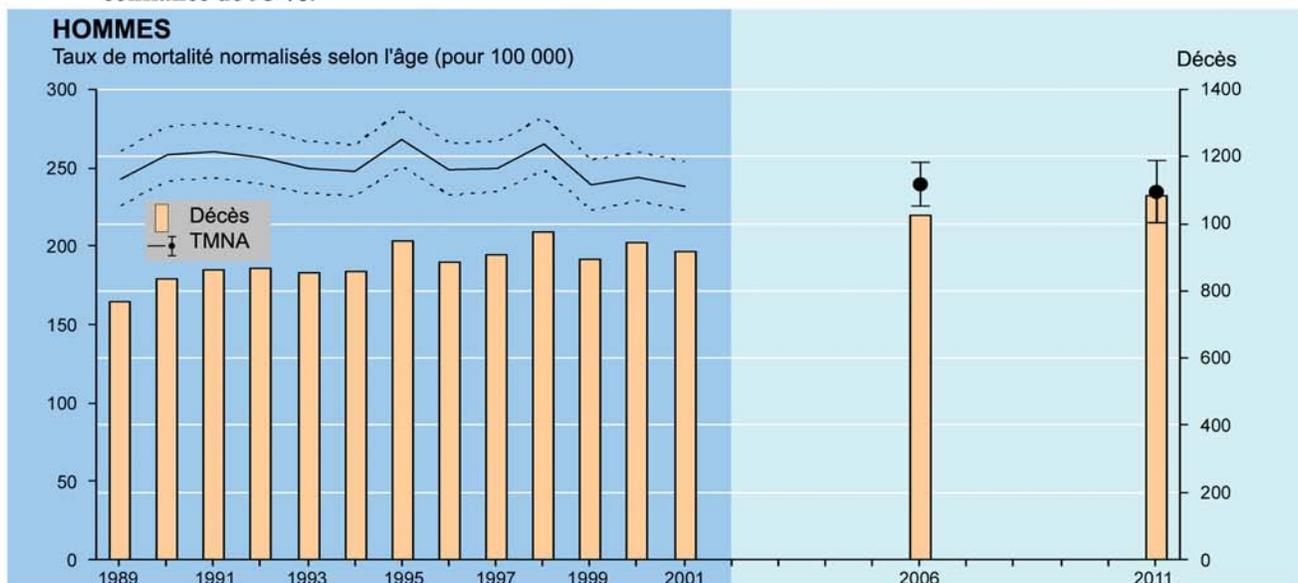


Fig. 49 Tendances relatives aux taux* de mortalité (échelle droite) et taux de mortalité normalisés selon l'âge (échelle gauche) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001. Les lignes pointillés et les (I) indiquent les intervalles de confiance de 95 %.



* Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.



RÉSULTATS : Prévisions

Tableau 10 Cas réels et estimés de nouveaux cas de cancer par année, selon divers sièges ou types de tumeur précisés, selon le sexe, Nouveau-Brunswick

HOMMES				FEMMES			
Sièges ou types de cancer précisés	Actuel	Prévu		Actuel	Prévu		
	2001	2006	2011		2001	2006	2011
Prostate	522	645	730	Sein	480	567	630
Poumon	357	383	395	Poumon	229	273	316
Colorectal	251	266	283	Colorectal	229	251	268
Vessie	131	140	151	Corps utérin*	77	92	101
Lymphome non hodgkinien	82	103	119	Ovaire	69	74	83
Rein et bassinet du rein	68	78	87	Lymphome non hodgkinien	63	98	114
Cavité buccale et pharynx	65	57	60	Rein et bassinet du rein	54	56	62
Mélanome de la peau	58	71	83	Thyroïde	49	45	54
Leucémie	56	58	64	Vessie	46	39	39
Estomac	55	50	49	Pancréas	46	62	73
Tous les sièges ou types	1 965	2 173	2 354	Tous les sièges ou types	1 668	1 912	2 105

Tableau 11 Cas réels et estimés de décès attribuables au cancer par année, selon divers sièges ou types de tumeur précisés selon le sexe, Nouveau-Brunswick

HOMMES				FEMMES			
Sièges ou types de cancer précisés	Actuel	Prévu		Actuel	Prévu		
	2001	2006	2011		2001	2006	2011
Poumon	309	338	353	Poumon	177	213	246
Prostate	123	131	145	Colorectal	113	106	110
Colorectal	109	117	124	Sein	108	124	123
Lymphome non hodgkinien	45	47	53	Ovaire	44	40	43
Pancréas	35	45	48	Lymphome non hodgkinien	40	38	43
Estomac	30	19	13	Pancréas	39	54	62
Œsophage	26	29	32	Leucémie	23	13	9
Rein et bassinet du rein	25	28	32	Corps utérin*	20	17	18
Leucémie	25	29	31	Estomac	19	18	17
Vessie	22	27	28	Rein et bassinet du rein	19	18	17
Tous les sièges ou types	917	1 023	1 085	Tous les sièges ou types	757	832	888

* Includ corps utérin et utérus, sans autre indication.



RÉFÉRENCES

1. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE, Cas de cancer au Nouveau-Brunswick 1992 à 1996, Nouveau-Brunswick, Service provincial d'épidémiologie, 2000.
2. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES, Rapport annuel des Statistiques de l'état civil de 1999, Statistiques de l'état civil, 2000.
3. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE, Rapports annuels des Statistiques de l'état civil de 2002 et 2001, Statistiques de l'état civil, 2002 et 2003.
4. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, Statistiques canadiennes sur le cancer : 2003, Toronto, 2003.
5. COLEMAN, H. HILCHIE-PYE et A. MONETTE, Atlantic Health Database, Halifax, GPI Atlantic, 2003.
6. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE, L'État de santé des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises – Quatrième rapport 1994-1998, Service provincial d'épidémiologie, 2000.
7. H.L. HOWE, B.K. EDWARDS, J.L. YOUNG, T. SHEN, D.W. WEST, M. HUTTON et C.N. CORREA, « A Vision for Cancer Incidence Surveillance in the United States », Cancer Causes and Control, vol. 14 (2003), p. 663-672.
8. F.L. GREENE, D.L. PAGE, I.D. FLEMING, A.G. FRITZ, C.M. BALCH, D.G. HALLER et M. MORROW (éd.), AJCC Cancer Staging Manual, 6e éd., American Joint Committee on Cancer, New York, Springer, 2002.
9. J.L. HOTES, X.C. WU, C.C. MCLAUGHLIN, A. LAKE, R. FIRTH, D. RONEY, M. CORMIER, J.P. FULTON, E. HOLOWATY, H.L. HOWE, C. KOSARY et V.W. CHEN (éd.), Cancer in North America, 1996-2000 : Volume I: Incidence, Appendix, Springfield (Illinois), North American Association of Central Cancer Registries, mai 2003.
10. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, Statistiques canadiennes sur le cancer : 2001, Toronto, 2001.
11. H. BRENNER et T. HAKULINEN, « Deriving Up-to-Date Estimates of Long-Term Patient Survival », Journal of Clinical Epidemiology, vol. 50, no 2 (1997), p. 211-216.
12. H. BRENNER et T. HAKULINEN, « Up-to-Date Long-Term Survival Curves of Patients with Cancer by Period Analysis », Journal of Clinical Oncology, vol. 20 (2002), p. 826-832.



RÉFÉRENCES

13. L.F. ELLISON et L. GIBBONS, « Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon », Rapports sur la santé, no 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, no 1 (2001), p. 1-12.
14. P.W. DICKMAN, A. AUVINEN, E.T. VOUTILAINEN et coll., « 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 », Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 52 (1998), p. 727-734.
15. F. EDERER et H. HEISE, Instructions to IBM 650 Programmers in Processing Survival Computations, Methodological Note No. 10, End Results Evaluation Section, Bethesda (Maryland), National Cancer Institute, 1959.
16. P.W. DICKMAN et T. HAKULINEN, Population-Based Cancer Survival Analysis, atelier tenu à Toronto, juin 2002, p. 5-7.
17. A. FRITZ et C. PERCY, « Implementing ICD-O-3: Impact of the New Edition », Journal of Registry Management, vol. 27, no 4 (2000), p. 125-130.
18. X.W. CHEN, X.C. WU et P.A. ANDREWS (éd.), Cancer in North America, 1990-1994. Volume Two: Mortality, Springfield (Illinois), North American Association of Central Cancer Registries, avril 1998.
19. CANADA. SANTÉ CANADA, Diagnosis and Initial Treatment of Cancer in Canadian Children 1 to 14 Years, 1995-2000, Ottawa, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, no H39-672 au catalogue, mars 2003.
20. H. BRYANT, « Cancer du sein chez les Canadiennes », dans M. DesMeules et D. Stewart (éd.), Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), chap. 11, 2003, p. 1-13.
21. N. SAINT-JACQUES, M. MACINTYRE, R. DEWAR et G. JOHNSTON, Cancer Statistics in Nova Scotia: A Focus on 1995-1999, Surveillance and Epidemiology Unit, Cancer Care Nova Scotia, 2002.
22. I.A. OLIVOTTO, D. MATES, L. KAN, J. FUNG, R. SAMANT, L.J. WARREN BURHENNE, « Prognosis, treatment, and recurrence of breast cancer for women attending or not attending the Screening Mammography Program of British Columbia. » Breast Cancer Res Treat, vol.54 (1999), p. 73-81.
23. D.M. PARKIN et T. HAKULINEN, « Analysis of Survival », dans O.M. Jensen, D.M. Parkin, R. MacLennan et coll. (éd.), Enregistrement des cancers : Principes et méthodes, Lyon (France), Centre international de recherche sur le cancer, CIRC, Publication scientifique no 95, 1991, p. 159-176.



RÉFÉRENCES

24. D. SCHOTTENFELD et JF. FRAUMENI JR, *Cancer Epidemiology and Prevention*, 2e éd., New York, Oxford University Press, 1996.
25. J.M. LAST (éd.), *A Dictionary of Epidemiology*, 3e éd., Toronto, Oxford University Press, 1995.
26. RÉSEAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *Cadre d'imputabilité*, Fredericton, 2003.
27. CANADA. SANTÉ CANADA, *Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, no H39-617/2002 au catalogue, 2002.
28. C. PERCY, V. VAN HOLTEN et C. MUIR (éd.), *Classification internationale des maladies. Oncologie*, 2e éd., Genève, Organisation mondiale de la santé, 1990.
29. F. FRITZ, C. PERCY, A. JACK, K. SHANMUGARATNAM, L. SOBIN, D.M. PARKIN et S. WHELAN (éd.), *Classification internationale des maladies. Oncologie*, 3e éd., Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
30. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Classification internationale des maladies*, éd. de 1975, volumes 1 et 2, Genève, 1977.
31. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10e révision, volumes 1-3, Genève, 1994.



Prévalence du cancer au Nouveau-Brunswick (1997-2001)

Nombre de personnes* vivant avec un cancer infiltrant

Siège ou type de la tumeur	Année				
	1997	1998	1999	2000	2001
Poumon	238	324	419	511	666
Sein	1 569	1 922	2 294	2 673	3 077
Prostate	1 619	1 995	2 388	2 760	3 221
Colorectal	630	781	934	1 105	1 285
Tous les autres sièges ou types	3 401	4 163	4 987	5 822	6 849
Tous les sièges ou types	7 457	9 185	11 022	12 871	15 098

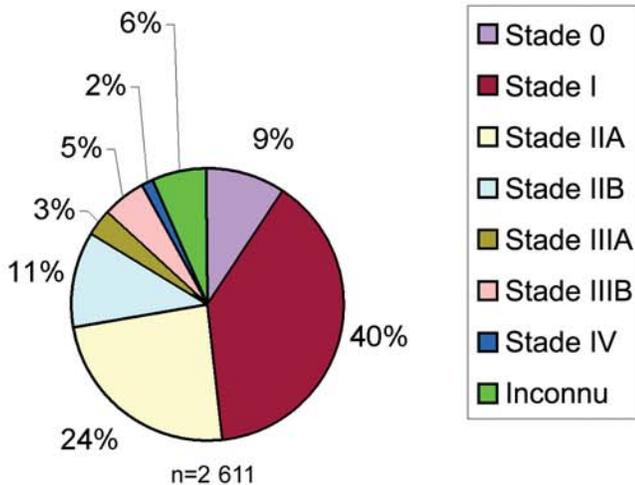
* Depuis 1992



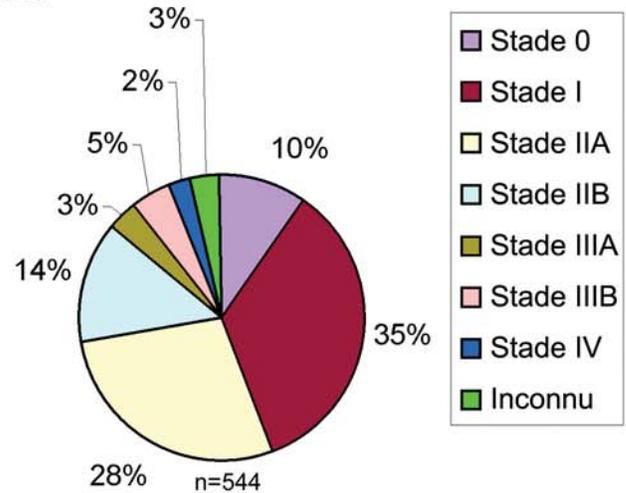
ANNEXE B

Répartition du cancer du sein chez la femme au Nouveau-Brunswick selon le stade au moment du diagnostic selon la méthode de stadification de l'AJCC* (1997-2001)

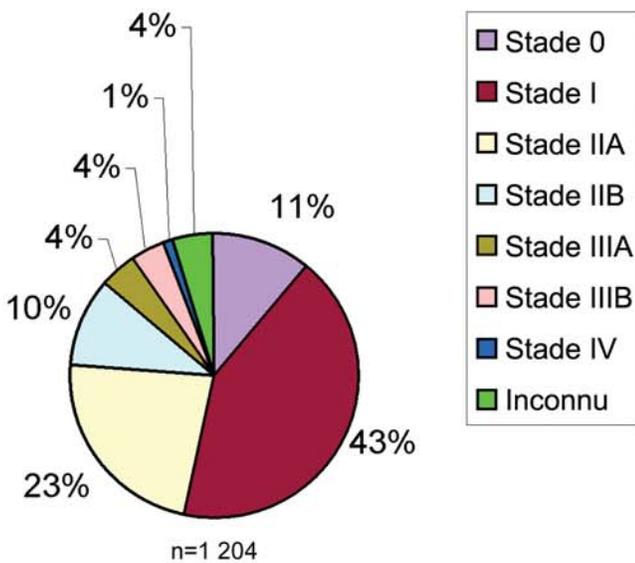
Cancer du sein au Nouveau-Brunswick de 1997 à 2001, patientes de tous âges



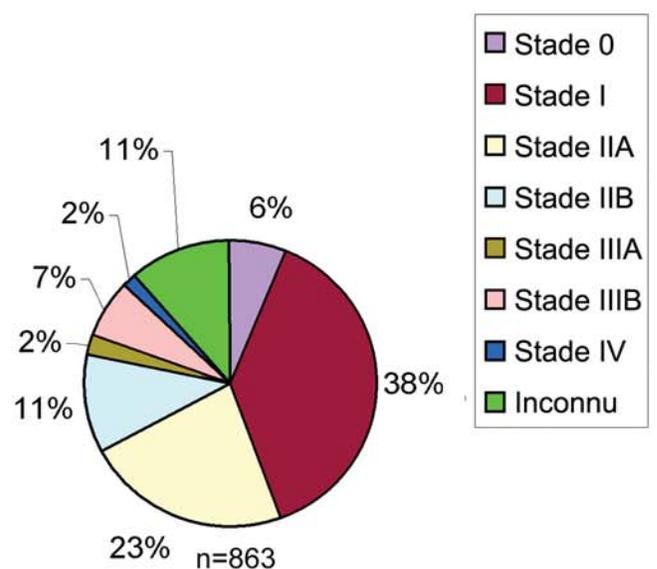
Cancer du sein au Nouveau-Brunswick de 1997 à 2001, patientes âgées de moins de 50 ans



Cancer du sein au Nouveau-Brunswick de 1997 à 2001, patientes âgées de 50 à 69 ans



Cancer du sein au Nouveau-Brunswick de 1997 à 2001, patientes âgées de 70 ans et plus



* American Joint Committee on Cancer- Manual for Staging of Cancer: 5th Edition



ANNEXE C

Groupes relatifs aux sièges de SEER concernant les données sur la mortalité basées sur la CIM-9 et sur la CIM-10

Cause initiale de décès	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10
Cavité buccale et pharynx	140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149	C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14
Appareil digestif		
Œsophage	150	C15
Estomac	151	C16
Intestin grêle	152	C17
Côlon et rectum	153, 159.0, 154.0-154.1	C18-C20, C26.0
Foie	155.0, 155.2	C22.0, C22.2-C22.4, C22.7, C22.9
Pancréas	157	C25
Autres organes de l'appareil digestif	154.2-154.3, 154.8, 155.1, 156.0-156.2, 156.8-156.9, 158.0, 158.8-158.9, 159.8-159.9	C21, C22.1, C23, C24, C45.1, C48.0-C48.2, C26.8-C26.9, C48.8
Appareil respiratoire		
Larynx	161	C32
Poumon	162.2-162.5, 162.8-162.9	C34
Autres localisations de l'appareil respiratoire	160, 162.0, 164.2-164.3, 164.8-164.9, 165, 163	C30-C31, C33, C38.1-C38.4, C38.8, C39, C45.0
Peau		
Mélanome de la peau	172	C43
Autres localisations de la peau	173	C44, C46
Sein	174-175	C50
Organes génitaux féminins		
Col utérin	180	C53
Corps utérin et utérus, sans autre indication	179, 182	C54-C55
Ovaire	183	C56
Autres organes génitaux féminins	181, 183.2-183.5, 183.8-183.9, 184.0-184.4, 184.8-184.9	C57-C58, C51-C52
Organes génitaux masculins		
Prostate	185	C61
Testicule	186	C62
Autres organes génitaux masculins	187.1-187.4, 187.5-187.9	C60, C63
Appareil urinaire		
Vessie	188	C67
Rein et bassinnet du rein	189.0-189.1	C64-C65
Autres localisations de l'appareil urinaire	189.2, 189.3-189.4, 189.8-189.9	C66, C68
Cerveau et autres localisations du système nerveux	191, 192	C70, C71, C72



ANNEXE C

Groupes relatifs aux sièges de SEER concernant les données sur la mortalité basées sur la CIM-9 et sur la CIM-10

Endocrine		
Thyroïde	193	C73
Autre endocrine	164.0, 194	C37, C74-C75
Lymphome		
Maladie de Hodgkin	201	C81
Lymphome non hodgkinien	200, 202.0-202.2, 202.8-202.9	C82-C85, C96.3
Myélome multiple	203.0, 238.6	C90.0, C90.2
Leucémie	204.0-204.2, 204.8-204.9, 205.0-205.3, 205.8-205.9, 206.0-206.2, 206.8-206.9, 208.0-208.2, 202.4, 203.1, 207.0-207.2, 207.8, 208.8-208.9	C91.0-C91.3, C91.7, C91.9, C92.0, C92.0, C92.4-C92.5, C92.1-C92.3, C92.7, C92.9, C93.0-C93.2, C93.7, C93.9, C95.0, C95.1, C90.1, C91.4-C91.5, C94.0-C94.5, C94.7, C95.2, C95.7, C95.9
Autres localisations, localisations mal définies et inconnues	171, 164.1, 170, 159.1, 195-199, 202.3, 202.5-202.6, 203.8, 190	C47, C49, C38.0, C45.2, C40-C41, C26.1, C45.7, C45.9, C76-C80, C88, C96.0-C96.2, C96.7, C96.9, C97, C69



ANNEXE D

Sièges basés sur les groupes du SEER⁽¹⁾ pour les sièges primaires de la CIM-O-3

Siège primaire	Siège / Type	À l'exclusion des types
Tous les sièges	Tous les sièges invasifs – comportement = 3	
Cavité buccale et pharynx		
Lèvre	C000:C009	M-9590:9989
Langue	C019:C029	M-9590:9989
Glande salivaire principale	C079:C089	M-9590:9989
Plancher de la bouche	C040:C049	M-9590:9989
Gencive et autres localisations de la bouche	C030:C039, C050:C059, C060:C069	M-9590:9989
Nasopharynx	C110:C119	M-9590:9989
Oropharynx	C100:C109	M-9590:9989
Hypopharynx	C129, C130:C139	M-9590:9989
Autres localisations de la cavité buccale et du pharynx	C090:C099, C140, C142:C148	M-9590:9989
Appareil digestif		
Œsophage	C150:C159	M-9590:9989
Estomac	C160:C169	M-9590:9989
Intestin grêle	C170:C179	M-9590:9989
Côlon à l'exclusion du rectum	C180:C189, C260	M-9590:9989
Rectum et recto-sigmoïde	C199, C209	M-9590:9989
Anus	C210:C212, C218	M-9590:9989
Foie	C220	M-9590:9989
Vésicule biliaire	C239	M-9590:9989
Pancréas	C250:C259	M-9590:9989
Autres localisations de l'appareil digestif	C240:C249, C221, C480, C481:C482, C268:C269, C488	M-9590:9989
Appareil respiratoire		
Larynx	C320:C329	M-9590:9989
Poumon	C340:C349	M-9590:9989
Autres localisations de l'appareil respiratoire	C300:C301, C310:C319, C384, C339, C381:C383, C388, C390, C398, C399	M-9590:9989
Os et articulations	C400:C419	M-9590:9989
Tissus mous (y compris le cœur)	C380, C470:C479, C490:C499	M-9590:9989
Peau (à l'exclusion de basocellulaire et spinocellulaire)		
Mélanome de la peau	C440:C449 (types 8720: 8790)	
Autres localisations de la peau	C440:C449	8050: 8084 , 8090:8110, 8720: 8790 , 9590:9989
Sein	C500:C509	M-9590:9989

Police rouge indique les changements depuis la conversion de CIM-0-2 à CIM-0-3.

⁽¹⁾ Le Comité de la qualité des données a demandé que M-8000:8004 et M-8010:8045 soient incluses dans « Autre peau » (C440:C449).



ANNEXE D

Sièges basés sur les groupes du SEER pour les sièges primaires de la CIM-O-3

Organes génitaux féminins		
Col utérin	C530:C539	M-9590:9989
Corps utérin	C540:C549	M-9590:9989
Utérus, sans autre indication (SAI)	C559	M-9590:9989
Ovaire	C569	M-9590:9989 M-8442, M-8462, M-8472, M-8473
Autres organes génitaux féminins	C529, C510:C519, C570:C589	M-9590:9989
Organes génitaux masculins		
Prostate	C619	M-9590:9989
Testicule	C620:C629	M-9590:9989
Pénis	C600:C609	M-9590:9989
Autres organes génitaux masculins	C630:C639	M-9590:9989
Appareil urinaire		
Vessie (y compris <i>in situ</i>)	C670:C679	M-9590:9989
Rein et bassinnet du rein	C649, C659	M-9590:9989
Urètre	C669	M-9590:9989
Autres localisations de l'appareil urinaire	C680:C689	M-9590:9989
Œil	C690:C699	M-9590:9989
Cerveau et autres localisations du système nerveux		
Cerveau	C710:C719	M-953, 9590:9989
Autres localisations du système nerveux	C710:C719 (type 953), C700:C709, C720:C729	M-9590:9989 M-9590:9989
Endocrine		
Thyroïde	C739	M-9590:9989
Autre endocrine	C379, C740:C749, C750:C759	M-9590:9989
Lymphome		
Maladie de Hodgkin	types 9650:9667	
Lymphome non hodgkinien	types 9590: 9596 , 9670: 9719 , 9727:9729 type 9823, tous les sièges, sauf C420, C421, C424 type 9827, tous les sièges, sauf C420, C421, C424	

Police rouge indique les changements depuis la conversion de CIM-0-2 à CIM-0-3.



ANNEXE D

Sièges basés sur les groupes du SEER pour les sièges primaires de la CIM-O-3

Myélome multiple	types 9731:9732, 9734
Leucémie	
Lymphocytaire aiguë	types 9826, 9835:9837
Lymphocytaire chronique	C420 (type 9823), C421 (type 9823), C424 (type 9823)
Myéloïde aiguë	types 9840, 9861, 9866, 9867, 9871:9874, 9895-9897, 9910, 9920
Myéloïde chronique	types 9863, 9868, 9875, 9876, 9945, 9946
Autre	types 9733, 9742, 9800, 9801, 9802, 9803, 9804, 9805, 9820, 9822, 9824, 9825, 9826, 9830, 9831, 9832:9834, 9841, 9842, 9850, 9860, 9862, 9864, 9870, 9880, 9890, 9891, 9892, 9893, 9894, 9900, 9930, 9931, 9932, 9940:9941, 9948, 9963, 9964 C420 (type 9827), C421 (type 9827), C424 (type 9827)
Autres localisations, localisations mal définies et inconnues	types 9740, 9741, 9750:9758, 9760:9769, 9950:9962, 9965 : 9989 C760:C768, (types 8000:9589) C809 (types 8000:9589) C420:C424 (types 8000:9589) C770:C779 (types 8000:9589)

Police rouge indique les changements depuis la conversion de CIM-0-2 à CIM-0-3.



ANNEXE E

Indicateurs de la qualité des données* relatives aux tumeurs invasives (Code de comportement 3), Nouveau-Brunswick (de 1997 à 2001)

Indicateur de qualité des données	Année du diagnostic					RCC	SEER
	1997	1998	1999	2000	2001	Ligne directrice	Ligne directrice
Siège primaire inconnu – C80.9 (%)	2,5	2,2	2,1	2,1	1,7	n/d	2,30%
Méthode de diagnostic :							
Certificat de décès seulement (%)	0,2	0,1	0,3	0	0	[0(1-3)5]	[0(1-1,5)3]
Confirmé au moyen du microscope (%)	91,6	91,1	90,9	92,3	93,3	n/d	93%

* Source : Rapport annuel sur la qualité des données du Registre canadien du cancer, en date de novembre 2003.

† [0(1-3)5] - Les valeurs devraient se situer idéalement à l'intérieur d'une marge de 1 à 3% malgré que, une valeur entre 0 à 0,5% est acceptable.



Liste des graphiques, des tableaux et des cartes

Graphiques

Graphique 1 : Organisation interne du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick.....2

Graphique 2 : Collecte de données sur le cancer au Nouveau-Brunswick.....2

Tableaux

Tableau 1 : Taux d'incidence attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les hommes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001.....8

Tableau 2 : Taux d'incidence attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les femmes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001.....9

Tableau 3 : Taux de mortalité attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les hommes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001.....12

Tableau 4 : Taux de mortalité attribuable au cancer normalisés selon l'âge chez les femmes, Nouveau-Brunswick, de 1997 à 2001.....13

Tableau 5 : Classement des cinq principaux cancers dans les sept régions sanitaires comparativement au classement à l'échelle provinciale, au moyen des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000), selon le sexe, 1997-2001 : INCIDENCE CHEZ LES HOMMES.....19

Tableau 6 : Classement des cinq principaux cancers dans les sept régions sanitaires comparativement au classement à l'échelle provinciale, au moyen des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000), selon le sexe, 1997-2001 : MORTALITÉ CHEZ LES HOMMES.....19

Tableau 7 : Classement des cinq principaux cancers dans les sept régions sanitaires comparativement au classement à l'échelle provinciale, au moyen des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000), selon le sexe, 1997-2001 : INCIDENCE CHEZ LES FEMMES.....19

Tableau 8 : Classement des cinq principaux cancers dans les sept régions sanitaires comparativement au classement à l'échelle provinciale, au moyen des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000), selon le sexe, 1997-2001 : MORTALITÉ CHEZ LES FEMMES.....19

Tableau 9 : Taux de survie relatifs par groupe d'âge (IC de 95 %) à un, trois et cinq ans, cancers infiltrants les plus courants, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1992-1996.....38

Tableau 10 : Cas réels et estimés de nouveau cas de cancer par année, selon divers sièges ou types de tumeur précisés, selon le sexe, Nouveau-Brunswick.....42

Tableau 11 : Cas réels et estimés de décès attribuable au cancer par année, selon divers sièges ou types de tumeur précisés selon le sexe, Nouveau-Brunswick.....42

Cartes

Carte 1 : Régions sanitaires du Nouveau-Brunswick et estimations de la population.....18



LISTE DES FIGURES

Figures

<i>Figure 1</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour les dix principaux sièges ou types tumoraux invasifs, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1997-2001.....	7
<i>Figure 2</i> : Répartition en pourcentage de décès pour les dix principaux sièges ou types tumoraux invasifs, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1997-2001.....	11
<i>Figure 3</i> : Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer, Nouveau-Brunswick, selon le sexe, 1997-2001.....	14
<i>Figure 4</i> : Taux de mortalité par groupe d'âge (pour 100 000) pour l'ensemble des sièges ou types de cancer, Nouveau-Brunswick, selon le sexe, 1997-2001.....	14
<i>Figure 5</i> : Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, femmes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001.....	15
<i>Figure 6</i> : Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, hommes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001.....	15
<i>Figure 7</i> : Taux de mortalité par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, femmes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001.....	16
<i>Figure 8</i> : Taux de mortalité par groupe d'âge (pour 100 000) pour les trois principaux cancers, hommes, Nouveau-Brunswick, 1997-2001.....	16
<i>Figure 9</i> : Taux d'incidence par groupe d'âge (pour 100 000), cancer chez les enfants et les adolescents (0 à 19 ans), selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 1992-2001.....	17
<i>Figure 10</i> : Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers chez les enfants et les adolescents, selon le sexe (0 à 19 ans), Nouveau-Brunswick, 1992-2001.....	17
<i>Figure 11</i> : Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer de la prostate, hommes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001.....	20
<i>Figure 12</i> : Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer du sein, femmes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001.....	20
<i>Figure 13</i> : Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer du poumon, hommes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001.....	21
<i>Figure 14</i> : Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer du poumon, femmes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001.....	21



LISTE DES FIGURES

Figures

<i>Figure 15</i> : Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer colorectal, hommes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001.....	21
<i>Figure 16</i> : Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour le cancer colorectal, femmes, par région sanitaire, Nouveau-Brunswick et Canada, 1997-2001.....	21
<i>Figure 17</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 1, 1997-2001.....	25
<i>Figure 18</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 1, 1997-2001.....	25
<i>Figure 19</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 2, 1997-2001.....	26
<i>Figure 20</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 2, 1997-2001.....	26
<i>Figure 21</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 3, 1997-2001.....	27
<i>Figure 22</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 3, 1997-2001.....	27
<i>Figure 23</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 4, 1997-2001.....	28
<i>Figure 24</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 4, 1997-2001.....	28
<i>Figure 25</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 5, 1997-2001.....	29
<i>Figure 26</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 5, 1997-2001.....	29
<i>Figure 27</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 6, 1997-2001.....	30



LISTE DES FIGURES

Figures

<i>Figure 28</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 6, 1997-2001.....	30
<i>Figure 29</i> : Répartition en pourcentage de nouveaux cas pour certains sièges ou types tumoraux, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 7, 1997-2001.....	31
<i>Figure 30</i> : Répartition en pourcentage de décès pour certains sièges ou types tumoraux selon le sexe, Nouveau-Brunswick, région sanitaire 7, 1997-2001.....	31
<i>Figure 31</i> : Tendances relatives aux taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des sièges ou types de cancer, selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 1989-2001.....	32
<i>Figure 32</i> : Tendances relatives aux taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) de l'ensemble des sièges ou types de cancer selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 1989-2001.....	32
<i>Figure 33</i> : Tendances relatives aux taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....	33
<i>Figure 34</i> : Tendances relatives aux taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....	33
<i>Figure 35</i> : Tendances relatives aux taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....	33
<i>Figure 36</i> : Tendances relatives aux taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les sièges ou types tumoraux les plus courants, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....	33
<i>Figure 37</i> : Tendances relatives aux taux d'incidence normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les cancer de l'appareil reproducteur, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....	34
<i>Figure 38</i> : Tendances relatives aux taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000) pour les cancer de l'appareil reproducteur, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....	34



LISTE DES FIGURES

Figures

- Figure 39* : Tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le lymphome non hodgkinien chez les hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....35
- Figure 40* : Tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le lymphome non hodgkinien chez les femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....35
- Figure 41* : Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge avec intervalle de confiance de 95 %, pour certains sièges ou types tumoraux, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....36
- Figure 42* : Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge avec intervalle de confiance de 95 %, pour certains sièges ou types tumoraux, hommes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....36
- Figure 43* : Taux de survie relatifs à cinq ans pour les sièges ou types tumoraux les plus courants avec intervalle de confiance de 95 %, hommes, Nouveau-Brunswick, 1992 à 1996.....37
- Figure 44* : Taux de survie relatifs à cinq ans pour les sièges ou types tumoraux les plus courants avec intervalle de confiance de 95 %, femmes, Nouveau-Brunswick, 1992 à 1996.....37
- Figure 45* : Taux de survie selon le stade du cancer du sein avec intervalle de confiance de 95 %, femmes, Nouveau-Brunswick, 1992-1996.....39
- Figure 46* : Tendances relatives aux taux d'incidence et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989 à 2001.....40
- Figure 47* : Tendances relatives aux taux d'incidence et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, hommes, Nouveau-Brunswick, de 1989 à 2001.....40
- Figure 48* : Tendances relatives aux taux de mortalité et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations pour les années 2006 et 2011, femmes, Nouveau-Brunswick, 1989-2001.....41
- Figure 49* : Tendances relatives au taux de mortalité et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour l'ensemble des sièges ou types de cancer avec les estimations prévues pour les années 2006 et 2011, hommes, Nouveau-Brunswick, de 1989 à 2001.....41



GLOSSAIRE

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Années potentielles de vie perdues en raison d'une cause précise, représentant le total des personnes qui sont décédées de cette cause et du nombre d'années que ces personnes auraient vécu si elles avaient eu une espérance de vie normale.

Cancer

Maladie dans laquelle les cellules se divisent et se multiplient de manière incontrôlée. Les cellules cancéreuses peuvent envahir les tissus avoisinants et se propager à d'autres parties du corps. Il y a plusieurs types de cancer. Le carcinome est un cancer qui se développe au niveau de la peau ou des tissus qui recouvrent ou tapissent les organes internes. Le sarcome est un cancer qui se développe dans les os, le cartilage, la graisse, les muscles, les vaisseaux sanguins ou dans d'autres tissus conjonctifs. La leucémie est un cancer qui se développe dans les tissus hématopoïétique, comme la moelle osseuse et qui entraîne la production de globules blancs. Le lymphome est un cancer qui se développe dans les cellules du système immunitaire.

Cancer infiltrant (Code de comportement 3)

Cancer qui se répand au-delà de la couche de tissu dans laquelle il s'est développé et qui se propage à des tissus sains avoisinants.

Cancers chez les enfants et les adolescents

Types de cancer présents chez les enfants et les jeunes adultes âgés de 0 à 19 ans au Nouveau-Brunswick.

Carcinome in situ du sein

Désigne un carcinome canalaire in situ, c'est-à-dire une tumeur non invasive du sein causée par des cellules présentes uniquement dans l'enveloppe intérieure du conduit lactifère. Les cellules ne se sont pas propagées à l'extérieur du conduit pour atteindre d'autres tissus du sein.

CIM-9 et CIM-10

La Classification internationale des maladies, 9e révision (CIM-9), et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (CIM-10) sont des systèmes de codage publiés par l'Organisation mondiale de la santé qui catégorisent les maladies en vue de consigner les données sur la morbidité et la mortalité.

CIM-O-02 et CIM-O-03

Publiée par l'Organisation mondiale de la santé, la deuxième édition de la Classification internationale des maladies – Oncologie (CIM-O-2) permet de coder tous les néoplasmes (tumeurs et excroissances anormales) par topographie (siège) et par histologie (morphologie). La troisième édition (CIM-O-3) contient une section sur la topographie, comme elle figure dans la CIM-O-2; toutefois, la section sur la morphologie a été révisée.

Classement

Les cancers affichant les taux normalisés selon l'âge les plus élevés sont classés en ordre décroissant.

Groupe d'âge

Regroupement de patients par âge en fonction des cas diagnostiqués de cancer, des cas de survie ou des décès attribuables au cancer.



GLOSSAIRE

Nombre de nouveaux cas

Nombre de nouveaux cas d'un type de cancer donné, diagnostiqué pendant une période donnée. Dans ce rapport, la période donnée est de cinq ans ou de un an.

Intervalle de confiance (IC)

Test statistique indiquant la probabilité selon laquelle un nombre se situera dans une marge donnée. À titre d'exemple, un IC de 95 % indique que la valeur réelle d'une variable, comme celle d'un taux, se situera dans la plage donnée avec un taux de probabilité de 95 %.

Méthode de classification des cancers SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results)

La méthode de classification Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) permet de grouper les types de cancer selon les parties du corps. Il s'agit de la principale source d'information sur l'incidence du cancer et les taux de survie en Amérique du Nord. Le programme SEER constitue la seule et unique source d'information exhaustive basée sur la population qui indique le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic ainsi que les taux de survie pour chaque stade.

Néo-Brunswickois/résident du Nouveau-Brunswick

Pour ce qui est des données sur l'incidence du cancer et le taux de mortalité, un patient est considéré comme un Néo-Brunswickois ou un résident du Nouveau-Brunswick s'il s'agit de la province de résidence permanente au moment de l'établissement du diagnostic ou du décès.

Nombre de décès

Nombre de décès survenus au cours d'une année donnée. Comprend les décès de patients diagnostiqués dans les années précédentes, les personnes ayant reçu un nouveau diagnostic au cours de l'année, ainsi que les patients dont le diagnostic du cancer a été établi après leur décès.

Prévalence

Désigne le nombre de personnes vivant avec une maladie (dans le cas de ce rapport, un diagnostic de cancer) dans une population donnée, à une période donnée.

Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

Base de données centrale sur l'incidence du cancer au Nouveau-Brunswick, située à Saint-Jean et gérée par le Service provincial d'épidémiologie du ministère de la Santé et du Mieux-être.

Risque relatif

Ratio entre le risque de maladie ou de décès parmi les personnes exposées et le risque parmi les personnes non exposées.

Stade de cancer

Étendue anatomique de cancer au moment de l'établissement du diagnostic et avant l'administration d'un traitement définitif.

Statistiques de l'état civil

Division du ministère de la Santé et du Mieux-être qui compile le nombre de décès et d'autres données, telles que le nombre de naissances et de mariages au Nouveau-Brunswick.



GLOSSAIRE

Taux brut

Le ratio de nouveaux cas ou de décès attribuables au cancer parmi la population totale (à partir de laquelle les nouveaux cas ou les mortalités ont été dérivés). Ce nombre peut être exprimé sous forme de taux par 100 000 personnes, selon chaque sexe ou selon les deux sexes combinés. Les taux figurant dans ce rapport sur le cancer ont été calculés sur une base annuelle d'après une moyenne de cinq ans.

Taux de survie

La proportion des survivants dans un groupe de patients suivis pendant une période donnée après le diagnostic d'un type de cancer précis. Un taux de survie à cinq ans est la mesure la plus courante. Il permet de mesurer l'incidence du cancer sur une période de cinq ans. Les taux de survie incluent les personnes qui ont survécu au cancer cinq ans après le diagnostic, qu'elles soient en rémission, sans récurrence ou sous traitement.

Tous les autres sièges ou types

Dans certaines sections de ce rapport, les principaux sièges ou types de cancer ont été retenus aux fins d'analyse. Les sièges ou types ne faisant pas partie des dix principaux sièges ou types ont été regroupés et nommés « tous les autres sièges ou types » afin de comptabiliser tous les cancers.

Tous les sièges ou types

L'ensemble des sièges ou types de cancer malin, définis dans les tableaux SEER des annexes C et D, à l'exclusion des cancers de la peau sans mélanome (carcinomes basocellulaires et spinocellulaires de la peau) et des cancers de l'ovaire infiltrants, d'après la morphologie suivante : 8442/3, 8462/3, 8472/3 et 8473/3.

Taux normalisés selon l'âge

Les taux d'incidence du cancer ou de mortalité attribuable au cancer ont été normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de l'estimation de la population canadienne de 1991. Puisque l'incidence du cancer ou de mortalité attribuable au cancer augmente avec l'âge, le taux normalisé selon l'âge permet de comparer plus exactement des populations dont les données démographiques sur l'âge sont différentes.

Taux selon l'âge

Ratio des nouveaux cas ou des décès attribuables au cancer dans un groupe d'âge spécifique par rapport à la taille de la population d'une marge d'âge précise à partir de laquelle les nouveaux cas ou les mortalités ont été dérivés. Ce taux est exprimé sous forme de taux d'incidence ou de mortalité selon l'âge par 100 000 personnes.



AUTRES REMERCIEMENTS

Ce rapport n'aurait pas vu le jour sans la contribution des personnes et des organismes suivants qui ont participé à son élaboration :

- *Robert Breau*
Statistiques de l'état civil
- *Chris Heissner*
Service provincial d'épidémiologie (1989-2002)
- *Jason Tucker*
Service provincial d'épidémiologie (étudiant - projet d'été)
- *Diane Casey*
CGI Information Systems and Management Consultants Inc. – (Fredericton, N.-B.)
- Division des communications, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- Division de la Planification et Services de l'Assurance-maladie, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- Bureau de la traduction, division des services, ministère de l'Approvisionnement et des Services du Nouveau-Brunswick
- *Ron Dewar*
Registre du cancer de la Nouvelle-Écosse
- Statistique Canada
- *Joellyn Hotes*
North American Association of Central Cancer Registries
- *Paul W. Dickman*
Department of Medical Epidemiology, Karolinska Institutet (Stockholm, Suède)
- Régie régionale de la santé (photos)
 - Régie régionale de la santé Beauséjour
 - Régie régionale de la santé du Sud-Est
 - Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique
 - Régie régionale de la santé de la vallée



FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Partagez avec nous vos commentaires. Si vous désirez nous faire part de vos suggestions pour améliorer nos publications futures, veuillez remplir le formulaire d'évaluation ci-dessous et le retourner à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et du Mieux-être
Service provincial d'épidémiologie
C.P. 5100
520, rue King, Place Carleton, 2^e étage
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

1. Nous aimerions en connaître davantage sur nos lecteurs. Veuillez cocher la case qui vous décrit le mieux en tant que lecteur de cette publication :

- Planificateur ou responsable des politiques en matière de soins de santé
- Intervenant dans le domaine des soins contre le cancer, de la prévention ou du traitement du cancer
- Médecin
- Autres professionnels de la santé
- Chercheur
- Enseignant
- Journaliste
- Patient atteint du cancer ou survivant
- Autre : _____

2. Veuillez classer chaque section du rapport en fonction de son utilité :

	Inutile	Assez utile	Très utile
Faits saillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil de l'incidence du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil de la mortalité attribuable au cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répartition du cancer selon l'âge et le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répartition régionale du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances au niveau du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taux de survie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Quels sont les tableaux et les figures les plus utiles?

4. Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer les publications à l'avenir?

