



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society



Institut national
du cancer
du Canada

National
Cancer Institute
of Canada



Santé
Canada

Health
Canada



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Statistiques canadienne sur le cancer 2004

www.cancer.ca

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



Membres du Comité directeur

John R. McLaughlin (président), Ph.D.

Division of Epidemiology and Biostatistics, Samuel Lunenfeld Research Institute, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, M.D., F.R.C.P.C.

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

Yang Mao, Ph.D.

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Lorraine Marrett, Ph.D.

Division of Preventive Oncology, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario)

Christina Mills, M.D., F.R.C.P.C.

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

Howard Morrison, Ph.D.

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Brent Schacter, M.D., F.R.C.P.C.

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

Ghislaine Villeneuve, M.P.A.

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

Barbara Whyllie, M.B., B.Ch., B.A.O.

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

Soutien analytique et statistique

Chris Waters, B.Sc. (Stats)

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Robert Semenciw, M.Sc.

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques Santé Canada, Ottawa (Ontario)

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

« Institut national du cancer du Canada, **Statistiques canadiennes sur le cancer 2004**, Toronto, Canada, 2004 ».

Avril 2004, ISSN 0835-2976

Ce rapport peut être consulté sur Internet, à l'adresse <http://www.cancer.ca> et <http://www.ncic.cancer.ca>

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

This publication is available in English upon request.

REMERCIEMENTS

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

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

- ◆ Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ont fourni les données sur l'incidence du cancer qui ont servi à produire les statistiques présentées ici. Le Comité tient à souligner la contribution indispensable du personnel des registres.
- ◆ La Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC), Santé Canada, a établi les estimations, les tendances, les projections, les tableaux et les figures apparaissant dans toutes les sections du présent document. On lui doit aussi d'autres analyses, notamment les probabilités d'être atteint du cancer et d'en mourir, les calculs de décès prématurés, de même que le rôle des facteurs de risque de cancer. Les Mery, de Santé Canada, a contribué à la préparation de la section sur les statistiques du cancer chez l'enfant.
- ◆ La Division de la statistique de la santé de Statistique Canada a fourni les données utilisées dans les tableaux, les figures et plusieurs sections du texte.
- ◆ La Section des publications scientifiques et services multimédias, Direction de l'intégration opérationnelle et des services d'information, Santé Canada, a été chargée de la production de cette monographie.
- ◆ Michel Beauré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Ghislaine Villeneuve, de Statistique Canada, ont revu la version française.
- ◆ Mary McBride, de la Division of Epidemiology and Cancer Prevention, B.C. Cancer Agency, a fourni les estimations concernant le cancer de la peau autre que le mélanome.
- ◆ L'Institut national du cancer du Canada et la Société canadienne du cancer ont fourni le soutien administratif aux fins de la production, de l'impression et de la distribution du présent rapport. Nous remercions particulièrement M^{me} Mélanie Alfred pour sa contribution.
- ◆ La Société canadienne du cancer distribue la monographie.
- ◆ L'Institut national du cancer du Canada finance les travaux du Comité directeur et la publication de la monographie grâce à des dons de charité recueillis par les bénévoles de la Société canadienne du cancer.

| | Page |
|---|------|
| Pour en savoir plus sur le cancer | 7 |
| Introduction | 13 |
| Faits saillants | 15 |
| Incidence et mortalité actuelles | 17 |
| Répartition géographique du cancer | 23 |
| Tendances de l'incidence et de la mortalité | 31 |
| Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe | 51 |
| Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer | 57 |
| Années potentielles de vie perdues à cause du cancer | 61 |
| Prévalence | 65 |
| Cancer chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans | 69 |
| Sujets particuliers | |
| ◆ Variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997 | 71 |
| ◆ Répercussions économiques du cancer au Canada, 1998 | 83 |
| Glossaire | 90 |
| Annexe I : Données réelles pour les nouveaux cas et les décès | 91 |
| Annexe II : Méthodologie | 99 |
| Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années | 107 |
| Références | 109 |
| Bon de commande et formulaire d'évaluation | 113 |

Tableaux

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2004 | 20 |
| 2. | Population estimée, nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2004 | 25 |
| 3. | Nombre estimé de nouveaux cas pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004 | 26 |
| 4. | Taux estimés d'incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004 | 27 |
| 5. | Nombre estimé de décès pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004 | 28 |
| 6. | Taux estimés de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004 | 29 |
| 7.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004 | 43 |

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----|--|----|
| 7.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004 | 44 |
| 8.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004 | 45 |
| 8.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004 | 46 |
| 9. | Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada, 1993-2000 | 47 |
| 10. | Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2004 | 53 |
| 11. | Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2004 | 54 |
| 12. | Probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, et probabilité au cours de la vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, Canada | 59 |
| 13. | Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 2000 | 64 |
| 14. | Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 2000 | 67 |
| 15. | Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour les types de cancer selon le diagnostic histologique chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada, 1996-2000 | 70 |

Figures

| | | |
|-----|---|----|
| 1.1 | Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 2004 | 21 |
| 1.2 | Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 2004 | 22 |
| 2.1 | Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1975-2004 | 35 |
| 2.2 | Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1975-2004 | 36 |
| 3.1 | Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1971-2004 | 37 |
| 3.2 | Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1971-2004 | 38 |
| 4.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004 | 39 |
| 4.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004 | 40 |

| | | |
|------|---|----|
| 5.1 | Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004 | 41 |
| 5.2 | Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004 | 42 |
| 6. | Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, 1993-2000 | 48 |
| 7. | Indice des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1975-2000 | 49 |
| 8. | Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par grand groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1975-2004 | 55 |
| 9. | Taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2000 | 56 |
| 10. | Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), Canada, 2000 | 63 |
| 11.1 | Estimations de l'incidence des cancers les plus courants dans le monde entier, 2000 | 74 |
| 11.2 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 75 |
| 11.3 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 75 |
| 11.4 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 76 |
| 11.5 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 76 |
| 11.6 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du sein, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 77 |
| 11.7 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 77 |
| 11.8 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 78 |
| 11.9 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 78 |

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-------|---|----|
| 11.10 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'estomac, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 79 |
| 11.11 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'estomac, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 79 |
| 11.12 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du foie, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 80 |
| 11.13 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du foie, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 80 |
| 11.14 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du col de l'utérus, Canada et registres choisis, femmes 1993-1997 | 81 |
| 11.15 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'œsophage, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997 | 82 |
| 11.16 | Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'œsophage, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997 | 82 |
| 12.1 | Fardeau économique de la maladie par catégorie de diagnostic, Canada, 1998 | 85 |
| 12.2 | Coûts directs et indirects associés au cancer, Canada, 1998 | 86 |
| 12.3 | Coûts directs et indirects de la maladie, Canada, 1986, 1993 et 1998 (en milliards de dollars de 1998) | 87 |

Tableaux de l'annexe I

| | | |
|-----|--|----|
| A1. | Données réelles pour les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 2000 | 92 |
| A2. | Données réelles pour les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 2000 | 93 |
| A3. | Données réelles sur l'incidence des principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada | 94 |
| A4. | Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada | 95 |
| A5. | Données réelles sur la mortalité pour les principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 2000 | 96 |
| A6. | Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 2000 | 97 |

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

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

Pour obtenir de l'information de Santé Canada :

Pour obtenir des détails sur la méthodologie, communiquez avec la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Santé Canada, 120, rue Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0L2. Tél. (613) 952-3335; téléc. (613) 941-2057.

Surveillance du cancer en direct est un outil interactif conçu pour être exploité à partir du Web et pour faciliter l'accès aux données relatives à la surveillance du cancer. Il permet à l'utilisateur de produire des données selon une sélection de paramètres : siège du cancer, région géographique et période, et modes de présentation, (p. ex., tableaux, graphiques et cartes). Voir l'adresse du site Web de Santé Canada cité au bas de la page.

Pour obtenir de l'information de Statistique Canada :

On peut commander, moyennant certains frais, des tableaux détaillés normalisés ou des tableaux sur mesure en s'adressant à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Service national de renseignements : 1-800-263-1136; Division de la statistique de la santé (613) 951-1746. Des articles analytiques consacrés au cancer paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, publication trimestrielle n° 82-003 au catalogue.

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

- ◆ Société canadienne du cancer (SCC)
<http://www.cancer.ca>
- ◆ Institut national du cancer du Canada (INCC)
<http://www.ncic.cancer.ca>
- ◆ Santé Canada
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dsol-smed/>: (cliquer sur cancer)
- ◆ Statistique Canada
<http://www.statcan.ca>
- ◆ Stratégie canadienne de lutte contre le cancer
<http://www.cancercontrol.org>
- ◆ Association canadienne des agences provinciales du cancer (CAPCA)
<http://www.capca.ca>

Pour obtenir de l'information des registres provinciaux et territoriaux du cancer : Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents. (Voir les pages 9 et 10 pour les adresses, numéros de téléphone et numéros de télécopieur.)

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

Personnes-ressources aux niveaux fédéral et provincial/territorial

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

M^{me} Bertha Paulse
Directrice générale
Newfoundland Cancer Treatment
and Research Foundation
Dr H. Bliss Murphy Cancer Centre
300 Prince Phillip Drive
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3V6
Tél. : (709) 777-7592
Fax : (709) 753-0927
www.nctrf.nf.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Dr Dagny E. Dryer
Directeur
Oncology Clinic and P.E.I. Cancer
Registry
Queen Elizabeth Hospital
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. : (902) 894-2167
Fax : (902) 894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

QUÉBEC

M. Michel Beaupré
Fichier des tumeurs du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Direction générale de la santé publique
1075, Chemin Ste-Foy, 11^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 266-6739
Fax : (418) 266-4609
www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/
tumeurs.html

ONTARIO

Dr Eric Holowaty
Directeur
Unité de surveillance
Division d'oncologie préventive
Action Cancer Ontario
620, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. : (416) 971-9800
Fax : (416) 971-6888
www.cancercare.on.ca

MANITOBA

D^r Erich Kliewer
Directeur
Epidemiology and Cancer Registry
CancerCare Manitoba
675 McDermot Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9
Tél. : (204) 787-2174
Fax : (204) 786-0628
www.cancercare.mb.ca/PI/index.shtml

SASKATCHEWAN

M^{me} Heather Stuart
Directrice
Cancer Registry
Saskatchewan Cancer Foundation
Allan Blair Cancer Centre
4101 Dewdney Avenue
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1
Tél. : (306) 766-2695
Fax : (306) 766-2179
www.scf.sk.ca

ALBERTA

D^{re} Heather Bryant
Directrice
Population and Health Information
Alberta Cancer Board
Tom Baker Cancer Centre
1331 29th Street North West
Calgary (Alberta) T2N 4N2
Tél. : (403) 670-4901
Fax : (403) 270-3898
www.cancerboard.ab.ca

YUKON

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

NUNAVUT

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

STATISTIQUE CANADA

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

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

Bureau national

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

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

Société canadienne du cancer
Crosbie Building, 2nd floor
P.O. Box 8921
1 Crosbie Place, Crosbie Road
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3R9
Tél. : (709) 753-6520
Fax : (709) 753-9314

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

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

Division de la Nouvelle-Écosse

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

Division du Nouveau-Brunswick

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

Division du Québec

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

Division de l'Ontario

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

Division du Manitoba

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

Division de la Saskatchewan

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

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

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

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

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

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

Elle vise avant tout à fournir aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux organismes décisionnaires des renseignements précis sur l'incidence des types de cancer les plus courants et sur la mortalité liée à ces derniers, selon l'âge, le sexe, la période et la province ou territoire. Nous espérons que ces données susciteront de nouveaux travaux de recherche et faciliteront la prise de décisions et l'établissement de priorités aux niveaux individuel, communautaire, provincial et national. La monographie est également consultée par les éducateurs, ainsi que les membres des médias et du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Des sujets particuliers sont traités chaque année et les sujets publiés depuis 1997 sont affichés sur le site Web de la Société canadienne du cancer (www.cancer.ca); il est possible d'obtenir une copie papier de sujets particuliers traités antérieurement en écrivant à stats@cancer.ca. L'*annexe III* comprend un résumé des sujets particuliers qui ont été examinés au cours des dernières années. Cette année, les sujets particuliers sont les variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997, et les répercussions économiques du cancer au Canada, 1998.

Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ainsi que les bureaux de la statistique de l'état civil communiquent leurs données sur l'incidence du cancer et sur la mortalité due à cette maladie à Statistique Canada, qui les totalise à l'échelle nationale. Étant donné le temps nécessaire pour recueillir des données complètes sur les cas de cancer dans chaque province et pour compiler ces données à l'échelle du Canada, le délai de publication de données nationales fiables pour une année particulière est considérable. Le présent rapport fournit les taux et les fréquences réels jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle nous possédons des données complètes (2000 pour l'incidence et la mortalité), ainsi que des estimations jusqu'à l'an 2004. Pour produire ces estimations, nous commençons par déterminer les tendances temporelles pour les taux connus; puis, nous projetons ces tendances jusqu'à l'année en cours pour estimer les taux actuels; enfin, nous appliquons les taux ainsi obtenus aux estimations de la population actuelle.

La méthodologie statistique employée ces dernières années comporte une normalisation des taux d'incidence et de mortalité en prenant pour référence la population canadienne en 1991 plutôt que la population mondiale type. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge découlant de l'application de cette méthodologie sont plus élevés du fait que la population canadienne comprend une proportion nettement plus forte de personnes âgées, segment de la population où le cancer est beaucoup plus fréquent. La normalisation fondée sur la population du Canada fournit des données davantage pertinentes et utiles aux personnes qui s'intéressent à la question du cancer au Canada. **Il convient de noter qu'il est inapproprié de comparer les taux normalisés selon l'âge présentés ici et ceux tirés d'autres publications dont les données sont fondées sur une population type différente.**

Les méthodes statistiques suivies pour établir les projections sont décrites à l'*annexe II : Méthodologie*. **Il importe de souligner que les chiffres fournis pour 2004 sont des estimations et non des données réelles.**

INTRODUCTION

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

Le lecteur qui désire obtenir des renseignements supplémentaires devrait consulter la rubrique *Pour en savoir plus sur le cancer* où figurent le nom et l'adresse des divers organismes concernés, dont Santé Canada, Statistique Canada, la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et les registres provinciaux et territoriaux du cancer.

Il trouvera aussi des informations pertinentes dans d'autres publications : les rapports des registres provinciaux et territoriaux du cancer; *Les statistiques sur le cancer*¹ et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada; *Maladies chroniques au Canada et Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*,² de Santé Canada; une monographie collective intitulée *Cancer in North America, 1996-2000*,³ de la North American Association of Central Cancer Registries; et *Cancer Incidence in Five Continents*,⁴ du Centre international de recherche sur le cancer.

Les observations et les suggestions des lecteurs ont beaucoup contribué à l'enrichissement de la publication au fil des ans. **Le Comité directeur apprécie énormément ces commentaires, notamment ceux sur les améliorations qu'on pourrait apporter au rapport.** Le lecteur trouvera aux pages 111 et 112 le *Bon de commande* et le *Formulaire d'évaluation* à remplir et à nous retourner pour figurer sur la liste d'envoi de la publication de l'an prochain et pour nous faire part de commentaires éventuels.

Incidence et mortalité actuelles

- ◆ On estime que 145 500 nouveaux cas de cancer et 68 300 décès dus à cette maladie seront enregistrés au Canada en 2004.
- ◆ Le cancer le plus fréquemment diagnostiqué demeurera en 2004 le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme.
- ◆ Le cancer du poumon continuera d'être la principale cause de mortalité par cancer tant chez l'homme que chez la femme.
- ◆ Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer en importance.

Répartition géographique du cancer

- ◆ En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est que dans les provinces de l'Ouest.
- ◆ Les taux de cancer du poumon continuent d'être plus élevés dans l'Est du Canada que dans l'Ouest.

Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

- ◆ L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- ◆ Les taux de mortalité due au cancer de la prostate continuent de diminuer.
- ◆ L'incidence du cancer du poumon et de la mortalité due à ce dernier continue d'augmenter chez les femmes.

Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe

- ◆ Chez les hommes, 75 % des nouveaux cas de cancer et 82 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de 60 ans et plus.
- ◆ Chez les femmes, 63 % des nouveaux cas et 78 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de 60 ans et plus.

Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer

- ◆ D'après les taux d'incidence actuels, 38 % des femmes et 43 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- ◆ D'après les taux de mortalité actuels, 23 % des femmes et 28 % des hommes, soit environ 1 Canadien sur 4, mourra du cancer.

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer

- ◆ Le cancer du poumon est de loin la principale cause de décès prématuré au Canada.
- ◆ Environ le tiers des années potentielles de vie perdues (APVP) est attribuable au tabagisme.

Prévalence

- ◆ 2,4 % des Canadiens et 2,6 % des Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer au cours des 15 dernières années et sont toujours vivants.
- ◆ Chez les femmes 1 % ont survécu à un cancer du sein diagnostiqué au cours des 15 dernières années tandis que chez les hommes, 0,7 % ont survécu à un cancer de la prostate diagnostiqué au cours des 15 dernières années.

Cancer chez les enfants

- ◆ Environ 1 300 enfants canadiens développent un cancer chaque année. Leurs chances de survie se sont améliorées sensiblement au cours des trois dernières décennies.

Variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997

- ◆ Les taux d'incidence, tous sièges ou types de cancer confondus, sont élevés au Canada et dans les autres pays occidentaux comparativement aux pays d'Asie et d'Amérique latine.
- ◆ Les taux d'incidence enregistrés au Canada pour le cancer du poumon, du sein, de la prostate et du cancer colorectal sont parmi les plus élevés au monde.
- ◆ Les taux d'incidence enregistrés au Canada pour les autres cancers les plus courants dans le monde – cancer de l'estomac, du foie, du col de l'utérus et de l'œsophage – sont parmi les plus faibles au monde.

Répercussions économiques du cancer au Canada

- ◆ Selon les estimations, les coûts totaux associés au cancer au Canada se sont élevés à 14,2 milliards de dollars en 1998. Les coûts directs des services de santé représentaient 2,5 milliards de dollars, et les coûts indirects liés à la mortalité et à la perte de productivité, 11,8 milliards de dollars.
- ◆ Le cancer se classait au troisième rang en ce qui concerne les coûts totaux, après les maladies cardiovasculaires et les maladies squeletto-musculaires.
- ◆ Les services hospitaliers représentaient la majeure partie des coûts directs associés au cancer. Le cancer étant la principale cause de décès prématurée au Canada, la mortalité prématurée représentait la majeure partie des coûts indirects associés au cancer.

Le tableau 1 donne trois mesures de l'importance de diverses formes de cancer au Canada en 2004. L'incidence s'entend du nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués durant une année. La mortalité correspond au nombre de décès attribués à un type particulier de cancer durant l'année. Le ratio du nombre de décès au nombre de cas (c.-à-d. le nombre de décès divisé par le nombre de nouveaux cas) est un indicateur grossier de la gravité de la maladie. Le pronostic du cancer en question est d'autant plus sombre que la valeur du ratio se rapproche de 1,0. Les fréquences présentées dans les tableaux 1 à 11 sont des estimations obtenues par modélisation des tendances relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer, à partir des données sur la population et sur le cancer depuis 1986 (à l'exception du cancer de la prostate; voir les détails à l'*annexe II*). Elles sont arrondies au 5, 10, 50 ou 100 le plus proche. Les lecteurs qui désirent des données réelles plus précises ou des renseignements sur les sièges ou types de cancer moins courants peuvent consulter les tableaux A1 et A2 de l'*annexe I* ou les publications de référence.^{1,4}

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

Sources des données

Les données sur l'incidence recueillies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer sont communiquées au Registre canadien du cancer (RCC) tenu par Statistique Canada pour les cas diagnostiqués depuis 1992. Le RCC, qui a pour point de référence la personne, émane du Système national de déclaration des cas de cancer, axé quant à lui sur la manifestation de tumeurs, qui a servi à rassembler les données recueillies de 1969 à 1991. Le nouveau RCC est mis à jour régulièrement. Grâce au couplage interne des enregistrements, il permet de retracer les personnes dont la tumeur a été diagnostiquée dans plus d'une province ou territoire. En outre, les enregistrements sont couplés aux certificats de décès. Les données produites sont publiées par Statistique Canada¹ et par la North American Association of Central Cancer Registries,³ ainsi que tous les cinq ans par le Centre international de recherche sur le cancer⁴ et, enfin, dans des rapports spéciaux.^{1,2}

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

Bien que les registres provinciaux et territoriaux du cancer s'efforcent, par l'entremise du Conseil canadien des registres du cancer et de son Comité permanent de la qualité des données, d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes suivies pour enregistrer les cas de cancer varient encore d'une région à l'autre. Il en est notamment ainsi des cas de cancer de la peau (autre que le mélanome) qui sont fréquents, mais difficiles à enregistrer exhaustivement, car on les traite généralement avec succès sans devoir recourir à l'hospitalisation ou à l'examen d'une

pièce biopsique. **Aussi les 76 000 cas de cancer de la peau sans mélanome* qui, selon les estimations, se manifesteront au Canada en 2004 ne sont-ils inclus dans aucun tableau de la présente monographie.** Les niveaux d'enregistrement du cancer sont devenus plus comparables d'une région à l'autre du pays, surtout grâce aux efforts déployés depuis le début des années 80 par les registres, qui ont uniformisé leurs procédures de recherche de cas, en établissant notamment des liens avec les fichiers provinciaux de données sur la mortalité.

Les statistiques sur la mortalité due au cancer au Canada sont calculées d'après les registres de décès tenus par les directeurs provinciaux et territoriaux de l'état civil pour les personnes résidant dans leur province ou territoire au moment du décès. Sont considérés comme des décès dus au cancer ceux dont la cause sous-jacente est attribuée à une forme quelconque de cancer par le médecin qui établit le certificat de décès.

Bien que les procédures soient normalisées à l'échelle tant nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui apparaît sur le certificat de décès est ordinairement moins précise que celle que tire le personnel des registres du cancer des dossiers tenus par les hôpitaux et les services de pathologie. Ces faits peuvent expliquer en partie le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès indiqués sous « tous les autres sièges ou types » dans les tableaux. Par ailleurs, les décès dus au cancer qui surviennent une année donnée sont habituellement le résultat de tumeurs diagnostiquées au cours des années antérieures.

Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, Canada, 2004

On estime que 145 500 nouveaux cas de cancer et 68 300 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2004. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 5,8 % et de 12,8 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

Pour les deux sexes, au moins 50 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois types particuliers, à savoir le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez la femme. À lui seul, le cancer du poumon cause 30 % des décès dus au cancer chez l'homme et 26 % chez la femme (figures 1.1 et 1.2). Il faut faire preuve de circonspection lorsqu'on compare les données sur le cancer colorectal pour l'année courante avec celles des années antérieures en raison du changement dans les méthodes de classification (voir l'*annexe II* pour plus de renseignements).

Le cancer du poumon demeure la principale cause de décès par cancer chez la femme canadienne en 2004. On estime en effet que 8 200 décès lui seront attribuables, comparativement à 5 200 pour le cancer du sein. Cette situation tient au fait que, chez la femme, le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté rapidement au cours des trois dernières décennies, tandis que la mortalité par cancer du sein normalisée selon l'âge a diminué légèrement. L'incidence du cancer du poumon chez la femme continue également de progresser. Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon étant estimé à 9 800, celui-ci occupe la deuxième place chez les femmes, juste devant

* Le nombre de nouveaux cas de cancer de la peau sans mélanome est estimé à partir des taux d'incidence obtenus par le registre du cancer de la Colombie-Britannique, qui possède les données les plus complètes. Prière de se reporter à l'*annexe II* : Méthodologie pour de plus amples détails.

le cancer colorectal qui, avec 8 800 nouveaux cas prévus, devient par ordre d'incidence décroissante, le troisième cancer en importance chez la femme canadienne. Le cancer du sein continue de se classer au premier rang, le nombre de nouveaux cas s'élevant à plus du double de celui associé au cancer du poumon.

Le cancer de la prostate, dont on estime à 20 100 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comparativement à 11 900 pour le cancer du poumon, demeure en 2004 le cancer dont l'incidence est la plus forte dans la population masculine canadienne. L'augmentation rapide, au début des années 90, du nombre de cancers de la prostate détectés dans toutes les provinces était attribuable au recours de plus en plus généralisé à des méthodes de détection plus précoce. Le nombre projeté de nouveaux cas de cancer de la prostate est calculé à partir d'un modèle de régression de Poisson d'après les données recueillies de 1991 à l'année la plus récente pour laquelle les données sur l'incidence sont disponibles (voir l'*annexe II : Méthodologie*). Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès chez les hommes au Canada en 2004; on estime que 10 700 décès seront causés par ce cancer, nombre qui excède de loin les 4 500 décès liés au cancer colorectal, deuxième cause principale de mortalité par cancer chez l'homme.

Ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas

Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, égal à 47 % dans l'ensemble, est légèrement supérieur chez l'homme que chez la femme. D'après ce ratio, on pourrait classer arbitrairement les sièges ou types de cancer énumérés au tableau 1 en trois groupes : ceux pour lesquels le pronostic est très favorable (ratio égal ou inférieur à 30 % - cancer du sein, cancer de la prostate, mélanome, cancer du corps de l'utérus, cancer du col de l'utérus, cancer de la thyroïde, maladie de Hodgkin, cancer du testicule et cancer de la vessie chez l'homme); ceux pour lesquels le pronostic est passable (ratio supérieur à 30 %, mais inférieur à 50 % - cancer du sein chez l'homme, cancer colorectal, lymphomes non hodgkiniens, cancer de la vessie chez la femme, cancer du rein, cancer de la cavité buccale et cancer du larynx); et ceux dont le pronostic est sombre (ratio supérieur à 50 % - cancer du poumon, leucémie, cancer du pancréas, cancer de l'estomac, cancer de l'ovaire, cancer de l'encéphale, myélome multiple et cancer de l'œsophage).

Le cancer du sein et le cancer de la prostate demeurent les cancers les plus répandus, alors que le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de décès par cancer.

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Tableau 1

Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, Canada, 2004

| | Nouveaux cas Estimations pour 2004 | | | Décès Estimations pour 2004 | | | Ratio décès/cas Estimations pour 2004 | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|--|-------------------|-------------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | Total | H | F |
| Tous les cancers | 145 500 | 74 800 | 70 700 | 68 300 | 36 200 | 32 100 | 0,47 | 0,48 | 0,45 |
| Poumon | 21 700 | 11 900 | 9 800 | 18 900 | 10 700 | 8 200 | 0,87 | 0,90 | 0,84 |
| Sein | 21 400 | 145 | 21 200 | 5 300 | 45 | 5 200 | 0,25 | 0,31 | 0,25 |
| Prostate | 20 100 | 20 100 | – | 4 200 | 4 200 | – | 0,21 | 0,21 | – |
| Côlon et rectum | 19 100 | 10 400 | 8 800 | 8 300 | 4 500 | 3 900 | 0,44 | 0,43 | 0,44 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 6 200 | 3 300 | 2 900 | 2 900 | 1 550 | 1 350 | 0,47 | 0,47 | 0,46 |
| Vessie | 5 000 | 3 700 | 1 250 | 1 600 | 1 150 | 490 | 0,32 | 0,30 | 0,39 |
| Rein | 4 300 | 2 600 | 1 600 | 1 500 | 950 | 560 | 0,35 | 0,36 | 0,35 |
| Mélanome | 4 200 | 2 300 | 1 950 | 850 | 520 | 330 | 0,20 | 0,23 | 0,17 |
| Leucémie | 3 900 | 2 300 | 1 650 | 2 200 | 1 300 | 930 | 0,57 | 0,57 | 0,57 |
| Corps de l'utérus | 3 800 | – | 3 800 | 700 | – | 700 | 0,19 | – | 0,19 |
| Pancréas | 3 300 | 1 600 | 1 700 | 3 300 | 1 600 | 1 700 | 0,99 | 0,98 | 1,00 |
| Cavité buccale | 3 100 | 2 100 | 1 050 | 1 050 | 690 | 340 | 0,33 | 0,33 | 0,33 |
| Estomac | 2 800 | 1 800 | 1 000 | 1 900 | 1 150 | 750 | 0,68 | 0,65 | 0,75 |
| Thyroïde | 2 800 | 640 | 2 100 | 170 | 65 | 110 | 0,06 | 0,10 | 0,05 |
| Ovaire | 2 300 | – | 2 300 | 1 550 | – | 1 550 | 0,66 | – | 0,66 |
| Encéphale | 2 300 | 1 300 | 1 050 | 1 600 | 930 | 690 | 0,70 | 0,72 | 0,67 |
| Myélome multiple | 1 850 | 990 | 850 | 1 250 | 670 | 580 | 0,68 | 0,67 | 0,68 |
| Oesophage | 1 400 | 1 000 | 400 | 1 600 | 1 200 | 420 | 1,14 ¹ | 1,18 ¹ | 1,04 ¹ |
| Col de l'utérus | 1 350 | – | 1 350 | 410 | – | 410 | 0,30 | – | 0,30 |
| Larynx | 1 200 | 970 | 210 | 510 | 420 | 90 | 0,43 | 0,43 | 0,43 |
| Maladie de Hodgkin | 830 | 450 | 380 | 120 | 70 | 55 | 0,15 | 0,15 | 0,14 |
| Testicule | 820 | 820 | – | 35 | 35 | – | 0,04 | 0,04 | – |
| Tous les autres sièges | 11 800 | 6 500 | 5 300 | 8 300 | 4 600 | 3 800 | 0,70 | 0,70 | 0,70 |

– Sans objet

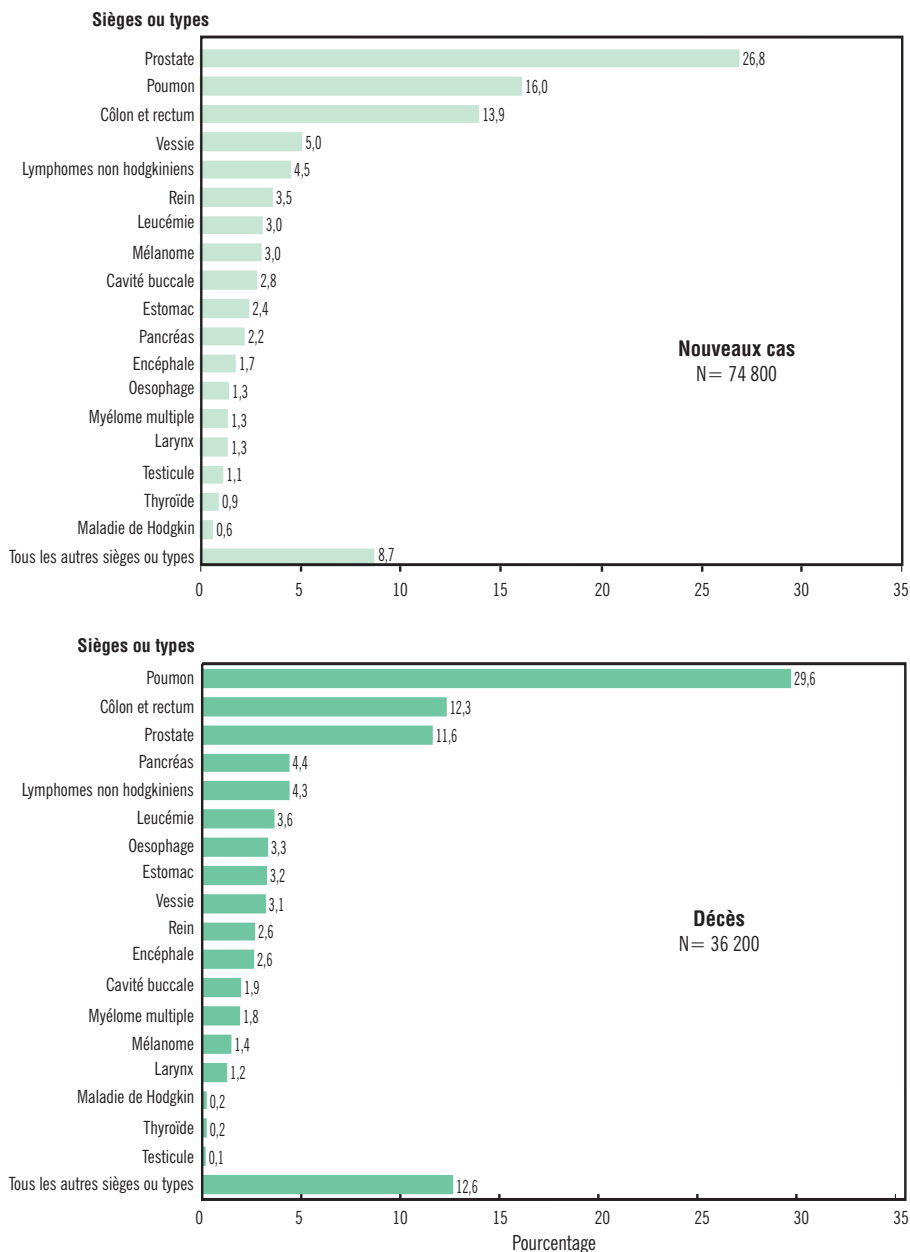
¹ Le ratio élevé (supérieur à 1,0) enregistré pour le cancer de l'oesophage peut s'expliquer par une inscription incomplète des cas de cancer de ce type avant le décès. Pour plus de détails, consulter l'annexe II : *Méthodologie*

Note: Toutes les données sur l'incidence excluent les quelque 76 000 nouveaux cas de cancer cutané sans mélanome. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, consulter l'annexe II : *Méthodologie*.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types, hommes, Canada, 2004



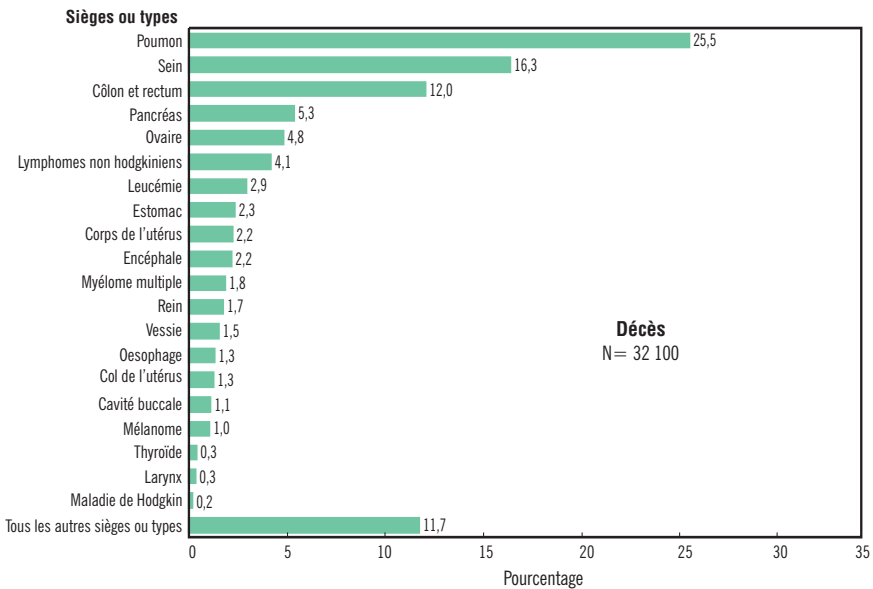
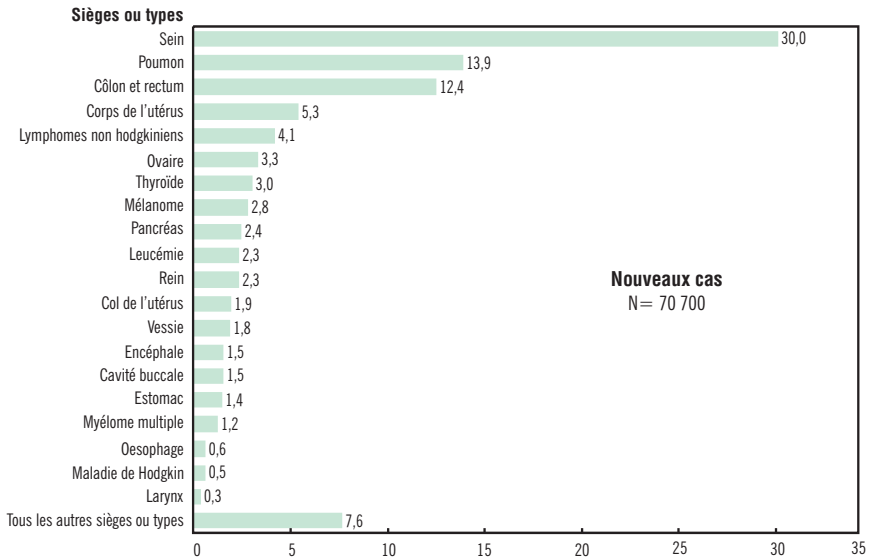
Note: Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des 76 000 nouveaux cas estimés de cancer cutané sans mélanome.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour les principaux sièges ou types, femmes, Canada, 2004



Note: Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des 76 000 nouveaux cas estimés de cancer cutané sans mélanome.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Le tableau 2 contient les prévisions démographiques pour 2004 ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous sièges ou types de cancer confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire. Les tableaux 3 et 4 indiquent le nombre estimé de nouveaux cas et les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour chaque province et territoire et pour chacun des principaux sièges ou types de cancer selon le sexe pour 2004. Les estimations des taux d'incidence normalisés selon l'âge tiennent compte des différences dans la répartition par âge de la population selon les provinces et les territoires, ce qui facilite les comparaisons interprovinciales. Les tableaux 5 et 6 contiennent les données, établies de façon similaire, relatives au nombre de décès et aux taux de mortalité normalisés selon l'âge en 2004. Les taux normalisés selon l'âge sont calculés en prenant pour référence les chiffres de la population canadienne de 1991, conformément à la méthode décrite dans le *Glossaire*. Il a fallu faire des ajustements pour le nombre estimé de nouveaux cas dans la plupart des provinces et territoires. Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés directement à partir des estimations du nombre de cas selon la description fournie dans l'*annexe II : Méthodologie*. Les tableaux A3 à A6 de l'*annexe I* fournissent les données réelles les plus récentes pour chaque province et territoire. En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est que dans les provinces de l'Ouest.

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

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

Deuxièmement, la corrélation entre l'incidence d'une maladie et la prévalence des facteurs de risque dans une région particulière peut induire en erreur. Pour prouver qu'il existe une relation de cause à effet entre un facteur et une maladie, il faut étudier les cas particuliers de façon plus approfondie. Des courbes différentes de consommation de tabac dans les provinces et les territoires expliquent cependant une partie de cette variation, comme en témoignent les taux plus élevés de cancer du poumon dans l'est du Canada.

Troisièmement, dans le cas de nombreux cancers, l'intervalle de temps entre l'exposition à un facteur de risque et la manifestation de la maladie est long. Or, l'information sur la prévalence des facteurs de risque durant les décennies antérieures fait souvent défaut. Une situation socio-économique précaire a été associée à une surmortalité attribuable au cancer et à une augmentation (p. ex., col de l'utérus) ou une diminution de l'incidence de certains cancers.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Quatrièmement, les programmes de dépistage (p. ex., du cancer du sein, du col de l'utérus) ne rejoignent pas toute la population cible et ne sont pas nécessairement complets dans toutes les provinces et les territoires. Les programmes n'ont pas débuté la même année dans les différentes provinces et les territoires et l'identification de cas précédemment non diagnostiqués chez des personnes asymptomatiques gonflera temporairement les taux de cancer. L'accès aux méthodes diagnostiques varie également à l'échelle régionale.

Enfin, les méthodes suivies pour enregistrer les cas de cancer ne sont pas toujours identiques (p. ex., l'enregistrement de seconds cancers primaires et l'utilisation des certificats de décès – voir l'*annexe II* pour la méthodologie des registres du cancer). Par exemple, à Terre-Neuve, les informations contenues dans les certificats de décès ne sont pas consignées au registre, ce qui diminue indûment le nombre de nouveaux cas ayant une courte espérance de vie, comme les cas de cancer du poumon et de cancer du pancréas. La mesure dans laquelle on corrobore les informations contenues dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie également d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui influence l'exactitude des données sur l'incidence. Étant donné qu'au Québec, le registre dépend des données des hôpitaux, le nombre estimatif des cas de cancer de la prostate, de mélanome et de cancer de la vessie est sous-déclaré de 32 %, de 35 % et de 14 %, respectivement.⁵ Le personnel responsable du fichier des tumeurs du Québec est au fait de ce problème, et des mesures ont été prises pour corriger la situation.

Même en tenant compte de ces problèmes, il faut noter que le Canada est un des rares pays où les tendances relatives au cancer peuvent être surveillées dans toute la population. Les registres provinciaux/territoriaux et national du cancer constituent des ressources importantes permettant de comparer les données et ainsi formuler des hypothèses qui justifieront des enquêtes plus poussées. Les facteurs qui sont à l'origine de ces différences ne sont pas bien identifiés, mais pourraient comprendre la détection précoce du cancer grâce à des programmes de dépistage bien établis, à des modalités de traitement améliorées ou plus accessibles dans certaines régions, à la concentration des facteurs de risque dans une province ou une région, ou à l'importance plus grande d'un facteur de risque dans une population (p. ex., taux de tabagisme plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique). Les véritables différences dans les risques de cancer et les liens causaux, démontrées dans des études épidémiologiques subséquentes, pourront être utilisées dans la planification des programmes de lutte contre le cancer qui visent à réduire le fardeau que représente cette maladie.

En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Est que dans les provinces de l'Ouest.

Tableau 2

Population estimée, nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2004

| Province/territoire | Population (en milliers) Estimations pour 2004 ¹ | | | Nouveaux cas Estimations pour 2004 ² | | | Décès Estimations pour 2004 | | |
|---------------------------|--|---------------|---------------|--|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | Total | H | F |
| Canada | 31 757 | 15 714 | 16 043 | 145 500 | 74 800 | 70 700 | 68 300 | 36 200 | 32 100 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 523 | 258 | 265 | 2 100 | 1 150 | 970 | 1 250 | 700 | 560 |
| Île-du-Prince-Édouard | 140 | 68 | 71 | 770 | 410 | 350 | 340 | 190 | 150 |
| Nouvelle-Écosse | 943 | 461 | 482 | 5 200 | 2 700 | 2 400 | 2 500 | 1 350 | 1 150 |
| Nouveau-Brunswick | 760 | 376 | 384 | 3 900 | 2 100 | 1 850 | 1 850 | 1 050 | 820 |
| Québec | 7 465 | 3 682 | 3 783 | 36 300 | 18 100 | 18 300 | 18 400 | 9 900 | 8 500 |
| Ontario | 12 320 | 6 081 | 6 239 | 54 600 | 27 900 | 26 800 | 25 000 | 13 100 | 11 900 |
| Manitoba | 1 158 | 574 | 584 | 5 700 | 2 900 | 2 800 | 2 600 | 1 400 | 1 250 |
| Saskatchewan | 996 | 493 | 503 | 4 700 | 2 500 | 2 200 | 2 300 | 1 250 | 1 050 |
| Alberta | 3 196 | 1 611 | 1 585 | 13 100 | 7 000 | 6 100 | 5 300 | 2 800 | 2 600 |
| Colombie-Britannique | 4 157 | 2 058 | 2 099 | 18 900 | 10 000 | 8 900 | 8 500 | 4 500 | 4 000 |
| Yukon | 28 | 14 | 14 | 75 | 35 | 40 | 50 | 30 | 20 |
| Territoires du Nord-Ouest | 41 | 21 | 20 | 95 | 50 | 45 | 50 | 25 | 25 |
| Nunavut | 30 | 16 | 15 | 50 | 20 | 25 | 40 | 20 | 15 |

¹ Les projections de la population pour 2004 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada..

² Les chiffres ne comprennent pas le cancer cutané sans mélanome.

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

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 3

Nombre estimé de nouveaux cas pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004

| | Nouveaux Cas | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | Canada ¹ | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 74 800 | 1 150 | 410 | 2 700 | 2 100 | 18 100 | 27 900 | 2 900 | 2 500 | 7 000 | 10 000 |
| Prostate | 20 100 | 310 | 150 | 710 | 560 | 3 200 | 8 000 | 750 | 810 | 2 500 | 3 100 |
| Poumon | 11 900 | 170 | 70 | 470 | 380 | 3 900 | 4 000 | 430 | 350 | 840 | 1 350 |
| Côlon et rectum | 10 400 | 230 | 50 | 370 | 260 | 2 600 | 3 900 | 400 | 330 | 820 | 1 350 |
| Vessie | 3 700 | 30 | 10 | 170 | 130 | 1 400 | 1 200 | 120 | 160 | 140 | 370 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 3 300 | 40 | 20 | 100 | 100 | 810 | 1 300 | 130 | 100 | 270 | 470 |
| Rein | 2 600 | 40 | 15 | 95 | 75 | 640 | 1 050 | 120 | 75 | 230 | 290 |
| Mélanome | 2 300 | 30 | 15 | 100 | 60 | 340 | 980 | 70 | 55 | 240 | 360 |
| Leucémie | 2 300 | 15 | 15 | 65 | 55 | 560 | 870 | 85 | 95 | 250 | 270 |
| Cavité buccale | 2 100 | 55 | 10 | 75 | 55 | 500 | 800 | 100 | 65 | 170 | 260 |
| Estomac | 1 800 | 50 | 5 | 50 | 50 | 460 | 650 | 65 | 65 | 150 | 240 |
| Pancréas | 1 600 | 5 | 10 | 50 | 45 | 460 | 570 | 60 | 50 | 130 | 230 |
| Encéphale | 1 300 | 20 | 5 | 40 | 30 | 350 | 490 | 45 | 40 | 100 | 170 |
| Myélome multiple | 990 | 10 | 5 | 30 | 25 | 270 | 380 | 40 | 30 | 75 | 130 |
| Larynx | 970 | 25 | 5 | 30 | 25 | 350 | 320 | 30 | 30 | 60 | 100 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 70 700 | 970 | 350 | 2 400 | 1 850 | 18 300 | 26 800 | 2 800 | 2 200 | 6 100 | 8 900 |
| Sein | 21 200 | 340 | 100 | 690 | 540 | 5 700 | 7 900 | 810 | 610 | 1 850 | 2 600 |
| Poumon | 9 800 | 100 | 45 | 340 | 230 | 2 800 | 3 500 | 400 | 250 | 780 | 1 250 |
| Côlon et rectum | 8 800 | 160 | 50 | 340 | 250 | 2 200 | 3 400 | 340 | 270 | 660 | 1 050 |
| Corps de l'utérus | 3 800 | 60 | 20 | 130 | 85 | 870 | 1 500 | 180 | 110 | 350 | 470 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 2 900 | 35 | 10 | 75 | 95 | 710 | 1 150 | 110 | 85 | 230 | 370 |
| Ovaire | 2 300 | 30 | 10 | 80 | 55 | 630 | 910 | 90 | 70 | 160 | 290 |
| Thyroid | 2 100 | 25 | 5 | 40 | 50 | 450 | 1 050 | 65 | 45 | 190 | 180 |
| Mélanome | 1 950 | 30 | 25 | 90 | 60 | 320 | 800 | 65 | 55 | 240 | 270 |
| Pancréas | 1 700 | 5 | 10 | 65 | 55 | 480 | 590 | 70 | 50 | 140 | 240 |
| Leucémie | 1 650 | 15 | 5 | 50 | 35 | 420 | 620 | 70 | 60 | 160 | 190 |
| Rein | 1 600 | 25 | 5 | 60 | 60 | 410 | 620 | 65 | 55 | 140 | 160 |
| Col de l'utérus | 1 350 | 25 | 10 | 60 | 40 | 270 | 510 | 55 | 50 | 170 | 160 |
| Vessie | 1 250 | 10 | 5 | 55 | 45 | 470 | 410 | 40 | 55 | 50 | 120 |
| Cavité buccale | 1 050 | 15 | 5 | 40 | 20 | 230 | 390 | 45 | 35 | 85 | 160 |
| Encéphale | 1 050 | 15 | 5 | 30 | 25 | 280 | 410 | 35 | 30 | 80 | 120 |
| Estomac | 1 000 | 20 | 5 | 30 | 25 | 290 | 350 | 35 | 35 | 95 | 130 |
| Myélome multiple | 850 | 5 | 5 | 25 | 20 | 220 | 350 | 30 | 25 | 60 | 110 |

¹ Les taux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada et les provinces concernant tous les cancers ne comprennent pas les 76 000 cas estimés de cancer cutané sans mélanome. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes décrites à l'*annexe II : Méthodologie*, il faut user de prudence lorsqu' on compare les estimations de 2004 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations pourront différer des chiffres réels. Veuillez consulter l'*annexe I* ou communiquer avec les registres provinciaux du cancer pour obtenir les données réelles les plus récentes.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 4

Taux estimés d' incidence normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004

| | Taux pour 100 000 | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Canada ¹ | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 449 | 419 | 534 | 549 | 533 | 466 | 461 | 492 | 466 | 470 | 437 |
| Prostate | 121 | 111 | 190 | 139 | 140 | 79 | 128 | 125 | 147 | 175 | 129 |
| Poumon | 72 | 58 | 89 | 90 | 95 | 97 | 63 | 70 | 63 | 58 | 57 |
| Côlon et rectum | 62 | 80 | 64 | 72 | 64 | 66 | 61 | 65 | 57 | 56 | 56 |
| Vessie | 23 | 11 | 16 | 33 | 33 | 35 | 19 | 20 | 29 | 10 | 16 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 20 | 14 | 23 | 19 | 24 | 20 | 20 | 20 | 19 | 18 | 20 |
| Rein | 15 | 13 | 16 | 17 | 17 | 16 | 16 | 19 | 14 | 15 | 12 |
| Leucémie | 14 | 6 | 18 | 13 | 14 | 14 | 14 | 14 | 17 | 17 | 12 |
| Mélanome | 13 | 10 | 20 | 20 | 14 | 8 | 15 | 12 | 10 | 15 | 15 |
| Cavité buccale | 12 | 19 | 11 | 14 | 13 | 12 | 12 | 16 | 11 | 11 | 11 |
| Estomac | 11 | 18 | 9 | 10 | 12 | 12 | 10 | 11 | 11 | 10 | 10 |
| Pancréas | 10 | 2 | 13 | 10 | 11 | 11 | 9 | 10 | 8 | 9 | 10 |
| Encéphale | 8 | 6 | 6 | 8 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 |
| Larynx | 6 | 7 | 8 | 6 | 6 | 8 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| Myélome multiple | 6 | 4 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 351 | 292 | 382 | 384 | 369 | 360 | 350 | 377 | 340 | 355 | 323 |
| Sein | 106 | 100 | 108 | 109 | 107 | 113 | 104 | 112 | 98 | 107 | 97 |
| Poumon | 48 | 31 | 52 | 53 | 46 | 55 | 46 | 55 | 40 | 47 | 45 |
| Côlon et rectum | 41 | 47 | 52 | 50 | 47 | 41 | 42 | 43 | 37 | 37 | 36 |
| Corps de l'utérus | 19 | 17 | 19 | 21 | 17 | 17 | 20 | 25 | 18 | 21 | 17 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 14 | 11 | 11 | 12 | 19 | 14 | 15 | 15 | 13 | 14 | 14 |
| Ovaire | 12 | 9 | 10 | 13 | 12 | 13 | 12 | 12 | 11 | 9 | 11 |
| Thyroïde | 12 | 9 | 5 | 7 | 11 | 11 | 16 | 10 | 9 | 12 | 8 |
| Mélanome | 10 | 11 | 27 | 16 | 14 | 7 | 11 | 10 | 10 | 14 | 10 |
| Pancréas | 8 | 2 | 8 | 9 | 10 | 9 | 7 | 8 | 7 | 8 | 8 |
| Col de l'utérus | 8 | 8 | 10 | 11 | 10 | 6 | 7 | 9 | 9 | 10 | 7 |
| Rein | 8 | 8 | 7 | 9 | 12 | 8 | 8 | 9 | 8 | 8 | 6 |
| Leucémie | 8 | 5 | 7 | 8 | 7 | 8 | 8 | 10 | 10 | 10 | 7 |
| Vessie | 6 | 3 | 3 | 8 | 8 | 9 | 5 | 5 | 8 | 3 | 4 |
| Encéphale | 6 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Cavité buccale | 5 | 5 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 |
| Estomac | 5 | 7 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 |
| Myélome multiple | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les taux ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'annexe II : *Méthodologie*), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2004 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 5

Nombre estimé de décès pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004

| | Décès | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Canada ¹ | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 36 200 | 700 | 190 | 1 350 | 1 050 | 9 900 | 13 100 | 1 400 | 1 250 | 2 800 | 4 500 |
| Poumon | 10 700 | 220 | 60 | 450 | 340 | 3 500 | 3 500 | 370 | 330 | 740 | 1 200 |
| Côlon et rectum | 4 500 | 100 | 25 | 150 | 110 | 1 250 | 1 600 | 180 | 160 | 330 | 520 |
| Prostate | 4 200 | 70 | 25 | 160 | 120 | 900 | 1 600 | 170 | 230 | 400 | 540 |
| Pancréas | 1 600 | 30 | 10 | 60 | 45 | 420 | 560 | 55 | 55 | 120 | 220 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 550 | 15 | 5 | 70 | 45 | 340 | 620 | 85 | 45 | 110 | 230 |
| Leucémie | 1 300 | 15 | 5 | 45 | 30 | 280 | 520 | 50 | 45 | 120 | 170 |
| Estomac | 1 150 | 45 | 5 | 35 | 25 | 360 | 400 | 40 | 40 | 75 | 140 |
| Vessie | 1 150 | 30 | 5 | 40 | 30 | 270 | 430 | 45 | 40 | 85 | 160 |
| Rein | 950 | 20 | 5 | 35 | 25 | 230 | 320 | 65 | 30 | 85 | 130 |
| Encéphale | 930 | 20 | – | 30 | 20 | 270 | 310 | 35 | 30 | 85 | 110 |
| Cavité buccale | 690 | 20 | 5 | 30 | 20 | 190 | 250 | 25 | 20 | 45 | 85 |
| Myélome multiple | 670 | 10 | 5 | 30 | 20 | 160 | 260 | 30 | 25 | 40 | 90 |
| Mélanome | 520 | 5 | – | 20 | 10 | 95 | 250 | 20 | 10 | 35 | 65 |
| Larynx | 420 | 10 | – | 15 | 20 | 150 | 140 | 15 | 15 | 20 | 45 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 32 100 | 560 | 150 | 1 150 | 820 | 8 500 | 11 900 | 1 250 | 1 050 | 2 600 | 4 000 |
| Poumon | 8 200 | 120 | 50 | 260 | 170 | 2 300 | 2 900 | 320 | 280 | 670 | 1 100 |
| Sein | 5 200 | 95 | 25 | 200 | 130 | 1 400 | 2 000 | 200 | 150 | 410 | 620 |
| Côlon et rectum | 3 900 | 90 | 25 | 180 | 100 | 1 100 | 1 400 | 160 | 120 | 240 | 440 |
| Pancréas | 1 700 | 25 | 10 | 65 | 55 | 450 | 610 | 70 | 65 | 140 | 240 |
| Ovaire | 1 550 | 30 | 5 | 50 | 40 | 360 | 580 | 60 | 55 | 130 | 220 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 350 | 15 | 5 | 55 | 40 | 310 | 530 | 55 | 45 | 100 | 180 |
| Leucémie | 930 | 15 | 5 | 30 | 15 | 210 | 370 | 40 | 35 | 90 | 130 |
| Estomac | 750 | 35 | – | 25 | 15 | 230 | 240 | 20 | 30 | 60 | 80 |
| Corps de l'utérus | 700 | 10 | 5 | 30 | 20 | 180 | 270 | 30 | 20 | 60 | 75 |
| Encéphale | 690 | 10 | 5 | 25 | 20 | 210 | 240 | 25 | 20 | 60 | 80 |
| Myélome multiple | 580 | 10 | 5 | 20 | 15 | 150 | 230 | 25 | 20 | 45 | 70 |
| Rein | 560 | 10 | 5 | 15 | 20 | 170 | 170 | 25 | 30 | 45 | 70 |
| Vessie | 490 | 10 | – | 15 | 15 | 120 | 180 | 20 | 15 | 45 | 65 |
| Col de l'utérus | 410 | 10 | 5 | 20 | 10 | 85 | 150 | 15 | 15 | 40 | 50 |
| Cavité buccale | 340 | – | – | 10 | 5 | 85 | 130 | 15 | 10 | 30 | 45 |
| Mélanome | 330 | 5 | – | 10 | 5 | 55 | 160 | 10 | 10 | 25 | 45 |

– Moins de 3 décès

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'annexe II : *Méthodologie*), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2004 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations peuvent différer des chiffres réels

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 6

Taux estimés de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la province, Canada, 2004

| | Taux pour 100,000 | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Canada ¹ | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
| Hommes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 221 | 252 | 251 | 266 | 253 | 253 | 211 | 225 | 216 | 198 | 189 |
| Poumon | 65 | 77 | 80 | 87 | 85 | 89 | 56 | 60 | 59 | 52 | 51 |
| Côlon et rectum | 27 | 36 | 32 | 30 | 27 | 32 | 26 | 30 | 26 | 23 | 22 |
| Prostate | 27 | 29 | 34 | 33 | 30 | 25 | 27 | 27 | 37 | 31 | 23 |
| Pancréas | 10 | 10 | 14 | 12 | 12 | 10 | 9 | 9 | 9 | 8 | 9 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 9 | 5 | 8 | 13 | 11 | 8 | 10 | 14 | 8 | 8 | 10 |
| Leucémie | 8 | 6 | 8 | 8 | 8 | 7 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 |
| Estomac | 7 | 16 | 9 | 7 | 6 | 9 | 6 | 6 | 7 | 5 | 6 |
| Vessie | 7 | 11 | 6 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 |
| Rein | 6 | 7 | 9 | 7 | 6 | 6 | 5 | 10 | 6 | 6 | 5 |
| Encéphale | 5 | 7 | 2 | 6 | 5 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| Cavité buccale | 4 | 6 | 6 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Myélome multiple | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 |
| Mélanome | 3 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| Larynx | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Femmes | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 150 | 161 | 154 | 170 | 152 | 157 | 147 | 155 | 148 | 146 | 136 |
| Poumon | 40 | 36 | 55 | 41 | 34 | 45 | 37 | 43 | 42 | 40 | 38 |
| Sein | 24 | 27 | 28 | 29 | 26 | 26 | 25 | 26 | 22 | 23 | 21 |
| Côlon et rectum | 17 | 26 | 23 | 24 | 17 | 19 | 17 | 18 | 15 | 13 | 14 |
| Pancréas | 8 | 7 | 9 | 9 | 9 | 8 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Ovaire | 7 | 10 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 6 | 4 | 4 | 8 | 7 | 6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 |
| Encéphale | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Leucémie | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| Estomac | 3 | 9 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| Corps de l'utérus | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Multiple Myeloma | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Rein | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| Cavité buccale | 2 | – | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Myélome multiple | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Cavité buccale | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Vessie | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. Toutefois, à cause du petit nombre de cas, les territoires ne sont pas présentés séparément.

Note: Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. En raison de changements et d'améliorations apportées aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'*annexe II : Méthodologie*), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2004 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

La détermination des tendances de l'incidence des principaux types de cancer et de la mortalité liée à ces derniers repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. On présente aux figures 2.1 et 2.2 le nombre de nouveaux cas et de décès, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants pour les hommes et pour les femmes au Canada, de 1975 à 2000, de même que des prévisions jusqu'en 2004. Les figures 3.1 et 3.2 décrivent l'effet des changements dans les taux de cancer et la taille de la population ainsi que l'effet du vieillissement de la population sur le nombre total de nouveaux cas et de décès. Les figures 4.1, 4.2 et 5.1, 5.2 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains sièges et types de cancer, tandis que les tableaux 7.1, 7.2 et 8.1, 8.2 fournissent les données simples. Les données sur la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité (1993-2000), selon le siège ou le type de cancer, figurent au tableau 9 et sont représentées graphiquement à la figure 6.

La normalisation selon l'âge permet de déterminer les écarts entre années civiles, puisque ces taux tiennent compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans. Les taux normalisés selon l'âge qui figurent dans la présente publication ont été calculés en se fondant sur les chiffres de population au Canada en 1991. La hausse rapide des taux d'incidence au cours des années 70, illustrée aux figures 2.1 et 2.2, reflète en grande partie l'amélioration de l'enregistrement des nouveaux cas durant cette période par plusieurs registres provinciaux. Toutefois, depuis 1981, les taux d'enregistrement se sont généralement stabilisés grâce à l'uniformisation croissante des méthodes d'enregistrement des cas de cancer appliquées dans les diverses régions du pays.¹

Tendances pour l'ensemble des sièges ou types de cancer

Chez l'homme, le taux de mortalité par cancer, après avoir culminé en 1988 (figure 2.2, tableau 7.2) diminue lentement en raison de la baisse des taux de mortalité due au cancer du poumon, au cancer colorectal et à d'autres cancers. En revanche, le taux d'incidence, tous sièges et types confondus, a augmenté légèrement au début des années 90, à cause de la hausse abrupte de l'incidence du cancer de la prostate; notons toutefois que ce taux a commencé à diminuer ces dernières années. Chez la femme, depuis 1989, l'incidence enregistrée pour l'ensemble des sièges et types de cancer a progressé légèrement alors que les taux de mortalité ont diminué légèrement (figures 2.1 et 2.2, tableaux 8.1, 8.2).

Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge (figures 2.1 et 2.2), le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès causés par cette maladie continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne augmente et vieillit. Ces nombres, contrairement aux taux, sont d'importants indicateurs de l'ampleur du fardeau que représente le cancer pour la population canadienne et pour le régime de santé. Selon les estimations, en 2004, on enregistrera 145 500 nouveaux cas et 68 300 décès. Ces nombres permettent de planifier l'offre de services aux malades et les installations des établissements de santé nécessaires pour faire face à la demande croissante.

Les figures 3.1 et 3.2 montrent à quel point les changements dans la population totale et la pyramide des âges ont influé sur les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité générales. Le tracé le plus bas dans ces graphiques représente le nombre total de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si seuls les taux avaient

changé et la population était restée la même qu'en 1971. La ligne du milieu représente le nombre de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si les taux annuels s'appliquaient à une population en croissance mais si la structure par âge était demeurée identique à celle de 1971. La ligne du haut représente le nombre de cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'impact combiné du changement dans le taux d'incidence, la croissance démographique et le vieillissement de la population. Ces figures montrent que les changements dans la taille de la population et la structure par âge sont les facteurs qui ont le plus contribué à alourdir le fardeau que représente le cancer dans la population canadienne. Il s'ensuit que par suite du vieillissement de cette population et de la croissance démographique, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année à moins que le taux diminue sensiblement.

La figure 7 représente un indice (voir la définition dans le *Glossaire*) des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la période de 1975 à 2000 pour l'ensemble des sièges et types de cancer, avec et sans le cancer du poumon. Chez l'homme, l'augmentation du taux global de mortalité par cancer est imputable au cancer du poumon jusqu'en 1988, année où ce taux a atteint un sommet. Depuis, le taux global de mortalité par cancer a diminué dans des proportions comparables, que l'on tienne compte ou non du cancer du poumon. Chez la femme, l'indice montre que le taux global de mortalité par cancer est demeuré essentiellement stable jusqu'en 2000; cependant, le taux de mortalité par cancer pour tous les sièges ou types de cancer autres que le cancer du poumon a diminué de 15 % durant cette période.

Tendances pour certains sièges et types de cancer

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité sur une période de 30 ans pour certains sièges et types de cancer sont illustrées aux figures 4.1 et 4.2 pour les hommes, et aux figures 5.1 et 5.2 pour les femmes. Les données simples correspondant à ces figures sont présentées dans les tableaux 7.1, 7.2, 8.1 et 8.2. Le tableau 9 et la figure 6 résument les variations annuelles moyennes en pourcentage. En général, les taux d'incidence et de mortalité pour la majorité des cancers se sont stabilisés ou ont diminué au cours de la dernière décennie. On note toutefois certaines exceptions.

Chez la femme, le taux d'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité due à ce dernier continuent d'augmenter rapidement et sont maintenant près de trois fois plus élevés que les taux enregistrés en 1975. Les taux estimés d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon chez la femme en 2004 continuent d'être cependant beaucoup plus faibles que ceux observés chez l'homme. Pour ce dernier, le taux d'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité due à ce cancer ont plafonné au milieu des années 80 et diminuent régulièrement depuis, situation qui reflète le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60 chez l'homme. Chez la femme, la lente baisse du taux de tabagisme n'ayant débuté qu'au milieu des années 80,⁶ les bienfaits en terme de diminution des taux pour le cancer du poumon tardent à se manifester (figure 5.1 et tableau 8.1).

Le taux d'incidence du cancer de la prostate, qui augmente régulièrement depuis des années, affiche une hausse particulièrement forte de 1989 à 1993 (tableau 7.1). En revanche, le taux de mortalité due à ce cancer a progressé beaucoup plus lentement à partir de 1978 et a commencé à diminuer au milieu des années 90. La forte hausse observée depuis 1990 est due principalement à la détection précoce plus fréquente de

ce cancer grâce au dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)⁷. La détection précoce a permis de déceler presque tous les cancers qui existent dans la population soumise au dépistage, et le taux a recommencé à augmenter au même rythme constant que dans le passé⁸. La détection précoce explique probablement, en grande partie, la hausse passée de l'incidence du cancer de la prostate, mais la variation de certains facteurs de risque et de protection contribue sans doute également à cette hausse. Cependant, on n'a identifié à ce jour aucun facteur pertinent.⁷ Pour illustrer ces tendances, une estimation prudente de l'incidence actuelle du cancer de la prostate a été calculée à partir des taux projetés d'une période antérieure (voir *annexe II : Méthodologie*). Jusqu'à aujourd'hui, aucun changement majeur dans le taux de mortalité n'a été associé à l'augmentation du taux de détection; cependant, le taux de mortalité a diminué sensiblement entre 1993 et 2000 (baisse annuelle moyenne de 2,5 %, comme l'indique le tableau 9). Il est difficile de déterminer si la baisse du taux de mortalité est attribuable à la détection précoce ou à l'amélioration des traitements.

L'incidence du cancer du sein chez la femme a également augmenté constamment, mais graduellement, entre 1975 et 1992. Cette tendance à la hausse est sans doute due, en partie, à la fréquence croissante de la mammographie depuis le milieu des années 80, mais pourrait aussi dépendre des modèles de reproduction.^{9,10} Cependant, depuis 1993, les taux d'incidence ont augmenté plus lentement, et les taux de mortalité due au cancer du sein ont diminué continuellement. De fait, les données réelles les plus récentes de 2000 indiquent que le taux de mortalité par cancer du sein n'a jamais été aussi bas depuis 1950. Une tendance à la baisse similaire s'observe aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie.¹¹ Ce n'est qu'en effectuant des recherches plus poussées qu'on pourra déterminer l'impact respectif de cette diminution sur le dépistage, sur l'amélioration du traitement et sur l'évolution de certains facteurs de risque ou de protection.

Parmi tous les types de cancer examinés dans le présent rapport, on n'en dénombre que deux chez l'homme et un chez la femme dont l'incidence a augmenté à un taux moyen annuel supérieur à 2 % depuis 1993 (tableau 9). Il s'agit, chez l'homme, du cancer de la thyroïde (+3,7 %) et du mélanome (+2,5 %) et, chez la femme, du cancer de la thyroïde (+4,6 %). L'augmentation du taux d'incidence du cancer de la thyroïde a également été observée en Europe et dans certaines régions des États-Unis. On a avancé l'hypothèse que l'amélioration des méthodes de détection précoce (échographie et biopsie à l'aiguille) permet d'identifier des cancers à un stade précoce avec une plus grande fréquence qu'auparavant. Avec l'efficacité croissante des traitements modernes, il est peu probable que le taux de mortalité augmente. Une hausse de l'incidence du mélanome peut être liée à une exposition au soleil intense et à l'amélioration des méthodes de dépistage de la maladie. Les autres types de cancer dont l'incidence croît sensiblement, mais de moins de 2 %, sont les lymphomes non hodgkiniens dans la population des deux sexes, et le cancer du poumon ainsi que le mélanome chez les femmes.

Chez les hommes, la hausse du taux de mortalité a été la plus élevée pour les lymphomes non hodgkiniens, avec une hausse de 2,1 % par année. Une augmentation sensible du taux de mortalité associé au mélanome a également été observée chez les hommes (1,8 %). Chez les femmes, le taux de mortalité due au cancer du poumon a augmenté considérablement, soit de 1,5 % par année.

Malgré la tendance à la baisse du taux d'incidence du cancer colorectal et du taux de mortalité due à ce type de cancer, observée récemment, de même que l'établissement de prévisions à partir des données connexes, le taux d'incidence a augmenté légèrement tous les ans tant chez les hommes que chez les femmes depuis 1997 (tableaux 7.1 et 8.1). Quant au taux de mortalité, il a continué à diminuer pour les deux sexes, mais davantage chez les femmes. Il se dégage un consensus international au sujet des avantages du dépistage de masse du cancer colorectal. On étudie la possibilité d'une telle initiative au Canada à l'échelle provinciale et nationale. Cependant, le dépistage occasionnel est déjà bien répandu au Canada et pourrait avoir contribué à la baisse toute récente des taux d'incidence et de mortalité. Une telle hypothèse ne peut toutefois être vérifiée que par la mise en place et l'évaluation de programmes organisés de dépistage.

Le tableau 9 fait état d'une baisse continue de l'incidence du cancer de l'estomac (-2,3 % chez les hommes -2,6 % chez les femmes) et de la mortalité due à ce dernier (-2,8 % chez les hommes et les femmes), laquelle peut s'expliquer par l'amélioration des habitudes alimentaires et le rôle des agents infectieux (p. ex., *Helicobacter pylori*). Les taux beaucoup plus faibles observés pour le cancer invasif du col de l'utérus (-2,4 % pour l'incidence et -2,6 % pour la mortalité) témoignent probablement de l'effet de la détection précoce et du traitement des lésions précancéreuses grâce au test de Papanicolaou et au traitement des lésions non invasives. On note aussi une baisse statistiquement significative de l'incidence du cancer du larynx et du poumon chez l'homme et du cancer de l'ovaire et du larynx chez la femme. De même, un recul statistiquement significatif de la mortalité a été enregistré pour le cancer de la cavité buccale, du pancréas, du larynx, de la cavité buccale et du poumon chez l'homme et du cancer du pancréas et de l'ovaire chez la femme.

Figure 2.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1975-2004

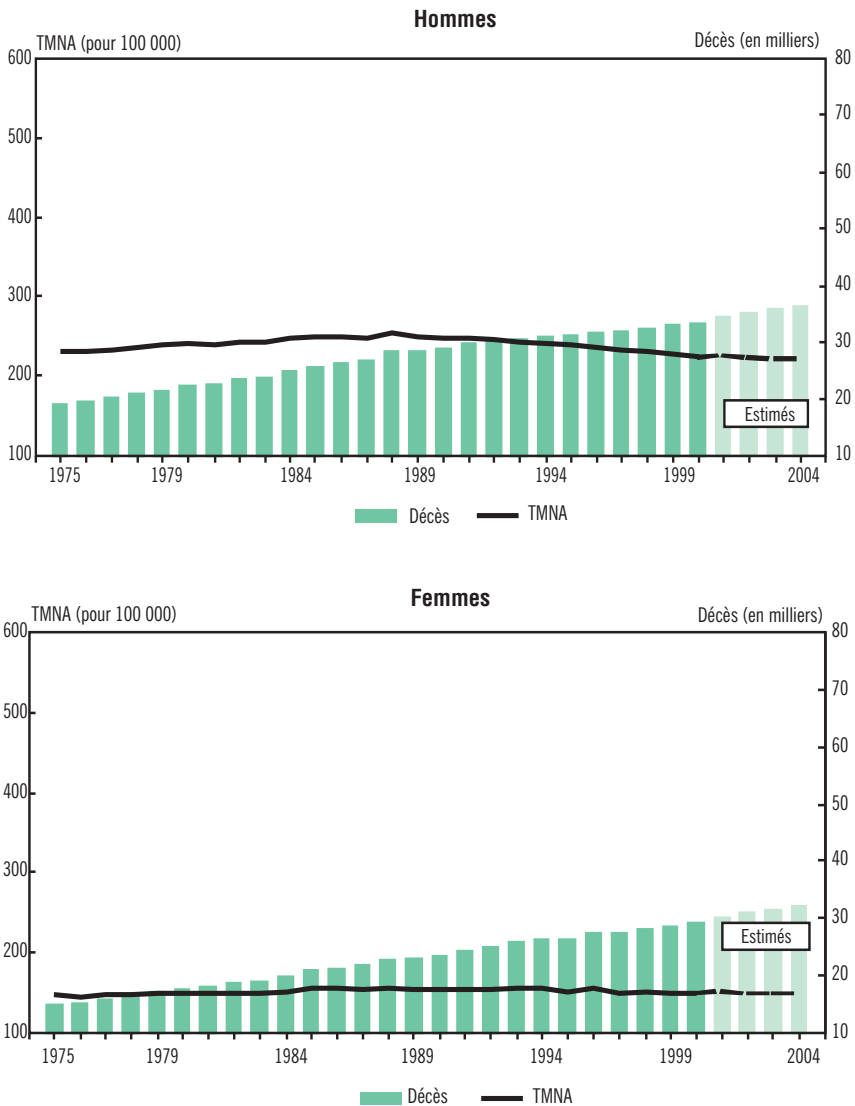


Note: La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers cutanés sans mélanome. Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 2.2

Nombre de décès et de taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1975-2004

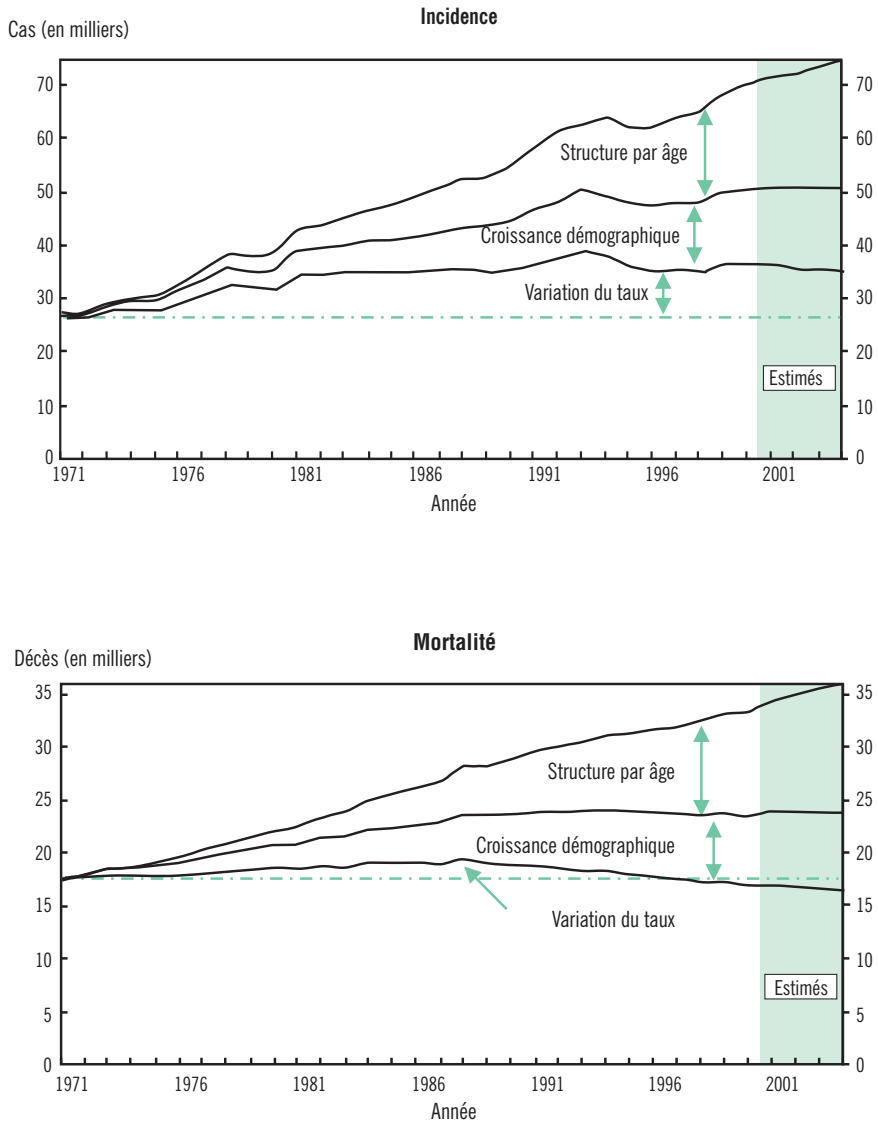


Note: Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 3.1

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1971-2004

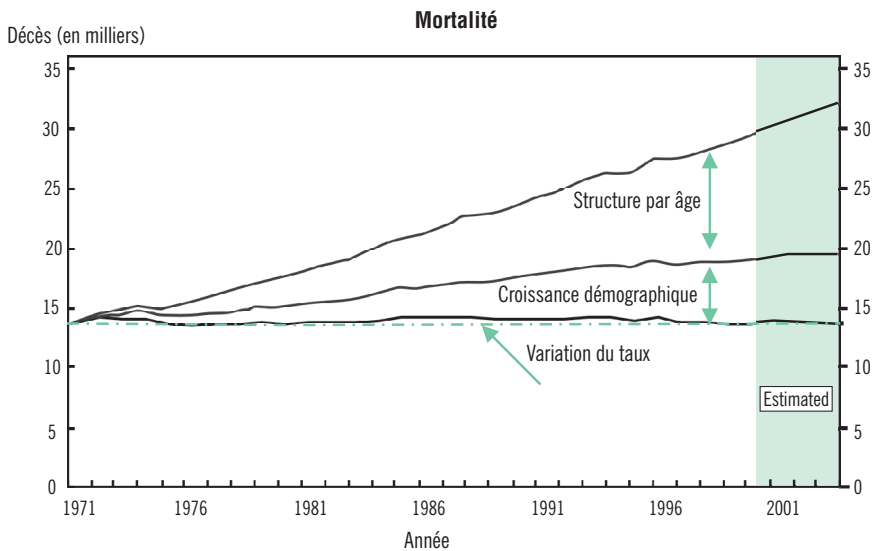
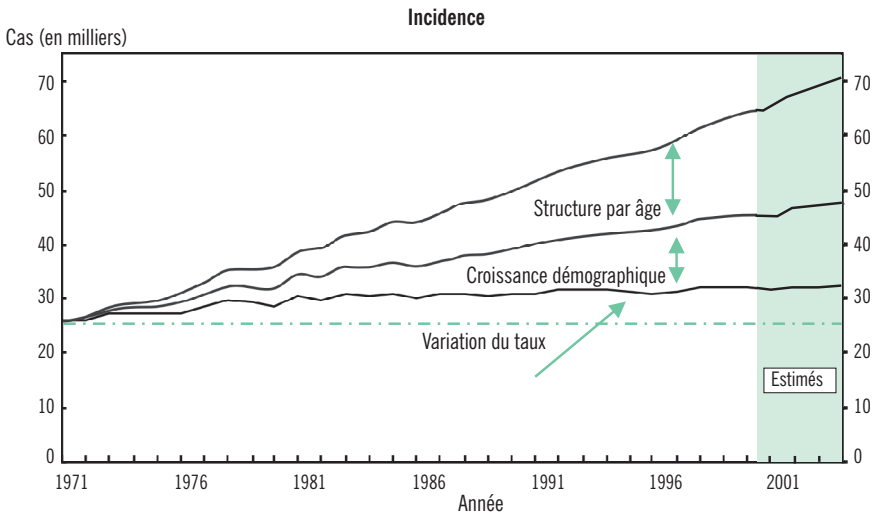


Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome. L'espace sous les courbes représente la différence dans le nombre de cas ou de décès dus à chaque facteur. Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée. Pour plus de détails, consulter l'annexe II: *Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 3.2

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1971-2004

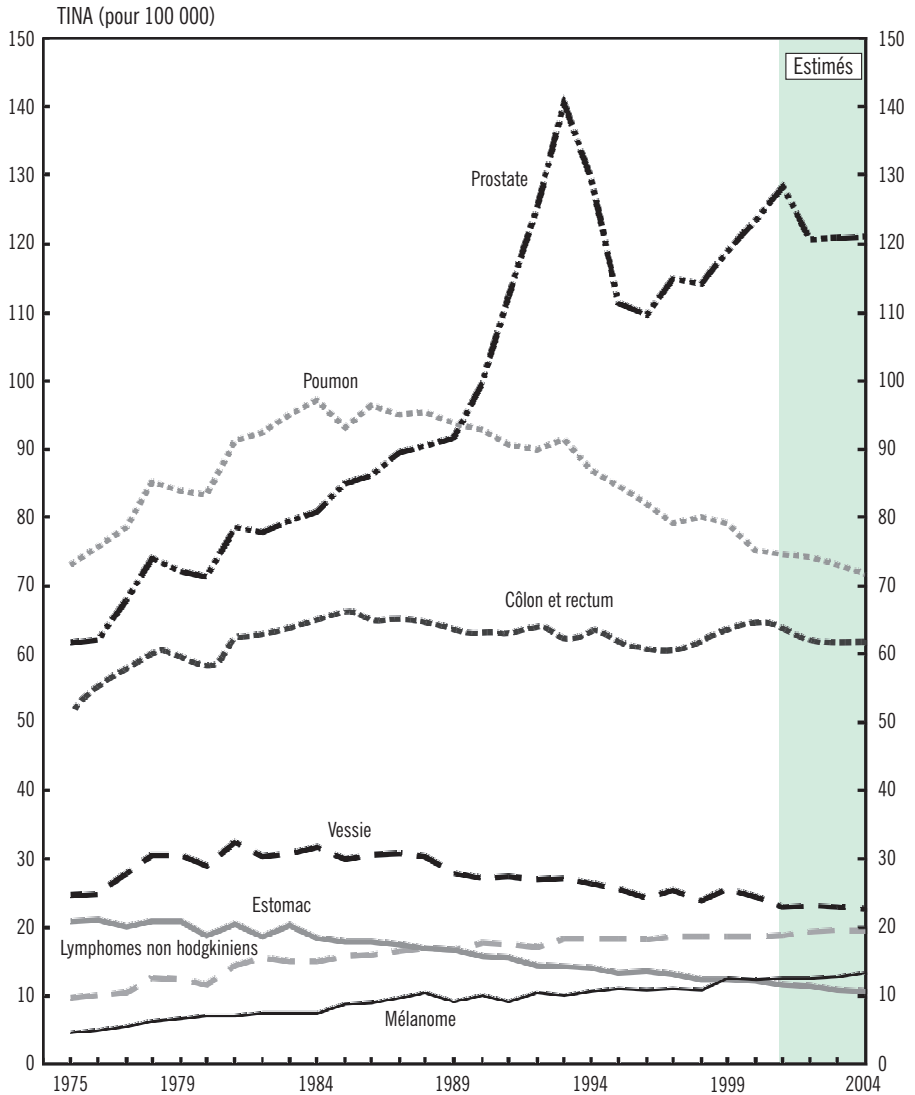


Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome. L'espace sous les courbes représente la différence dans le nombre de cas ou de décès dus à chaque facteur. Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée. Pour plus de détails, consulter l'annexe II: *Méthodologie*.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004



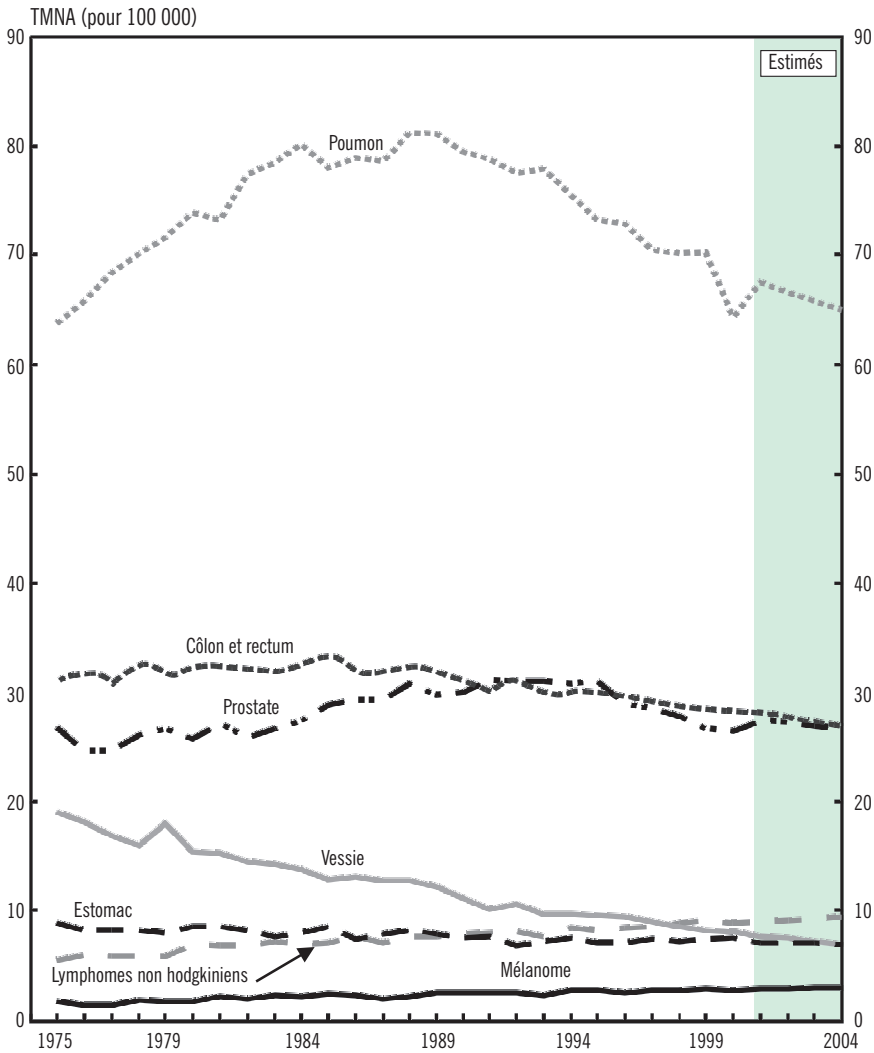
Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.1 pour les données. Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004

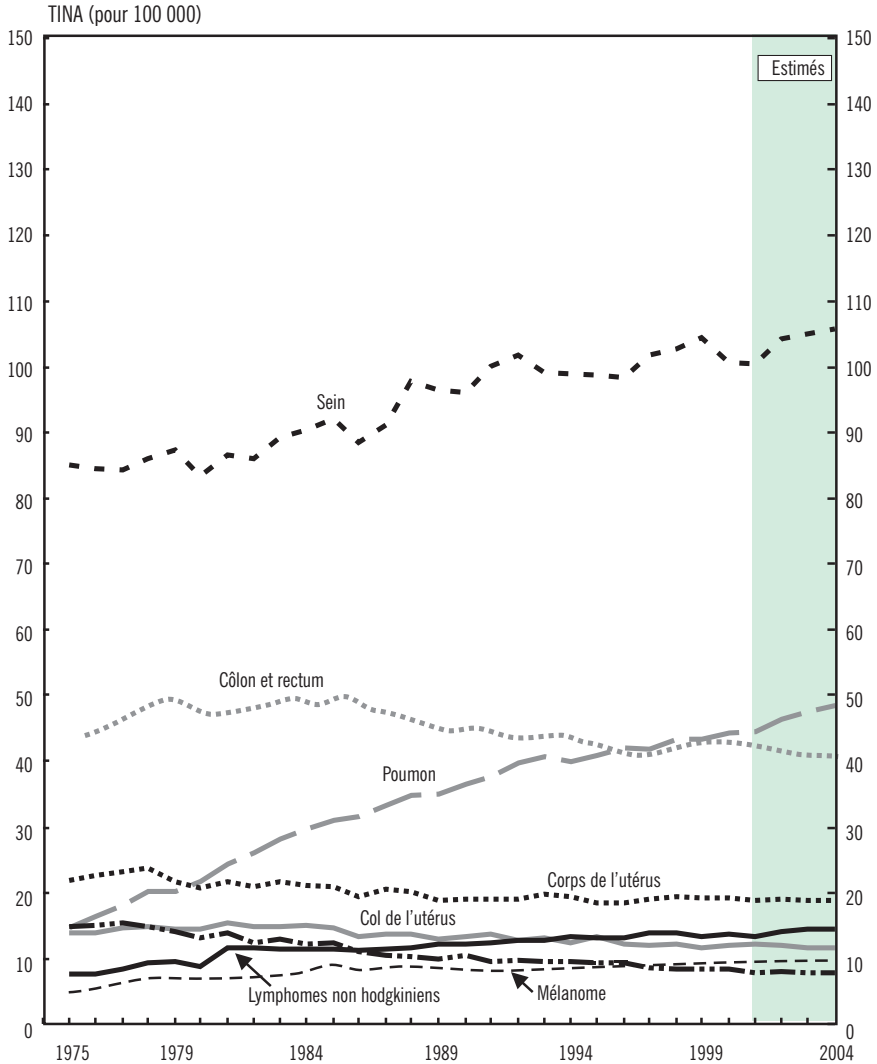


Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.2 pour les données.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 5.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004



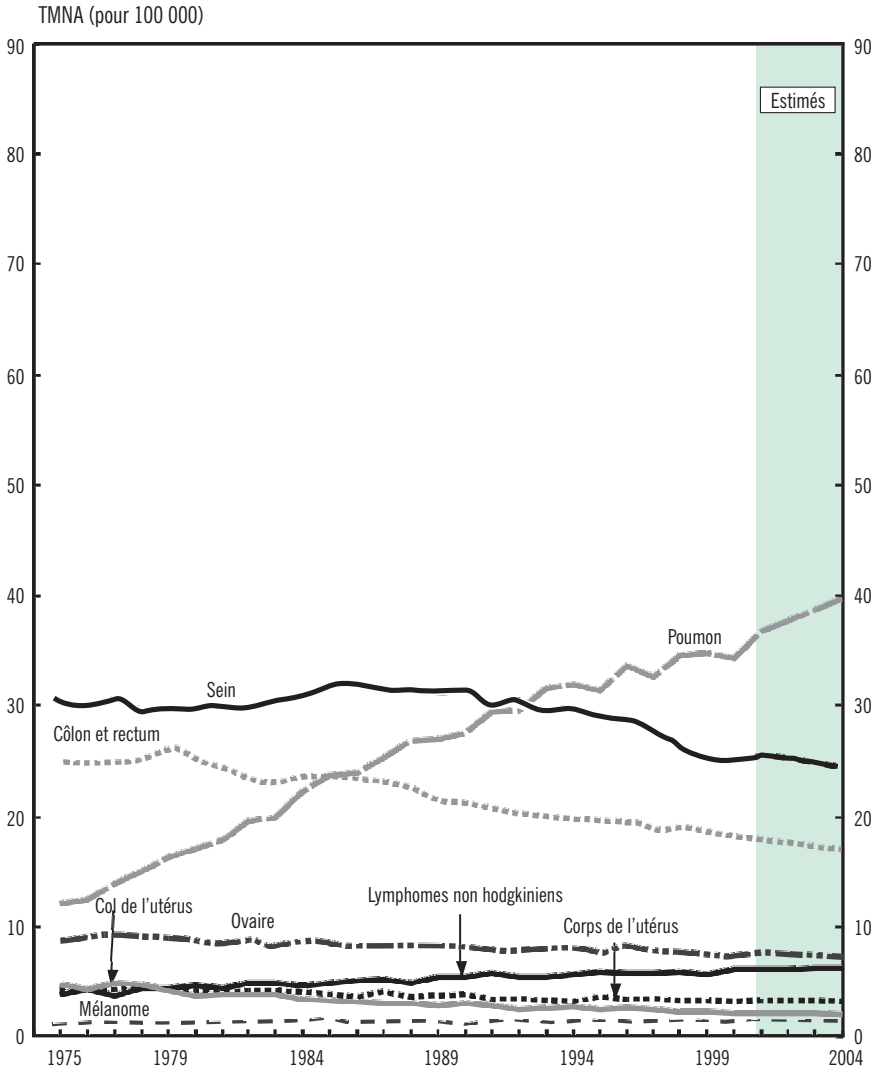
Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.1 pour les données. Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 5.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004



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

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 7.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancers, hommes, Canada, 1975-2004

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | |
|--------|-------------------|----------|--------|-----------------|--------|---------------------------|----------|---------|
| | Tous les cancers | Prostate | Poumon | Côlon et rectum | Vessie | Lymphomes non hodgkiniens | Mélanome | Estomac |
| 1975 | 357,7 | 61,7 | 73,1 | 52,0 | 24,8 | 9,7 | 4,7 | 21,0 |
| 1976 | 371,9 | 62,1 | 75,7 | 55,9 | 25,1 | 10,1 | 5,1 | 21,2 |
| 1977 | 391,4 | 67,9 | 78,6 | 57,0 | 28,0 | 10,5 | 5,5 | 20,1 |
| 1978 | 417,2 | 74,0 | 85,1 | 59,9 | 30,6 | 12,5 | 6,4 | 20,9 |
| 1979 | 409,8 | 72,0 | 83,9 | 59,2 | 30,6 | 12,4 | 6,8 | 20,8 |
| 1980 | 406,2 | 71,4 | 83,2 | 57,9 | 29,2 | 11,6 | 7,0 | 19,0 |
| 1981 | 442,2 | 78,5 | 91,2 | 62,6 | 32,5 | 14,7 | 7,0 | 20,5 |
| 1982 | 440,7 | 77,8 | 92,6 | 62,7 | 30,3 | 15,6 | 7,5 | 18,7 |
| 1983 | 448,4 | 79,6 | 95,2 | 63,9 | 30,9 | 14,9 | 7,6 | 20,4 |
| 1984 | 450,1 | 80,9 | 97,1 | 64,7 | 31,7 | 14,9 | 7,5 | 18,4 |
| 1985 | 449,8 | 85,1 | 93,2 | 66,2 | 30,2 | 15,7 | 8,7 | 18,0 |
| 1986 | 451,9 | 86,1 | 96,4 | 64,7 | 30,6 | 16,0 | 9,0 | 18,0 |
| 1987 | 456,3 | 89,6 | 95,0 | 64,7 | 30,8 | 16,6 | 9,6 | 17,4 |
| 1988 | 458,5 | 90,4 | 95,5 | 64,6 | 30,3 | 17,0 | 10,4 | 17,0 |
| 1989 | 451,5 | 91,9 | 93,6 | 63,0 | 27,9 | 16,7 | 9,3 | 16,8 |
| 1990 | 457,6 | 99,8 | 92,7 | 63,0 | 27,2 | 17,7 | 10,1 | 15,8 |
| 1991 | 469,0 | 112,3 | 90,7 | 62,9 | 27,5 | 17,4 | 9,1 | 15,6 |
| 1992 | 484,4 | 125,2 | 90,0 | 64,0 | 27,0 | 17,2 | 10,3 | 14,5 |
| 1993 | 498,6 | 140,4 | 91,6 | 61,9 | 27,1 | 18,1 | 10,3 | 14,2 |
| 1994 | 484,4 | 129,5 | 87,0 | 63,0 | 26,4 | 18,2 | 10,7 | 14,1 |
| 1995 | 459,8 | 111,4 | 84,6 | 61,4 | 25,8 | 18,2 | 11,1 | 13,3 |
| 1996 | 451,0 | 109,7 | 82,1 | 60,5 | 24,3 | 18,3 | 10,9 | 13,6 |
| 1997 | 452,9 | 115,1 | 79,1 | 60,0 | 25,6 | 18,7 | 11,2 | 13,0 |
| 1998 | 451,2 | 114,2 | 80,0 | 62,1 | 24,0 | 18,8 | 10,9 | 12,5 |
| 1999 | 462,4 | 118,9 | 79,2 | 63,1 | 25,7 | 18,8 | 12,6 | 12,5 |
| 2000 | 462,0 | 123,6 | 75,3 | 64,7 | 24,4 | 18,8 | 12,3 | 12,1 |
| 2001* | 460,5 | 128,5 | 74,4 | 63,0 | 23,1 | 18,8 | 12,7 | 11,6 |
| 2002** | 452,9 | 120,7 | 74,3 | 62,1 | 23,3 | 19,4 | 12,6 | 11,3 |
| 2003** | 451,0 | 120,9 | 73,1 | 62,0 | 23,0 | 19,6 | 12,9 | 11,0 |
| 2004** | 449,2 | 121,2 | 71,9 | 62,0 | 22,7 | 19,7 | 13,2 | 10,7 |

* Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée.

** Taux estimés

Note: Les taux ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.**Source:** Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 7.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, Canada, 1975-2004

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | |
|-------|-------------------|--------|-----------------|----------|---------------------------|---------|--------|----------|
| | Tous les cancers | Poumon | Côlon et rectum | Prostate | Lymphomes non hodgkiniens | Estomac | Vessie | Mélanome |
| 1975 | 230,4 | 63,7 | 31,3 | 26,8 | 5,6 | 8,8 | 19,1 | 1,7 |
| 1976 | 230,2 | 65,8 | 31,7 | 24,7 | 6,0 | 8,3 | 18,2 | 1,5 |
| 1977 | 233,5 | 68,5 | 30,7 | 24,6 | 5,9 | 8,4 | 17,0 | 1,5 |
| 1978 | 236,4 | 70,1 | 32,9 | 26,1 | 5,9 | 8,4 | 16,1 | 1,9 |
| 1979 | 239,4 | 71,7 | 31,8 | 26,7 | 5,9 | 8,1 | 18,0 | 1,7 |
| 1980 | 240,7 | 74,0 | 32,3 | 25,8 | 7,0 | 8,6 | 15,5 | 1,7 |
| 1981 | 239,2 | 73,2 | 32,2 | 27,1 | 6,9 | 8,6 | 15,3 | 2,1 |
| 1982 | 243,5 | 77,4 | 31,9 | 26,0 | 6,8 | 8,4 | 14,6 | 2,1 |
| 1983 | 242,9 | 78,4 | 31,8 | 26,7 | 7,2 | 7,8 | 14,3 | 2,3 |
| 1984 | 247,9 | 80,2 | 32,4 | 27,4 | 7,0 | 8,1 | 13,9 | 2,1 |
| 1985 | 249,0 | 78,0 | 33,4 | 28,9 | 7,1 | 8,6 | 13,0 | 2,6 |
| 1986 | 249,0 | 79,0 | 32,0 | 29,4 | 7,7 | 7,4 | 13,1 | 2,3 |
| 1987 | 248,2 | 78,6 | 32,0 | 29,4 | 7,1 | 7,9 | 12,9 | 2,0 |
| 1988 | 254,7 | 81,3 | 32,4 | 30,7 | 7,8 | 8,3 | 12,8 | 2,2 |
| 1989 | 249,5 | 81,1 | 31,9 | 29,7 | 7,7 | 7,8 | 12,3 | 2,6 |
| 1990 | 246,5 | 79,5 | 30,9 | 30,1 | 7,9 | 7,5 | 11,3 | 2,6 |
| 1991 | 247,2 | 78,8 | 30,4 | 31,2 | 8,1 | 7,7 | 10,3 | 2,6 |
| 1992 | 244,7 | 77,5 | 31,1 | 31,0 | 8,1 | 6,9 | 10,7 | 2,6 |
| 1993 | 242,7 | 77,9 | 29,7 | 31,0 | 7,7 | 7,4 | 9,7 | 2,4 |
| 1994 | 241,6 | 75,5 | 30,2 | 30,7 | 8,4 | 7,6 | 9,7 | 2,7 |
| 1995 | 238,7 | 73,2 | 30,1 | 31,0 | 8,4 | 7,2 | 9,6 | 2,8 |
| 1996 | 236,2 | 72,9 | 29,4 | 29,0 | 8,4 | 7,2 | 9,4 | 2,6 |
| 1997 | 231,8 | 70,5 | 28,9 | 28,7 | 8,7 | 7,4 | 9,0 | 2,8 |
| 1998 | 230,0 | 70,2 | 28,9 | 27,9 | 8,9 | 7,2 | 8,6 | 2,8 |
| 1999 | 228,7 | 70,3 | 28,5 | 26,7 | 9,2 | 7,5 | 8,4 | 2,9 |
| 2000 | 224,8 | 64,3 | 28,4 | 26,6 | 9,0 | 7,6 | 8,1 | 2,8 |
| 2001* | 226,0 | 67,5 | 28,0 | 27,5 | 9,0 | 7,2 | 7,8 | 2,9 |
| 2002* | 224,3 | 66,7 | 27,7 | 27,2 | 9,2 | 7,1 | 7,5 | 3,0 |
| 2003* | 222,6 | 65,9 | 27,4 | 27,0 | 9,3 | 7,1 | 7,3 | 3,0 |
| 2004* | 220,9 | 65,1 | 27,2 | 26,7 | 9,4 | 7,1 | 7,0 | 3,1 |

* Taux estimés

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

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Tableau 8.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | | | |
|--------|-------------------|-------|--------|-----------------|-------------------|---------------------------|--------|----------|-----------------|---------|
| | Tous les cancers | Sein | Poumon | Côlon et rectum | Corps de l'utérus | Lymphomes non hodgkiniens | Ovaire | Mélanome | Col de l'utérus | Estomac |
| 1975 | 290,2 | 85,1 | 14,7 | 44,5 | 21,8 | 7,5 | 13,7 | 5,1 | 14,9 | 10,4 |
| 1976 | 294,9 | 84,6 | 16,3 | 45,4 | 22,7 | 7,5 | 13,9 | 5,6 | 15,2 | 9,3 |
| 1977 | 306,0 | 84,4 | 17,9 | 48,0 | 23,0 | 8,3 | 14,5 | 6,1 | 15,4 | 9,3 |
| 1978 | 319,4 | 86,1 | 20,1 | 50,2 | 23,9 | 9,2 | 14,9 | 7,6 | 14,7 | 9,5 |
| 1979 | 313,8 | 87,3 | 20,3 | 49,7 | 21,7 | 9,6 | 14,5 | 7,1 | 14,2 | 9,2 |
| 1980 | 305,5 | 83,3 | 21,7 | 47,4 | 20,8 | 8,8 | 14,4 | 7,5 | 13,0 | 8,6 |
| 1981 | 328,1 | 86,5 | 24,3 | 48,6 | 21,6 | 11,6 | 15,4 | 7,8 | 13,9 | 9,8 |
| 1982 | 321,0 | 86,0 | 25,9 | 48,9 | 21,0 | 11,7 | 14,7 | 7,5 | 12,3 | 8,7 |
| 1983 | 332,8 | 89,3 | 28,3 | 50,2 | 21,6 | 11,5 | 14,9 | 8,0 | 12,9 | 8,7 |
| 1984 | 329,5 | 90,4 | 29,6 | 48,9 | 21,2 | 11,3 | 15,0 | 7,7 | 12,2 | 8,1 |
| 1985 | 335,6 | 92,2 | 30,9 | 50,6 | 20,8 | 11,4 | 14,6 | 9,5 | 12,3 | 8,0 |
| 1986 | 324,9 | 88,6 | 31,6 | 48,2 | 19,5 | 11,3 | 13,3 | 8,3 | 10,9 | 8,3 |
| 1987 | 330,7 | 91,1 | 33,2 | 47,6 | 20,5 | 11,5 | 13,7 | 9,3 | 10,4 | 8,0 |
| 1988 | 336,0 | 97,8 | 34,8 | 46,1 | 20,1 | 11,7 | 13,6 | 9,2 | 10,2 | 7,2 |
| 1989 | 330,0 | 96,4 | 35,0 | 45,3 | 18,7 | 12,2 | 13,0 | 8,6 | 10,0 | 7,2 |
| 1990 | 333,2 | 96,0 | 36,5 | 45,6 | 19,0 | 12,1 | 13,4 | 8,5 | 10,4 | 6,9 |
| 1991 | 337,1 | 100,1 | 37,7 | 44,1 | 18,9 | 12,4 | 13,6 | 8,8 | 9,6 | 6,4 |
| 1992 | 341,9 | 102,0 | 39,6 | 44,1 | 18,9 | 12,5 | 12,6 | 8,7 | 9,6 | 6,5 |
| 1993 | 342,1 | 99,2 | 40,7 | 44,2 | 19,7 | 12,7 | 13,2 | 8,9 | 9,5 | 6,3 |
| 1994 | 340,6 | 98,9 | 39,8 | 43,6 | 19,5 | 13,3 | 12,5 | 9,1 | 9,4 | 6,3 |
| 1995 | 339,0 | 98,7 | 40,8 | 42,4 | 18,6 | 13,0 | 13,3 | 9,3 | 9,3 | 6,0 |
| 1996 | 337,1 | 98,6 | 42,0 | 41,0 | 18,5 | 13,1 | 12,2 | 9,5 | 9,2 | 5,9 |
| 1997 | 340,1 | 101,8 | 41,8 | 41,5 | 18,9 | 13,8 | 12,0 | 9,4 | 8,6 | 5,5 |
| 1998 | 347,2 | 102,8 | 43,4 | 43,7 | 19,3 | 14,0 | 12,0 | 9,4 | 8,3 | 5,6 |
| 1999 | 347,8 | 104,7 | 43,3 | 43,1 | 19,1 | 13,4 | 11,6 | 9,9 | 8,3 | 5,3 |
| 2000 | 346,5 | 100,5 | 44,3 | 43,8 | 19,2 | 13,6 | 11,8 | 10,2 | 8,3 | 5,4 |
| 2001* | 342,9 | 100,4 | 44,5 | 42,5 | 18,8 | 13,4 | 12,2 | 10,2 | 7,7 | 5,1 |
| 2002** | 348,3 | 104,3 | 46,5 | 41,6 | 18,8 | 14,1 | 11,9 | 10,2 | 8,0 | 4,9 |
| 2003** | 349,5 | 105,1 | 47,4 | 41,3 | 18,8 | 14,3 | 11,8 | 10,3 | 7,8 | 4,8 |
| 2004** | 350,8 | 105,9 | 48,4 | 41,0 | 18,8 | 14,5 | 11,7 | 10,4 | 7,7 | 4,7 |

* Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée.

** Taux estimés

Note: Les taux ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 8.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, Canada, 1975-2004

| Année | Taux pour 100 000 | | | | | | | | | |
|-------|-------------------|--------|------|-----------------|--------|---------------------------|---------|-------------------|-----------------|----------|
| | Tous les cancers | Poumon | Sein | Côlon et rectum | Ovaire | Lymphomes non hodgkiniens | Estomac | Corps de l'utérus | Col de l'utérus | Mélanome |
| 1975 | 147,3 | 12,1 | 30,3 | 24,9 | 8,9 | 4,0 | 8,8 | 4,3 | 4,7 | 1,2 |
| 1976 | 146,0 | 12,4 | 29,9 | 25,0 | 9,1 | 4,4 | 8,5 | 4,4 | 4,4 | 1,3 |
| 1977 | 147,1 | 13,9 | 30,6 | 25,2 | 9,1 | 3,8 | 7,4 | 4,4 | 4,8 | 1,3 |
| 1978 | 147,6 | 15,0 | 29,5 | 25,1 | 9,0 | 4,5 | 7,4 | 4,6 | 4,7 | 1,3 |
| 1979 | 150,2 | 16,3 | 29,8 | 26,1 | 9,1 | 4,4 | 7,2 | 4,3 | 4,2 | 1,2 |
| 1980 | 148,5 | 17,1 | 29,7 | 25,3 | 8,6 | 4,6 | 6,8 | 4,2 | 3,7 | 1,2 |
| 1981 | 149,0 | 17,9 | 30,1 | 24,4 | 8,5 | 4,5 | 7,5 | 4,1 | 3,9 | 1,3 |
| 1982 | 149,3 | 19,6 | 29,7 | 23,5 | 8,8 | 4,9 | 6,7 | 4,1 | 3,9 | 1,5 |
| 1983 | 149,4 | 19,9 | 30,4 | 23,1 | 8,2 | 4,9 | 6,5 | 4,2 | 3,9 | 1,5 |
| 1984 | 151,9 | 22,2 | 30,7 | 23,8 | 8,7 | 4,7 | 5,7 | 4,0 | 3,5 | 1,5 |
| 1985 | 154,8 | 23,8 | 31,8 | 23,7 | 8,5 | 5,0 | 6,0 | 3,8 | 3,3 | 1,6 |
| 1986 | 154,4 | 24,0 | 32,0 | 23,5 | 8,2 | 5,1 | 6,1 | 3,6 | 3,2 | 1,3 |
| 1987 | 154,0 | 25,3 | 31,3 | 23,0 | 8,2 | 5,2 | 5,7 | 4,1 | 3,0 | 1,5 |
| 1988 | 155,3 | 26,9 | 31,4 | 22,7 | 8,4 | 5,0 | 5,1 | 3,6 | 3,0 | 1,3 |
| 1989 | 153,1 | 27,0 | 31,2 | 21,3 | 8,1 | 5,5 | 5,5 | 3,7 | 2,9 | 1,4 |
| 1990 | 153,0 | 27,6 | 31,3 | 21,3 | 8,1 | 5,5 | 5,0 | 3,9 | 3,0 | 1,2 |
| 1991 | 153,5 | 29,5 | 30,1 | 20,7 | 7,8 | 5,7 | 4,9 | 3,5 | 2,8 | 1,4 |
| 1992 | 153,1 | 29,6 | 30,4 | 20,2 | 7,8 | 5,5 | 4,9 | 3,5 | 2,4 | 1,5 |
| 1993 | 154,8 | 31,7 | 29,4 | 20,3 | 8,0 | 5,5 | 4,5 | 3,4 | 2,6 | 1,5 |
| 1994 | 155,0 | 31,9 | 30,0 | 19,9 | 8,1 | 5,7 | 4,5 | 3,2 | 2,7 | 1,5 |
| 1995 | 151,9 | 31,3 | 28,7 | 19,8 | 7,7 | 5,9 | 4,6 | 3,6 | 2,4 | 1,6 |
| 1996 | 155,1 | 33,6 | 28,9 | 19,7 | 8,2 | 5,8 | 4,4 | 3,4 | 2,6 | 1,5 |
| 1997 | 150,2 | 32,6 | 27,7 | 18,8 | 7,7 | 5,8 | 3,9 | 3,4 | 2,5 | 1,5 |
| 1998 | 151,0 | 34,5 | 26,4 | 19,2 | 7,7 | 6,0 | 3,8 | 3,4 | 2,3 | 1,5 |
| 1999 | 149,4 | 34,8 | 25,2 | 18,5 | 7,5 | 5,7 | 4,0 | 3,3 | 2,4 | 1,5 |
| 2000 | 149,3 | 34,3 | 25,0 | 18,1 | 7,3 | 6,1 | 3,9 | 3,2 | 2,2 | 1,5 |
| 2001* | 150,4 | 36,8 | 25,6 | 17,9 | 7,5 | 6,0 | 3,7 | 3,3 | 2,2 | 1,5 |
| 2002* | 150,1 | 37,8 | 25,2 | 17,6 | 7,5 | 6,1 | 3,6 | 3,3 | 2,1 | 1,6 |
| 2003* | 149,8 | 38,7 | 24,8 | 17,4 | 7,5 | 6,1 | 3,5 | 3,3 | 2,1 | 1,6 |
| 2004* | 149,6 | 39,8 | 24,5 | 17,1 | 7,4 | 6,2 | 3,4 | 3,2 | 2,0 | 1,6 |

* Taux estimés

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

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Table 9

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada, 1993-2000

| | VAMP de l'incidence 1993-2000 | | VAMP de l'incidence 1993-2000 | |
|---------------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|---------------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Tous les cancers | -1.0* | 0.3 | -1.1** | -0.6** |
| Thyroïde | 3.7* | 4.6** | -0.2 | -2.3 |
| Mélanome | 2.5** | 1.7** | 1.8* | -0.2 |
| Testicule | 0.9 | – | -0.7 | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 0.6** | 1.0* | 2.1** | 0.9 |
| Sein | – | 0.6 | – | -2.7** |
| Rein | 0.3 | 0.5 | -0.6 | -0.9 |
| Côlon et rectum | 0.4 | 0.0 | -0.9** | -1.5** |
| Myélome multiple | 0.0 | 0.2 | -1.2 | -1.1 |
| Corps de l'utérus | – | -0.1 | – | -0.5 |
| Leucémie | -0.2 | -0.3 | -0.6 | -1.6 |
| Encéphale | -0.1 | -0.5 | 0.2 | 0.1 |
| Poumon | -2.4** | 1.4** | -2.2** | 1.5** |
| Pancréas | -0.8 | -0.9 | -1.2* | -0.9* |
| Maladie de Hodgkin | -1.0 | -0.8 | -3.4 | -4.4 |
| Vessie | -1.2 | -1.5 | 0.2 | -1.1 |
| Prostate | -1.4 | – | -2.5** | – |
| Ovaire | – | -1.7* | – | -1.3* |
| Cavité buccale | -2.9** | -1.0 | -4.1** | -0.1 |
| Col de l'utérus | – | -2.4** | – | -2.6** |
| Estomac | -2.3** | -2.6** | -2.8** | -2.8** |
| Larynx | -3.2** | -3.2* | -2.7** | -2.4 |

– Sans objet

* significatif à $p = 0,05$

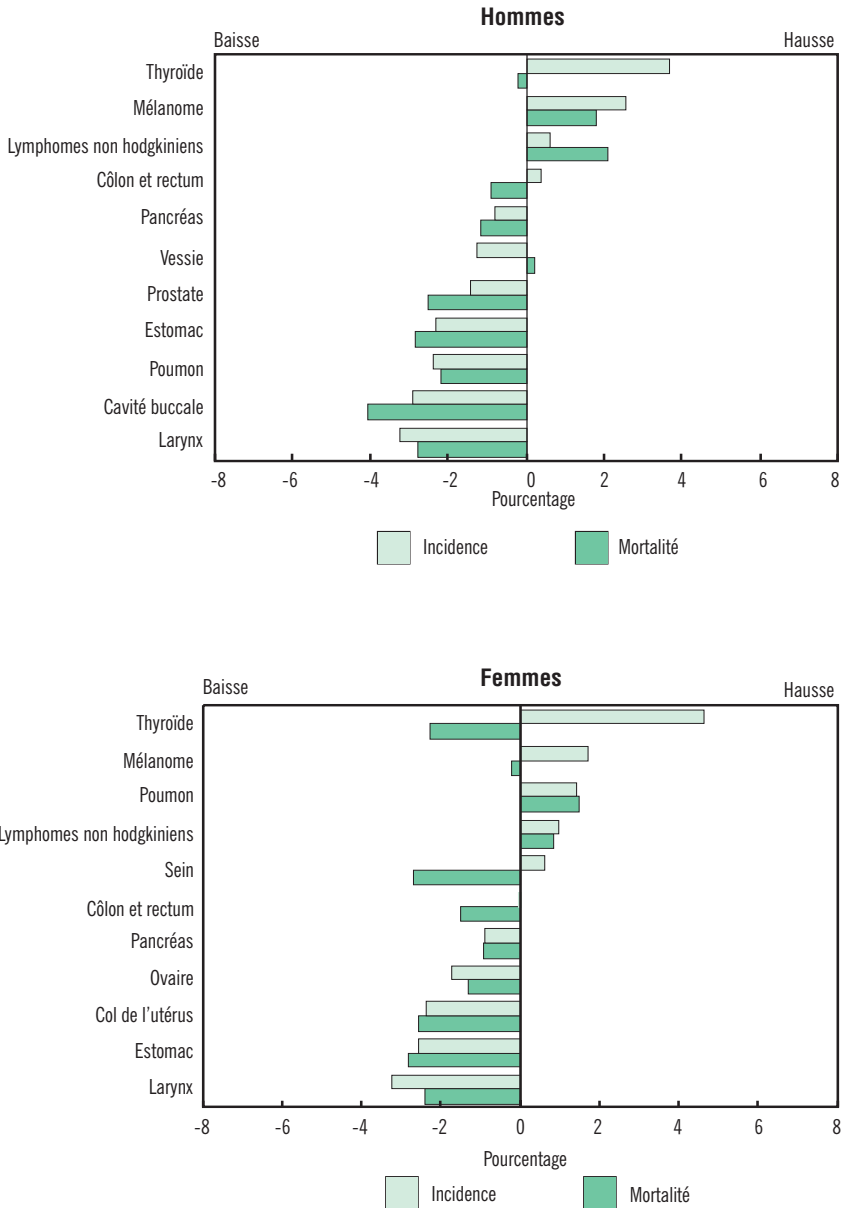
** significatif à $p = 0,01$

Note: La variation annuelle moyenne en pourcentage est calculée en fonction d'un modèle log-linéaire; les taux d'incidence ne comprennent pas les cancers sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont classés en ordre décroissant des pourcentages combinés de la variation annuelle moyenne des taux d'incidence.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 6

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, Canada, 1993-2000

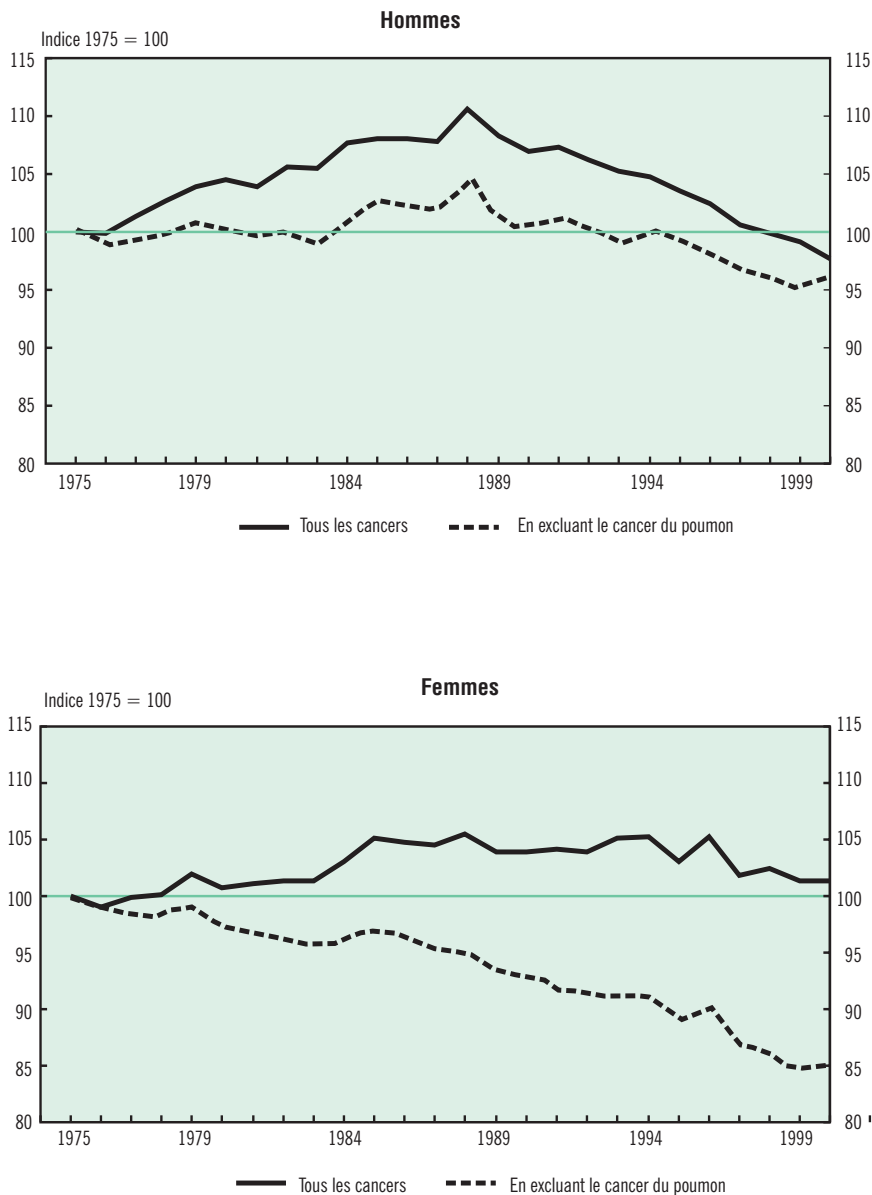


Note : Voir le tableau 9 pour obtenir le pourcentage pour tous les sièges ou types de cancer. Ces derniers sont classés en ordre décroissant des pourcentages combinés de la variation annuelle moyenne des taux d'incidence

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 7

Indice des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1975-2000



Note : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Veuillez consulter également le glossaire et l'annexe II: Méthodologie.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Nous présentons ici les estimations pour l'année 2004, par groupe d'âge de 10 ans, pour tous les sièges et types de cancer confondus (tableau 10) et pour les quatre principaux sièges de cancer (tableau 11). Le cancer est une maladie qui frappe principalement les personnes âgées. Les estimations pour 2004 présentées au tableau 10 montrent que 63 500 nouveaux cas (44 %) et 40 500 décès dus au cancer (59 %) surviendront dans la population canadienne de 70 ans et plus et qu'en outre, 35 800 nouveaux cas (25 %) et 14 400 décès (21 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans. Par contre, chez les moins de 20 ans, on observera moins de 1 % des nouveaux cas et seulement 0,3 % des décès. Les estimations pour les principaux sièges ou types de cancer chez les plus de 20 ans (tableau 11) indiquent qu'environ 49 % des nouveaux cas de cancer du poumon, de la prostate, du côlon et du rectum seront diagnostiqués chez des personnes d'au moins 70 ans. Par exemple, pour le cancer de la prostate, 46 % des cas et 85 % des décès surviennent chez des hommes de plus de 70 ans. En ce qui a trait au cancer du sein, 21 % des cas seront diagnostiqués chez les femmes de moins de 50 ans, 49 % chez les femmes de 50 à 69 ans et 30 % chez les femmes de 70 ans et plus.

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge depuis 1975, pour tous les cancers et pour quatre groupes d'âge sont représentées graphiquement dans la figure 8 (une échelle différente sur l'axe des y étant prévue pour chaque groupe d'âge, compte tenu du large éventail des taux selon l'âge). Depuis 1981, les taux d'incidence du cancer ont crû principalement chez les Canadiens et les Canadiennes de 50 ans et plus. Les différences liées au sexe chez les personnes de 50 ans et plus sont dues presque certainement à des changements dans l'incidence du cancer de la prostate, ayant connu des hausses rapides au début des années 90 avec le recours au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS). Comme prévu, l'augmentation rapide initiale du taux d'incidence associée à la détection des cas prévalents a été suivie d'un retour à la tendance antérieure.

La baisse assez régulière de la mortalité par cancer observée depuis 1988 au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes de tous les groupes d'âge au-dessous de 70 ans, est très encourageante. Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon l'âge, par groupes d'âge de cinq ans, sont présentés graphiquement à partir des données réelles d'incidence et de mortalité pour 2000, soit l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données complètes (figure 9). Dans l'ensemble, depuis 1970, les taux de mortalité ont diminué considérablement chez les Canadiennes de 0 à 19 ans et de façon plus modérée chez les 20 à 49 ans. Chez les hommes et les femmes de 50 à 69 ans, la réduction de la mortalité se manifeste principalement depuis la fin des années 80.

L'incidence du cancer et la mortalité par cancer augmentent considérablement avec l'âge pour les deux sexes. On dénombre ainsi 20 fois plus de nouveaux cas chez les personnes de 80 ans et plus que chez les moins de 20 ans. Alors que pour le groupe des 20 à 54 ans, le taux d'incidence était légèrement plus élevé chez la femme, pour tous les autres groupes d'âge, il était plus élevé chez l'homme. C'est dû à la plus forte incidence du cancer du sein et des organes génitaux chez la femme en âge de procréer, d'une part, et à la plus forte incidence de la plupart des types de cancer chez les hommes âgés, d'autre part. Les taux de mortalité étaient supérieurs chez les hommes de tous les groupes d'âge, à l'exception de ceux de 35 à 54 ans.

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

*Le cancer frappe surtout les Canadiens âgés.
La baisse des taux de mortalité est principalement
observée chez les groupes d'âge jeunes*

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

Tableau 10

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2004

| Groupe d'âge | Population (en milliers) Estimations pour 2004 | | | Nouveaux cas Estimations pour 2004 | | | Décès Estimations pour 2004 | | |
|-----------------|---|---------------|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | Total | H | F |
| 0-19 | 7 741 | 3 965 | 3 776 | 1 200 | 640 | 560 | 200 | 100 | 90 |
| 20-29 | 4 279 | 2 171 | 2 108 | 1 700 | 790 | 890 | 240 | 140 | 110 |
| 30-39 | 4 707 | 2 370 | 2 337 | 4 400 | 1 600 | 2 800 | 800 | 340 | 460 |
| 40-49 | 5 331 | 2 675 | 2 657 | 12 500 | 4 400 | 8 100 | 3 400 | 1 450 | 1 950 |
| 50-59 | 4 152 | 2 061 | 2 091 | 26 500 | 12 400 | 14 100 | 8 800 | 4 500 | 4 300 |
| 60-69 | 2 614 | 1 267 | 1 347 | 35 800 | 20 800 | 15 000 | 14 400 | 8 300 | 6 200 |
| 70-79 | 1 858 | 833 | 1 025 | 38 700 | 22 400 | 16 400 | 20 900 | 11 900 | 9 000 |
| 80+ | 1 076 | 373 | 703 | 24 800 | 11 800 | 13 000 | 19 600 | 9 500 | 10 000 |
| All Ages | 31 757 | 15 714 | 16 043 | 145 500 | 74 800 | 70 700 | 68 300 | 36 200 | 32 100 |

Note: Les chiffres relatifs à l'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*. Les projections de la population pour 2004 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Tableau 11

Nombre estimé de nouveaux cas de cancer et de décès dus au cancer selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2004

| Groupe d'âge | Poumon | | | Côlon et rectum | | | Prostate | Sein |
|-----------------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | Total | H | F | Total | H | F | H | F |
| Nouveaux cas | | | | | | | | |
| 20-29 | 25 | 15 | 10 | 40 | 20 | 20 | – | 75 |
| 30-39 | 150 | 55 | 90 | 220 | 110 | 100 | 15 | 850 |
| 40-49 | 1 100 | 440 | 640 | 1 100 | 580 | 510 | 350 | 3 600 |
| 50-59 | 3 500 | 1 750 | 1 700 | 2 900 | 1 700 | 1 250 | 3 400 | 5 700 |
| 60-69 | 6 100 | 3 500 | 2 600 | 4 500 | 2 800 | 1 750 | 7 000 | 4 700 |
| 70-79 | 7 100 | 4 200 | 2 900 | 5 800 | 3 300 | 2 500 | 6 400 | 3 800 |
| 80+ | 3 700 | 1 950 | 1 750 | 4 500 | 1 900 | 2 600 | 2 900 | 2 500 |
| 20 ans et plus | 21 700 | 11 900 | 9 800 | 19 100 | 10 400 | 8 800 | 20 100 | 21 200 |
| Décès | | | | | | | | |
| 20-29 | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | – | 5 |
| 30-39 | 85 | 35 | 50 | 60 | 30 | 30 | – | 120 |
| 40-49 | 760 | 330 | 440 | 310 | 170 | 140 | 10 | 520 |
| 50-59 | 2 600 | 1 350 | 1 200 | 950 | 560 | 380 | 130 | 960 |
| 60-69 | 4 900 | 2 900 | 2 000 | 1 650 | 1 050 | 630 | 520 | 930 |
| 70-79 | 6 600 | 3 900 | 2 700 | 2 500 | 1 450 | 1 050 | 1 450 | 1 200 |
| 80+ | 4 000 | 2 200 | 1 800 | 2 800 | 1 200 | 1 650 | 2 100 | 1 500 |
| 20 ans et plus | 18 900 | 10 700 | 8 200 | 8 300 | 4 500 | 3 900 | 4 200 | 5 200 |

– Moins de 3 cas ou décès

Note: Les chiffres relatifs à l'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Figure 8

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par grand groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1975-2004



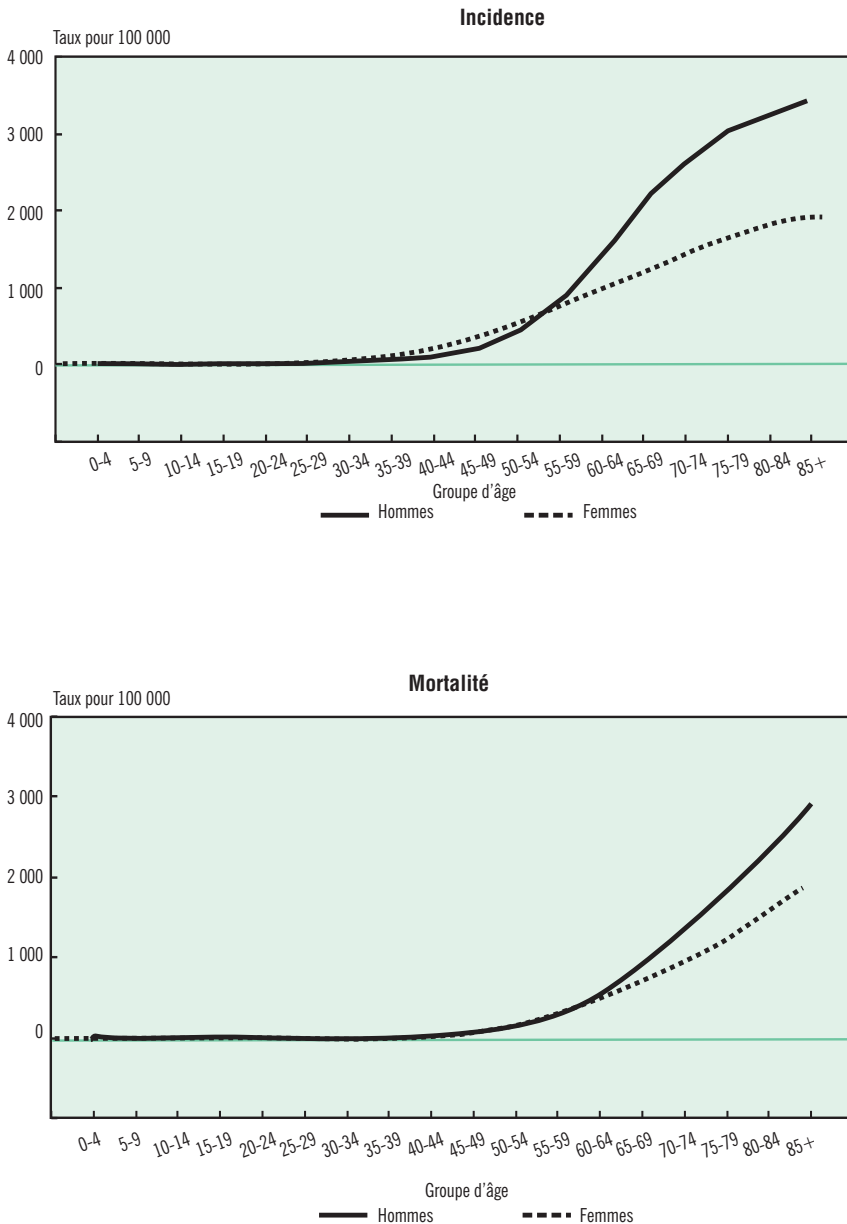
Note : Les fourchettes des taux varient considérablement d'un groupe d'âge à l'autre. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome. Pour 2001, l'incidence au Québec a été estimée.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Figure 9

Taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2000



Note : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte du cancer cutané sans mélanome.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

On présente au tableau 12 la probabilité selon l'âge (exprimée en pourcentage) que les Canadiens et les Canadiennes soient atteints des formes de cancer les plus courantes pour certains groupes d'âge de 10 ans, ainsi que la probabilité qu'ils soient atteints d'une de ces formes de cancer au cours de leur vie ou qu'ils en meurent.

Le calcul de ces probabilités reflète l'incidence du cancer chez les membres d'une cohorte hypothétique. Par exemple, si l'on suit une cohorte de 1 000 femmes de 50 ans jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de 59 ans, on estime que 64 d'entre elles, soit 6,4 % (1 sur 15,6), seront atteintes d'un cancer au cours de cette période. Ce calcul représente le risque qu'une femme de 50 ans souffre d'un cancer avant l'âge de 60 ans. En suivant le même raisonnement, on estime que le risque qu'un homme de 60 ans soit atteint d'un cancer avant l'âge de 70 ans s'établit à 15 % (1 homme sur 6,7). Pour ce qui est de la probabilité d'être atteint d'un cancer dans sa vie, les données sont présentées en termes de probabilité et de probabilité inverse, exprimées en pourcentage. Par exemple, dans le cas des hommes, la probabilité globale (au cours de la vie) d'être atteint d'un cancer s'établit à 0,43 (43 %), tandis que la probabilité inverse s'établit à 2,3. Ainsi on prévoit qu'environ 2 hommes sur 5 seront atteints d'un cancer quelconque durant leur vie. De même, 1 femme sur 2,6 (un peu plus de 1 femme sur 3) souffrira d'un cancer à un moment de sa vie. Par ailleurs, 1 homme sur 3,6 et 1 femme sur 4,3, soit environ 1 Canadien sur 4, seront emportés par le cancer.

Au cours de sa vie, 1 femme sur 8,8 sera atteinte du cancer du sein, qui est la forme la plus courante de cancer (excepté le cancer de la peau autre que le mélanome) dont souffrent les femmes, et 1 femme sur 27,4 sera emportée par cette maladie. Aussi, 1 femme sur 15 sera atteinte du cancer colorectal, mais 1 sur 31 seulement mourra. Enfin, 1 sur 17 sera atteinte du cancer du poumon et 1 sur 20 y succombera, ce qui en fait la cause la plus probable de décès par cancer chez les Canadiennes. Au cours de sa vie, 1 homme sur 7,6 sera atteint du cancer de la prostate, mais 1 sur 26 seulement mourra. Comparativement, 1 homme sur 12 sera victime du cancer du poumon, et 1 sur 13 sera emporté par ce dernier, ce qui en fait de loin la principale cause de décès par cancer chez les Canadiens de sexe masculin.

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 prochaines années est un indicateur utile du risque de cancer à court terme. Bien que le risque que se développe un cancer du sein durant la vie d'une femme s'établisse à 11,3 % (1 femme sur 8,8) et que le risque augmente avec l'âge, le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 70 ans n'est que de 3,1 % (1 femme sur 32,3). Signalons qu'une femme de 60 ans qui soupèse le risque d'avoir un cancer du sein attache davantage d'importance à cette dernière probabilité statistique qu'à la première. Le tableau 12 montre dans quelle mesure le risque d'être atteint du cancer de la prostate augmente avec l'âge. Avant l'âge de 50 ans, il est peu probable qu'un homme souffre de ce cancer. Cependant, le risque pour un homme de 70 ans d'être atteint d'un cancer de la prostate avant l'âge de 80 ans s'établit à 6,8 % (1 homme sur 14,7). Il s'agit du risque le plus élevé, et pour l'homme et pour la femme, de souffrir d'un cancer pendant l'une ou l'autre des décennies de leur vie.

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

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

PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT OU DE MOURIR DU CANCER

Tableau 12

Probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, et probabilité au cours de la vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, Canada

| | Probabilité (%) de souffrir d'un cancer au cours | | | | | | Probabilité à vie (%) de : | | | |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|------------|-------------|------------|
| | des 10 prochaines années, selon le groupe d'âge | | | | | | souffrir | | mourir | |
| | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | % Un sur : | % Un sur : | % Un sur : | % Un sur : |
| Hommes | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 0,6 | 1,7 | 5,9 | 15,0 | 22,0 | 19,8 | 43,1 | 2,3 | 28,1 | 3,6 |
| Prostate | – | 0,1 | 1,4 | 5,0 | 6,8 | 5,2 | 13,2 | 7,6 | 3,8 | 26 |
| Poumon | – | 0,2 | 0,9 | 2,8 | 4,3 | 3,4 | 8,6 | 12 | 7,9 | 13 |
| Côlon et rectum | 0,1 | 0,2 | 0,8 | 2,1 | 3,4 | 3,3 | 7,2 | 14 | 3,6 | 28 |
| Lymphomes | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,7 | 1,1 | 1,1 | 2,9 | 35 | 1,6 | 63 |
| Vessie | – | 0,1 | 0,3 | 0,7 | 1,4 | 1,5 | 2,9 | 35 | 1,0 | 103 |
| Rein | – | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,5 | 1,6 | 61 | 0,7 | 145 |
| Leucémie | – | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,6 | 0,7 | 1,5 | 66 | 1,0 | 99 |
| Cavité buccale | – | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 1,4 | 69 | 0,5 | 185 |
| Estomac | – | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,6 | 0,7 | 1,4 | 71 | 1,0 | 103 |
| Mélanome | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 1,2 | 80 | 0,3 | 333 |
| Pancréas | – | – | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 0,5 | 1,2 | 82 | 1,3 | 77 |
| Femmes | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 1,1 | 3,0 | 6,4 | 10,2 | 13,6 | 13,5 | 38,4 | 2,6 | 23,4 | 4,3 |
| Sein | 0,3 | 1,3 | 2,5 | 3,1 | 3,2 | 2,6 | 11,3 | 8,8 | 3,7 | 27 |
| Côlon et rectum | – | 0,2 | 0,6 | 1,3 | 2,3 | 3,0 | 6,5 | 15 | 3,2 | 31 |
| Poumon | – | 0,2 | 0,8 | 1,7 | 2,3 | 1,6 | 5,9 | 17 | 4,9 | 20 |
| Lymphomes | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 2,5 | 40 | 1,4 | 70 |
| Corps de l'utérus | – | 0,1 | 0,5 | 0,7 | 0,7 | 0,5 | 2,4 | 42 | 0,5 | 200 |
| Ovaire | – | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 1,5 | 68 | 1,0 | 100 |
| Pancréas | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,5 | 0,6 | 1,2 | 80 | 1,3 | 77 |
| Leucémie | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 1,1 | 88 | 0,7 | 135 |
| Rein | – | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 1,1 | 93 | 0,4 | 250 |
| Mélanome | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 1,1 | 94 | 0,2 | 500 |
| Vessie | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,9 | 107 | 0,4 | 244 |
| Estomac | – | – | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 0,8 | 118 | 0,7 | 152 |
| Col de l'utérus | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 140 | 0,3 | 345 |
| Cavité buccale | – | – | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 143 | 0,3 | 400 |

– Valeur inférieure à 0,05

Note: La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et le sexe au Canada en 2000 et sur les tables de mortalité basées sur les taux pour l'ensemble des causes de 1998-2000. La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de personnes qui meurent du cancer à l'intérieur d'une cohorte soumises aux conditions de mortalité s'appliquant à l'ensemble de la population de 2000. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'*annexe II : Méthodologie*.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

La figure 10, qui illustre le classement des 12 principales causes de décès prématurés au Canada en 2000 représentées par années potentielles de vie perdues (APVP), montre que le cancer vient au premier rang, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les 954 000 APVP dues au cancer représentent 31 % du total attribuable à l'ensemble des causes de décès (tableau 13). Les maladies du cœur viennent au deuxième rang. Chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, le cancer demeure cette année encore la sixième cause principale d'années potentielles de vie perdues, après les troubles périnataux, les anomalies congénitales, les accidents de véhicule à moteur, les autres accidents et le suicide. En 2000, le cancer a entraîné la perte de près de 15 000 années potentielles de vie chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans.

Les APVP associées aux divers types de cancer (tableau 13) indiquent que le cancer du poumon a entraîné à lui seul la perte de 247 000 années potentielles de vie, ce qui correspond à 26 % de la mortalité prématurée due au cancer. En 2000, les trois cancers les plus dévastateurs chez l'homme ont été le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate — ceux-ci étant la cause de 48 % des APVP dues au cancer. Chez la femme, les trois principaux ont été le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal, auxquels on attribue 53 % des APVP à cause du cancer. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'importance relative de ces cancers quant au nombre d'années potentielles de vie perdues a peu changé au cours des dernières années. Chez les femmes, toutefois, le nombre d'APVP dues au cancer du poumon, qui est supérieur à celui observé pour le cancer du sein, reflète les taux élevés de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes de 50 à 79 ans. Bien que le cancer de la prostate soit plus répandu que le cancer du poumon chez l'homme, le nombre d'APVP attribuables au cancer du poumon est quatre fois supérieur à celui des APVP attribuables au cancer de la prostate, ce qui témoigne des taux de mortalité plus élevés associés au cancer du poumon et de l'âge relativement jeune auquel les hommes sont atteints de ce type de cancer et en meurent.

Le taux de mortalité prématurée due à un cancer est d'autant plus élevé que le cancer est répandu, qu'il se déclare à un jeune âge et qu'il entraîne rapidement la mort. Si l'on prend les deux cancers les plus fréquents chez les hommes et les femmes, on constate que le nombre d'APVP associées au cancer du sein (93 000) dépasse largement celui attribuable au cancer de la prostate (34 000), ce qui tient à l'âge relativement jeune auquel les femmes meurent du cancer du sein. Dans le cas de la maladie de Hodgkin, ce nombre, qui s'établit à 3 000, indique que ce type de cancer est moins courant et qu'il est relativement curable.

Bien que plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes (494 000 contre 460 000), du fait que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que certains décès dus au cancer surviennent à un plus jeune âge chez la femme.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

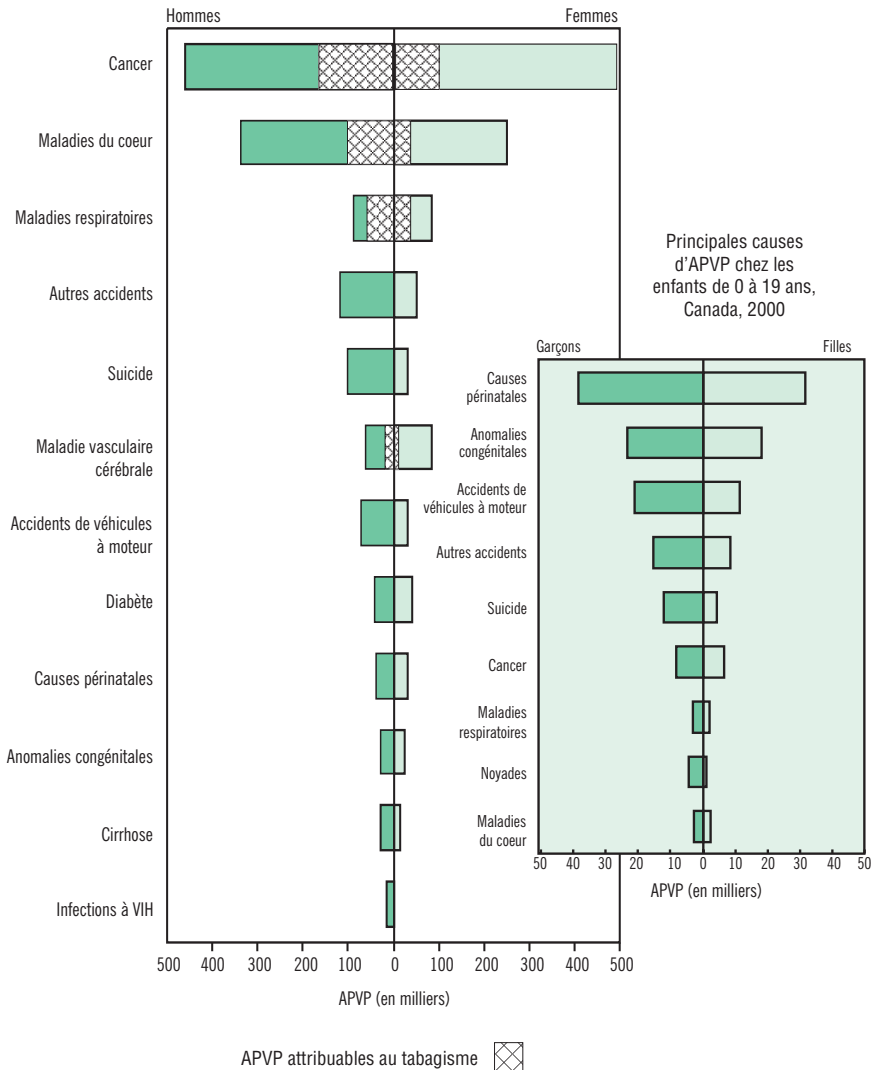
L'usage de produits du tabac constitue la principale cause de décès prématurés évitables dus au cancer. De nombreux décès provoqués par d'autres maladies sont également causés par le tabagisme (figure 10). Chez les hommes, la consommation de tabac entraîne plus du tiers des APVP découlant de tous les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

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

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Figure 10

Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), Canada, 2000



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

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Tableau 13

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 2000

| | Années potentielles de vie perdues (APVP) | | | | | |
|--|---|------|-----------|------|-----------|------|
| | Total | | Hommes | | Femmes | |
| | Années | % | Années | % | Années | % |
| TOUTES LES CAUSES | 3 048 000 | – | 1 634 000 | – | 1 415 000 | – |
| Tous les cancers | 954 000 | 100 | 460 000 | 100 | 494 000 | 100 |
| Cancer infantile (0-19 ans) | 15 000 | 1,6 | 8 100 | 1,8 | 6 700 | 1,4 |
| Sièges ou types de cancer | | | | | | |
| Poumon | 247 000 | 25,9 | 133 000 | 28,9 | 114 000 | 23,2 |
| Côlon et rectum | 108 000 | 11,3 | 56 000 | 12,1 | 52 000 | 10,6 |
| Sein | 93 000 | 9,7 | – | – | 93 000 | 18,8 |
| Pancréas | 44 000 | 4,6 | 21 000 | 4,6 | 23 000 | 4,6 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 41 000 | 4,3 | 22 000 | 4,7 | 20 000 | 4,0 |
| Leucémie | 35 000 | 3,7 | 20 000 | 4,4 | 15 000 | 3,0 |
| Encéphale | 35 000 | 3,7 | 20 000 | 4,4 | 15 000 | 3,1 |
| Prostate | 34 000 | 3,5 | 34 000 | 7,3 | – | – |
| Estomac | 28 000 | 2,9 | 16 000 | 3,5 | 12 000 | 2,4 |
| Ovaire | 25 000 | 2,7 | – | – | 25 000 | 5,2 |
| Rein | 21 000 | 2,2 | 12 000 | 2,7 | 9 000 | 1,7 |
| Vessie | 17 000 | 1,8 | 12 000 | 2,6 | 5 000 | 1,0 |
| Cavité buccale | 15 000 | 1,6 | 10 000 | 2,2 | 5 000 | 1,0 |
| Myélome multiple | 14 000 | 1,5 | 7 000 | 1,5 | 7 000 | 1,5 |
| Mélanome | 14 000 | 1,5 | 8 000 | 1,7 | 6 000 | 1,2 |
| Col de l'utérus | 10 000 | 1,1 | – | – | 10 000 | 2,0 |
| Corps de l'utérus | 10 000 | 1,0 | – | – | 10 000 | 2,0 |
| Larynx | 7 000 | 0,8 | 6 000 | 1,3 | 1 000 | 0,3 |
| Maladie de Hodgkin | 3 000 | 0,2 | 2 000 | 0,5 | 1 000 | 0,3 |
| Testicule | 1 000 | 0,1 | 1 000 | 0,3 | – | – |

– Sans objet

Note: Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés, et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres et les pourcentages ayant été arrondis, et certains sièges ayant été exclus, la somme peut ne pas correspondre aux totaux. Les cancers infantiles sont inclus dans les localisations correspondantes.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

La prévalence désigne le nombre total de personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer à un moment donné. Le tableau 14 présente le nombre estimatif de Canadiens qui, en 2000, étaient toujours vivants suite à un diagnostic de cancer au cours des 15 dernières années. Les chiffres sont fournis pour les quatre cancers les plus courants, les autres cancers confondus et tous les cancers. Le tableau indique le pourcentage de la population qui vivait avec un cancer diagnostiqué au cours des 15 années précédant l'année 2000 et son taux inverse (c.-à-d. le nombre de personnes pour un cas de cancer). Ces estimations sont basées sur les taux de survie pour la Saskatchewan, qui ont été appliqués aux données canadiennes sur l'incidence.

La prévalence globale du cancer dans la population canadienne est de 2,4 % chez les hommes et de 2,6 % chez les femmes. En 2000, il y avait environ 359 800 survivants du cancer chez les hommes et 411 000 survivantes du cancer chez les femmes, pour un total d'environ 771 000 Canadiens (soit quelque 2,5 % de la population), ce qui signifie que 1 Canadien sur 42 et 1 Canadienne sur 38 ont reçu un diagnostic de cancer à un moment donné au cours des 15 années précédentes.

Chez les hommes, le cancer le plus répandu est le cancer de la prostate, qui touche 107 300 hommes, soit 0,7 % de la population masculine, suivi du cancer colorectal (40 700 cas) et du cancer du poumon (17 900 cas). Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes (151 100 cas, soit 1 % de la population féminine), également suivi du cancer colorectal (42 600 cas) et du cancer du poumon (16 200 cas). Les taux de prévalence sont influencés par les taux d'incidence et la période moyenne de survie, qui dépendent tous deux de l'âge. Par conséquent, bien que les taux d'incidence et de survie rectifiés selon l'âge soient plus élevés, dans l'ensemble, pour le cancer de la prostate que pour le cancer du sein, la prévalence du cancer du sein est plus élevée que celle du cancer de la prostate étant donné que le cancer du sein est plus fréquent dans les groupes d'âge plus jeunes, qui affichent des taux de survie plus élevés. Dans le cas du cancer du poumon, les taux de survie sont plus faibles; ainsi, même si l'incidence est élevée, la prévalence est relativement faible.

Les taux de survie depuis 15 ans ne sont pas disponibles à l'échelle nationale. Par conséquent, dans l'estimation des taux de prévalence, nous avons tenu pour acquis que les taux de survie pour la Saskatchewan étaient représentatifs des taux pour le Canada. Bien qu'il existe d'autres méthodes d'estimation, celles-ci ne permettent pas d'indiquer la prévalence nationale pour certains types de cancer particuliers. Par exemple, 2 % des répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2002) ont fait état d'antécédents de cancer, pourcentage qui, comme prévu, est légèrement inférieur à la prévalence estimative mentionnée précédemment pour tous les Canadiens (2,5 %), étant donné que la méthode utilisée sous-estime légèrement la prévalence réelle.¹² Une autre approche, utilisée par le personnel du Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, consistait à calculer le nombre de patients atteints de cancer qui, à notre connaissance, n'étaient pas décédés, ce qui a donné un taux de prévalence de 0,3 % pour le cancer colorectal (soit un taux identique aux résultats indiqués dans le tableau 14). Ainsi, il est rassurant de constater que les estimations obtenues au moyen d'autres méthodes ont donné les mêmes taux de prévalence.

PRÉVALENCE

La prévalence est un indicateur utile du fardeau que représente le cancer tant pour la personne touchée que pour le système de santé. Bien qu'un grand nombre des personnes qui survivent au cancer continuent de mener une vie productive et gratifiante, l'expérience du cancer est douloureuse et présente nombre de difficultés d'ordre physique, psychologique et spirituel pour les patients, leur famille et leurs proches. Ces difficultés persistent souvent au-delà de la guérison même du patient, nécessitant souvent une utilisation importante des services de réadaptation et de soutien. Le risque de récurrence ou d'apparition d'un second cancer primitif chez les personnes qui survivent à un cancer contribue également à accroître la demande de services de santé. Cette augmentation de la demande doit être prise en considération dans le cadre de la planification des services de santé.

Un grand nombre de Canadiens doivent composer avec les effets du cancer et ont constamment besoin de ressources pour lutter contre le cancer.

Tableau 14

Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 2000

| | Prévalence de cas 15 ans | | Prévalence en pourcentage de la population de 2000 | | Rapport cas/population | |
|-------------------------|--------------------------|----------------|--|------------|------------------------|-------------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Côlon et rectum | 40 700 | 42 600 | 0,3 | 0,3 | 1:380 | 1:370 |
| Poumon | 17 900 | 16 200 | 0,1 | 0,1 | 1:850 | 1:960 |
| Prostate | 107 300 | – | 0,7 | – | 1:160 | – |
| Sein | – | 151 100 | – | 1,0 | – | 1:100 |
| Autres cancers | 193 900 | 201 100 | 1,3 | 1,3 | 1:79 | 1:77 |
| Tous les cancers | 359 800 | 411 000 | 2,4 | 2,6 | 1:42 | 1:38 |

Note: Les taux de survie sont basés sur les données de la Saskatchewan pour la période de 1983 à 1997 de même que sur un suivi allant jusqu'à 2002.

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Le tableau 15 présente le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge (1996-2000), et le nombre de décès et les taux de mortalité normalisés selon l'âge (1996-2000) chez les enfants et les jeunes canadiens de 0 à 19 ans. En moyenne, durant ces périodes, 1 289 cas de cancer ont été diagnostiqués chez des enfants et 231 enfants sont morts du cancer chaque année. La leucémie a été à l'origine de 26 % des nouveaux cas et de 30 % des décès dus au cancer chez les enfants et demeure le cancer infantile le plus répandu. Les cancers de l'encéphale et de la moelle épinière, qui représentent le deuxième groupe le plus fréquent de cancers infantiles, ont été responsables d'environ 17 % des nouveaux cas et de 25 % des décès, alors que les lymphomes ont produit 16 % des nouveaux cas et 7 % des décès.

Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, qui peut être calculé à partir des données indiquées au tableau 15, donne une indication du pronostic de la maladie. Pour l'ensemble des cancers infantiles réunis, ce ratio est d'environ 0,18. Les ratios les plus élevés ($> 0,25$) s'observent chez les enfants atteints d'un cancer du foie, de tumeurs du système nerveux sympathique, en particulier de neuroblastomes, de tumeurs osseuses ainsi que de tumeurs de l'encéphale et de la moelle épinière. Le ratio élevé dans le cas des neuroblastomes témoigne du stade avancé auquel est souvent diagnostiquée cette maladie. De même, le pronostic est assez sombre pour le sarcome des tissus mous (0,22), en particulier le rhabdomyosarcome (0,27). Le ratio relativement élevé pour l'ensemble des leucémies s'explique par le ratio beaucoup plus élevé enregistré pour la leucémie aiguë non lymphocytaire (0,30) que pour la leucémie aiguë lymphocytaire (0,12). Bien que le pronostic associé aux lymphomes soit en général assez bon, le ratio décès-nouveaux cas pour la maladie de Hodgkin (0,02) est beaucoup plus faible que celui des lymphomes non hodgkiniens (0,16). Enfin, les faibles ratios associés aux rétinoblastomes et aux tumeurs des cellules germinales indiquent le faible taux de décès lié à ces tumeurs.

Les faibles taux de mortalité associés à la leucémie aiguë lymphocytaire, à la maladie de Hodgkin et aux tumeurs des cellules germinales rendent compte des progrès immenses réalisés dans le traitement de ces cancers au cours des 30 dernières années. Depuis le début des années 50, les taux de mortalité par cancer infantile ont reculé de plus de 50 %, les baisses les plus importantes étant survenues après 1970.

L'amélioration de la survie a été particulièrement spectaculaire dans le cas du cancer infantile le plus fréquent, la leucémie aiguë lymphocytaire, de même que pour les lymphomes et le cancer du rein. Il y a 40 ans, pratiquement personne ne survivait à la leucémie infantile,¹³ mais aujourd'hui, environ 80 % des enfants et des adolescents canadiens atteints de leucémie aiguë lymphocytaire vivent encore cinq ans après le diagnostic.¹⁴ L'amélioration de la survie chez les enfants par rapport à la plupart des adultes cancéreux témoigne des différences biologiques propres au cancer entre ces deux groupes, ainsi que des différences dans les modalités thérapeutiques. Les essais cliniques ont permis d'identifier de nouveaux agents et modalités thérapeutiques, et une plus forte proportion d'enfants que d'adultes souffrant de cancer participent à ces essais. De même, le virage en faveur des soins multidisciplinaires a amélioré les résultats thérapeutiques et réduit la morbidité.

Depuis le début des années 50, les taux de mortalité par cancer infantile ont reculé de plus de 50 %.

Tableau 15

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge et décès de mortalité normalisés selon l'âge pour les types de cancer selon le diagnostic histologique chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada 1996-2000

| Groupe diagnostique ² | Nouveaux cas (1996-2000) ¹ | | TINA pour 1 000 000 par année | Décès (1996-2000) | | TMNA pour 1 000 000 par année | Ratio décès/cas |
|--|---------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------|-----------------|
| | Nombre | % | | Nombre | % | | |
| Leucémie | 1 700 | 26,4 | 43,31 | 352 | 30,5 | 8,83 | 0,21 |
| Aiguë lymphocytaire | 1 304 | 20,2 | 33,21 | 159 | 13,8 | 3,97 | 0,12 |
| Aiguë non lymphocytaire | 277 | 4,3 | 7,06 | 83 | 7,2 | 2,09 | 0,30 |
| Encéphale et moelle épinière | 1 071 | 16,6 | 26,99 | 290 | 25,1 | 7,28 | 0,27 |
| Astrocytome | 493 | 7,6 | 12,33 | 70 | 6,1 | 1,73 | 0,14 |
| T. neuro-ectodermique primitive | 243 | 3,8 | 6,18 | 76 | 6,6 | 1,92 | 0,31 |
| Épendymome | 89 | 1,4 | 2,29 | 33 | 2,9 | 0,83 | 0,37 |
| Lymphomes | 1 050 | 16,3 | 25,78 | 86 | 7,4 | 2,12 | 0,08 |
| Maladie de Hodgkin | 585 | 9,1 | 14,26 | 14 | 1,2 | 0,34 | 0,02 |
| Lymphomes non hodgkiniens | 457 | 7,1 | 11,30 | 72 | 6,2 | 1,78 | 0,16 |
| Carcinome | 536 | 8,3 | 13,12 | 32 | 2,8 | 0,79 | 0,06 |
| Thyroïde | 222 | 3,4 | 5,41 | 1 | 0,1 | 0,02 | 0,00 |
| Mélanome | 138 | 2,1 | 3,37 | 6 | 0,5 | 0,15 | 0,04 |
| À cellules germinales et autres t. gonadiques | 441 | 6,8 | 10,93 | 24 | 2,1 | 0,59 | 0,05 |
| T. gonadiques à cellules germinales | 272 | 4,2 | 6,67 | 2 | 0,2 | 0,05 | 0,01 |
| Tissus mou | 397 | 6,2 | 9,99 | 86 | 7,4 | 2,18 | 0,22 |
| Rhabdomyosarcome | 158 | 2,5 | 4,01 | 43 | 3,7 | 1,08 | 0,27 |
| Fibrosarcome | 61 | 0,9 | 1,51 | 6 | 0,5 | 0,15 | 0,10 |
| Os | 357 | 5,5 | 8,75 | 101 | 8,7 | 2,47 | 0,28 |
| Ostéosarcome | 184 | 2,9 | 4,49 | 58 | 5,0 | 1,41 | 0,32 |
| Sarcome d'Ewing | 118 | 1,8 | 2,91 | 38 | 3,3 | 0,93 | 0,32 |
| Système nerveux sympathique | 319 | 4,9 | 8,61 | 92 | 8,0 | 2,33 | 0,29 |
| Neuroblastome | 299 | 4,6 | 8,11 | 92 | 8,0 | 2,33 | 0,31 |
| Rein | 290 | 4,5 | 7,60 | 34 | 2,9 | 0,84 | 0,12 |
| Tumeur de Wilm | 269 | 4,2 | 7,06 | 29 | 2,5 | 0,72 | 0,11 |
| Rétinoblastome | 114 | 1,8 | 3,14 | 2 | 0,2 | 0,05 | 0,02 |
| Foie | 74 | 1,1 | 1,97 | 26 | 2,3 | 0,67 | 0,35 |
| Autres cancers | 97 | 1,5 | 2,53 | 30 | 2,6 | 0,77 | 0,31 |
| Total (5 ans) | 6 446 | 100,0 | 162,71 | 1 155 | 100,0 | 28,92 | 0,18 |
| Moyenne par année | 1 289 | | | 231 | | | |

¹ Les données présentées portent sur la plus récente période de cinq ans disponible et elles excluent les cancers cutanés sans mélanome et les carcinomes in situ. Les données sont groupées selon l'*International Classification Scheme for Childhood Cancer*, de l'Organisation mondiale de la Santé (1996) et classés selon le nombre de cas. Les taux sont corrigés par rapport à la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année.

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

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques et Division du contrôle et de la gestion des maladies chroniques, CPCMC, Santé Canada et Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Il est assez instructif de comparer les taux d'incidence du cancer d'une population à l'autre. De telles comparaisons révèlent en effet des similitudes ou des différences susceptibles de mener à la formulation d'hypothèses préliminaires sur les causes de certains cancers, grâce à la découverte de liens entre l'incidence du cancer et la prévalence de facteurs causals présumés. Au nombre des hypothèses importantes qui ont découlé d'une telle comparaison, citons celles établissant un lien entre l'exposition au soleil et le mélanome malin, ainsi qu'entre l'hépatite B et le risque de cancer primaire du foie.

Les données présentées dans cette section sont tirées du volume VIII de *Cancer Incidence in Five Continents*, publié par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).¹ Les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) qui sont présentés ici, y compris ceux du Canada, portent sur la période de 1993 à 1997 et sont corrigés en fonction de la population mondiale type.¹ C'est ce qui explique que les TINA pour le Canada présentés ici diffèrent sensiblement de ceux présentés ailleurs dans le document; ce dernier comprend effectivement des estimations allant jusqu'en 2004, corrigées en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991, qui est plus âgée que la population mondiale type.

Les secteurs géographiques compris dans cette section ont été choisis de manière à représenter un large éventail de populations du plus grand nombre de continents possible. Il a fallu exclure d'importantes régions du monde qui ne tiennent pas de registres basés sur la population d'une bonne qualité, notamment l'Afrique. Le Canada est l'un des rares pays au monde qui dispose de registres du cancer qui englobent toute la population. Un grand nombre des secteurs choisis représentent des régions ou des zones urbaines dans un pays donné. Bien que tous les secteurs pris en compte tiennent des registres du cancer qui satisfont aux critères de qualité du CIRC, les méthodes d'enregistrement, l'exhaustivité et l'exactitude des données varient considérablement et expliquent sans doute certaines des variations internationales. Cependant, l'ampleur des variations internationales est trop importante pour être liée à la seule qualité des données. Compte tenu du fait que seules quelques régions particulières sont représentées dans cette section, il est difficile de tirer des conclusions quant au rang qu'occupe le Canada parmi tous les pays du monde à ce chapitre.

Les huit types de cancer les plus répandus dans le monde ont été choisis aux fins des comparaisons; ces huit types de cancer représentent ensemble environ 60 % des cas de cancers dans le monde.² Les cancers les plus courants au Canada, soit le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer colorectal, viennent au premier, au deuxième, au sixième et au troisième rang, respectivement, dans le monde (figure 11.1). Le cancer de l'estomac, le cancer du foie, le cancer du col de l'utérus et de l'œsophage sont les autres types de cancer les plus courants dans le monde.

Les pays du monde occidental (Amérique du Nord, Europe et Australie) ont généralement des taux d'incidence du cancer plus élevés, tous types de cancer confondus, que ceux d'Asie ou d'Amérique latine (figures 11.2 et 11.3). Les États-Unis, représentés par les registres du SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) visant environ 10 % de la population, enregistrent le taux d'incidence le plus élevé, qui est plus du triple de celui des hommes et le double de celui des femmes à Mumbai, en Inde.

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Voici un résumé des différences pour certains types de cancer et les raisons possibles pour les expliquer.

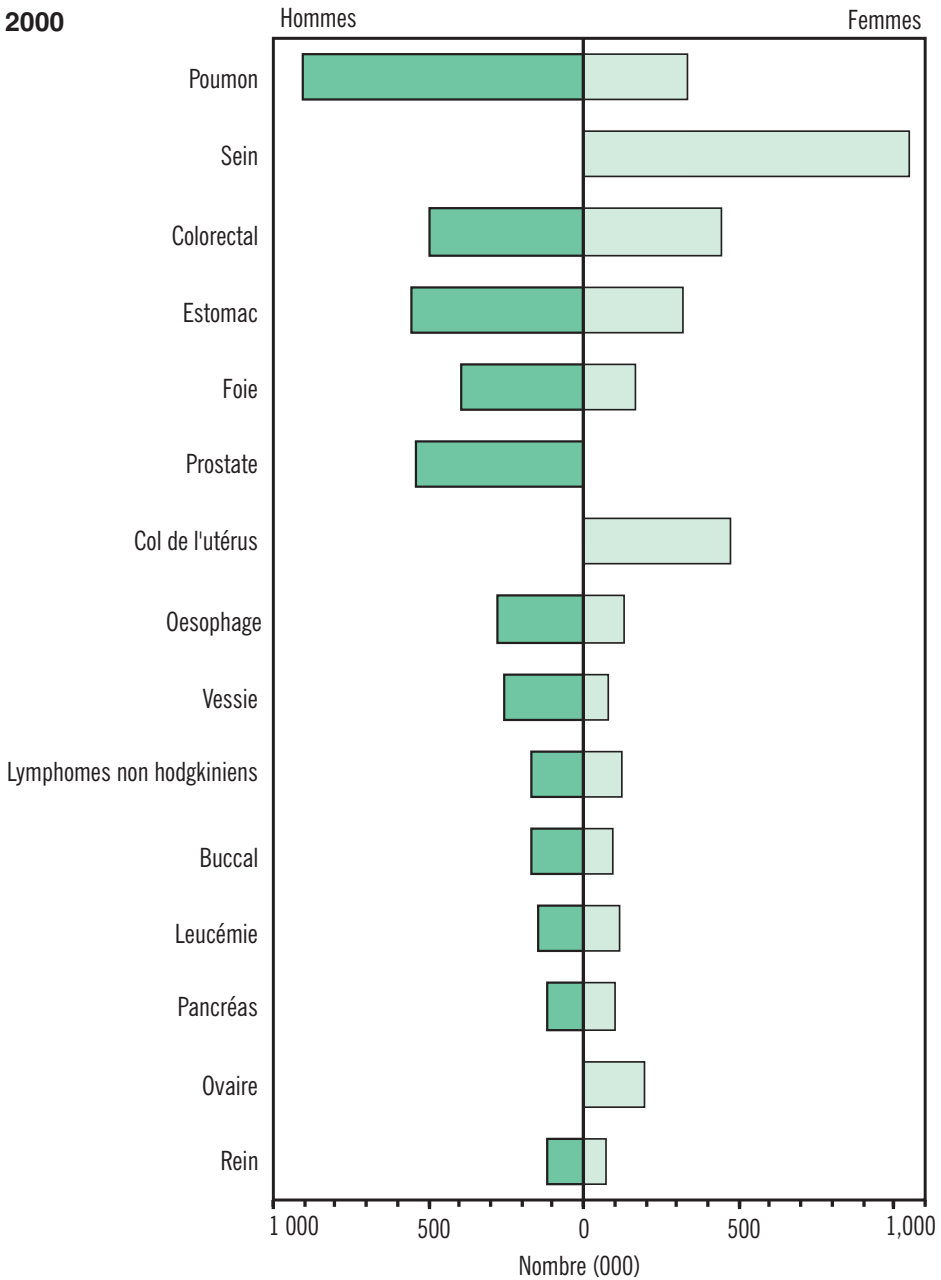
- ◆ Le taux de cancer du poumon est de six fois supérieur chez les hommes et de neuf fois supérieur chez les femmes dans la région où l'incidence est la plus élevée que dans celle où elle est la plus faible. Les taux sont les plus élevés chez les hommes en Europe de l'Est et en Chine (figure 11.4) mais chez les femmes en Amérique du Nord (figure 11.5), tandis qu'ils sont faibles en Amérique latine (Cali, Colombie) et à Mumbai, en Inde. Ces taux reflètent les habitudes de consommation de tabac des 20 à 30 années précédentes.
- ◆ Le cancer du sein est plus répandu en Amérique du Nord et en Europe (figure 11.6) et il est relativement peu courant en Asie et en Amérique latine, le taux d'incidence dans les régions à risque élevé étant de trois fois supérieur à celui des régions à faible risque. Parmi les explications possibles, mentionnons les différences dans le régime alimentaire, la morphologie, l'activité physique et les caractéristiques de reproduction.
- ◆ On observe des différences considérables dans le taux d'incidence du cancer de la prostate dans le monde (figure 11.7), le taux chez les Américains de race blanche et en Australie et au Canada étant plus de 10 fois plus élevé qu'à Mumbai, en Inde; c'est chez les Américains de race noire qu'on enregistre le taux d'incidence le plus élevé au monde, qui dépasse de 70 % celui des Américains de race blanche. Durant cette période (1993-1997), des pays comme les États-Unis et le Canada connaissaient une « épidémie » de cancer de la prostate, essentiellement liée au recours accru au dosage de l'APS pour la détection précoce de la maladie.³ Le taux d'incidence est redescendu depuis, les cas existants de cancer qui restaient dans la population ayant vraisemblablement été décelés. Cependant, il y a encore des différences importantes dans l'incidence sous-jacente réelle du cancer de la prostate. Certaines d'entre elles sont probablement liées au degré de suspicion clinique et à l'ampleur des investigations diagnostiques, étant donné que cette maladie peut demeurer asymptomatique durant de nombreuses années, tandis que d'autres sont sans aucun doute associées à la race ou à l'origine ethnique.³
- ◆ Le taux d'incidence du cancer colorectal est semblable dans un grand nombre de régions, y compris l'Amérique du Nord, l'Europe de l'Ouest et certains pays d'Asie (Singapour, Chine et Japon) (figures 11.8 et 11.9). Ces données contrastent avec les données présentées dans *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, où les comparaisons internationales pour la période de 1988 à 1992 font état de taux d'incidence nettement inférieurs dans toutes les régions d'Asie, y compris le Japon et la Chine. Les différences dans le régime alimentaire, la prévalence de l'obésité et le niveau d'activité physique peuvent expliquer les écarts dans les taux d'incidence dans le monde.

- ◆ On observe des tendances internationales très différentes quant à l'incidence du cancer de l'estomac, des taux élevés étant enregistrés en Amérique latine, dans la plupart des pays d'Asie et d'Europe de l'Est et des taux faibles dans les pays occidentaux (figures 11.10 et 11.11). L'incidence du cancer de l'estomac diminue dans le monde occidental en grande partie grâce à la réduction de la consommation de viandes en conserve et à la plus grande facilité d'accès à des fruits et légumes.⁴ On a constaté récemment que l'infection par *Helicobacter pylori* est l'une des causes importantes du cancer de l'estomac. *H. pylori* est l'une des bactéries qui causent le plus d'infections dans le monde, sa prévalence étant particulièrement élevée dans les pays en développement.⁵
- ◆ L'incidence très faible du cancer primitif du foie (c.-à-d. qui débute dans le foie et non dans un autre siège) dans les pays occidentaux, en Amérique latine et en Inde et son incidence très élevée en Asie de l'Est et en Asie du Sud-Est, en particulier chez les hommes, sont frappantes (figures 11.12 et 11.13). L'endémicité de l'hépatite B et de l'hépatite C et la consommation plus grande d'aliments contaminés par l'aflatoxine, dans ces régions de l'Asie peuvent, entre autres, expliquer cette situation.
- ◆ Les taux les plus élevés d'incidence du cancer du col de l'utérus sont enregistrés en Amérique latine, en Inde et en Europe de l'Est et, les plus faibles, aux États-Unis, au Canada et au Japon (figure 11.14). Les écarts s'expliquent probablement par les différences dans la prévalence de l'infection transmise sexuellement par le virus du papillome humain (VPH) oncogène et dans l'ampleur et la qualité du dépistage des précurseurs du cancer par le test de Pap.
- ◆ Le cancer de l'œsophage est relativement rare au Canada mais assez courant en Chine, en Inde, au Japon et en Angleterre (figures 11.15 et 11.16). Son incidence est néanmoins beaucoup plus élevée dans la « ceinture du cancer de l'œsophage » qui traverse l'Asie centrale (région ne disposant pas de registres du cancer).⁵ L'incidence est généralement beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Le cancer de l'œsophage est causé par la consommation abusive d'alcool et de tabac, surtout lorsqu'ils sont combinés, et par une consommation insuffisante de viande et de fruits et légumes frais. Des habitudes alimentaires très typiques, comme la consommation de produits à base d'opium par voie orale dans les régions de la mer Caspienne, expliquent probablement l'incidence très élevée de ce type de cancer dans des régions géographiques particulières.⁵

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Figure 11

Estimations de l'incidence des cancers les plus courants dans le monde, 2000



Référence : Globocan 2000.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Figure 11.2

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997

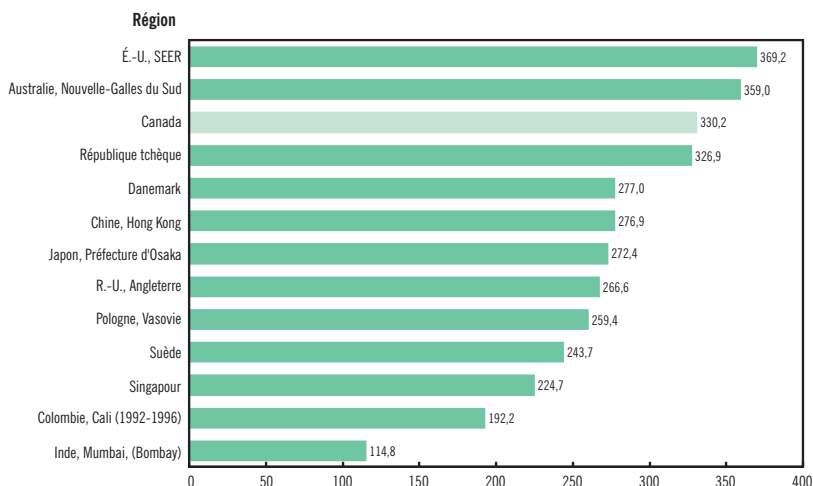
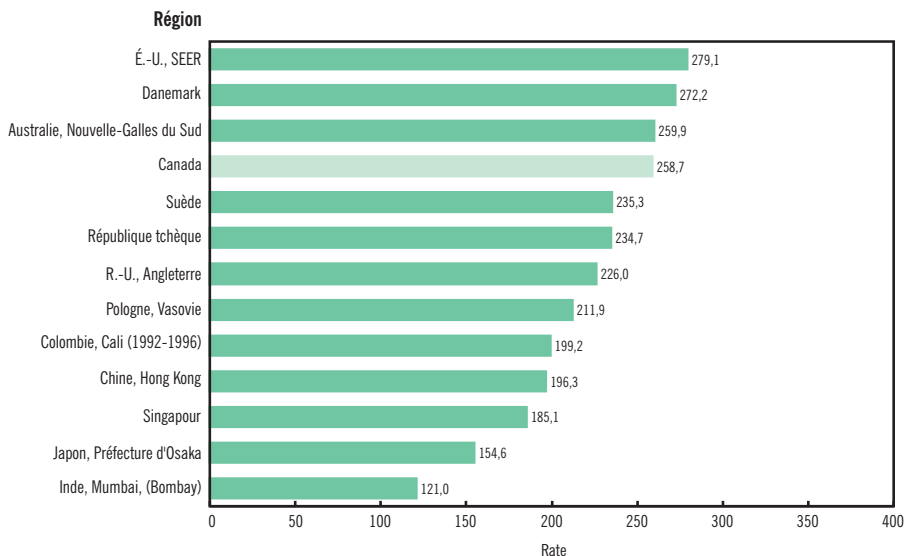


Figure 11.3

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant. Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII; Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Figure 11.4

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997

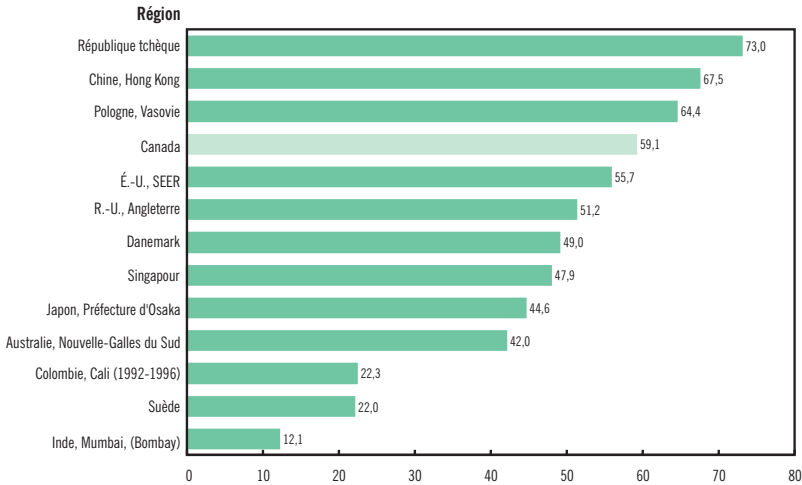
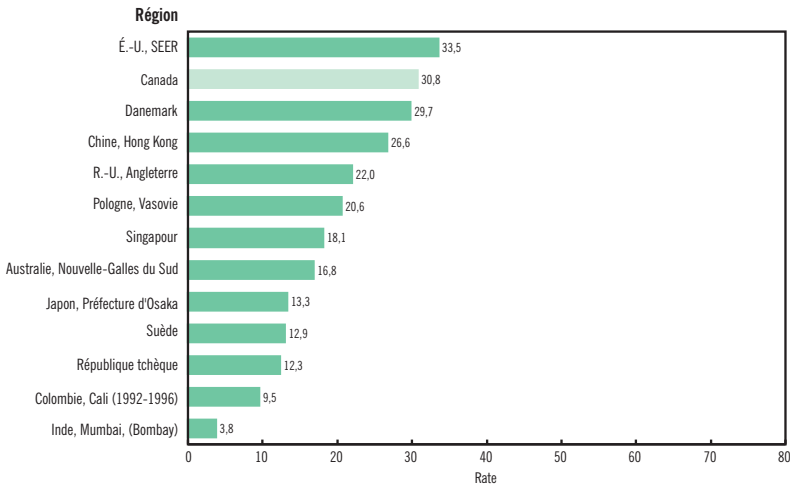


Figure 11.5

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.
Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 11.6

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du sein, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997

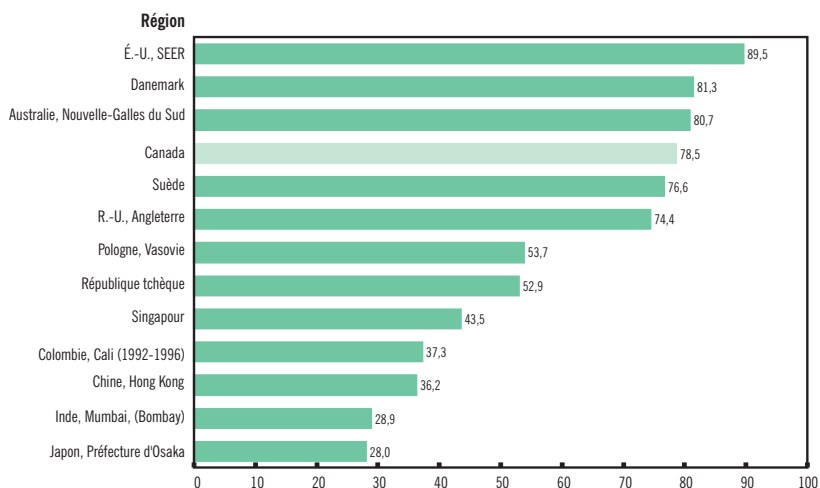
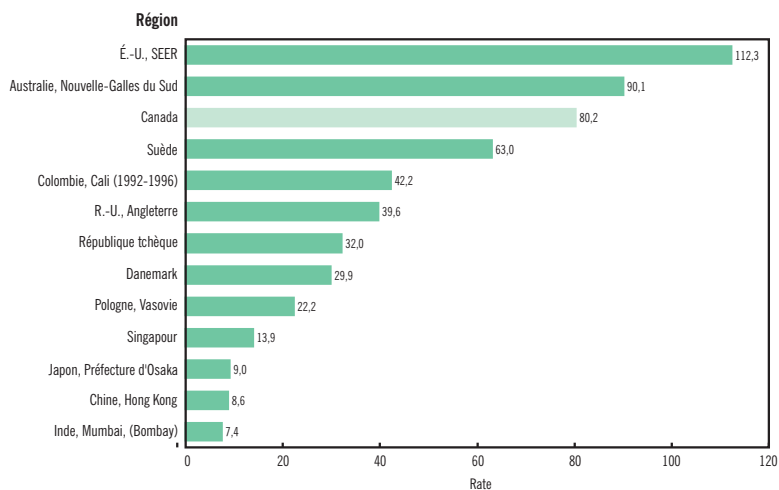


Figure 11.7

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.

Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Figure 11.8

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997

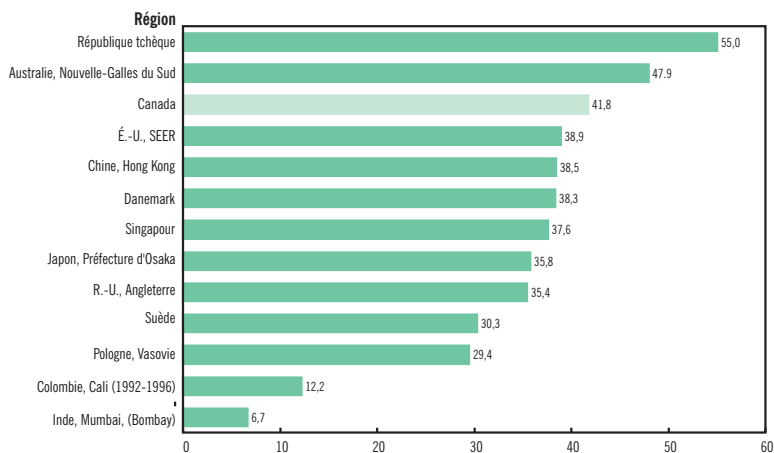
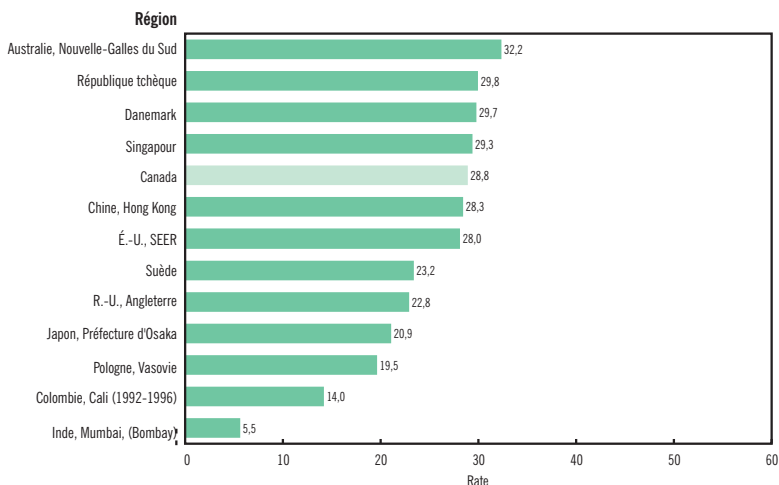


Figure 11.9

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.

Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 11.10

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'estomac, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997

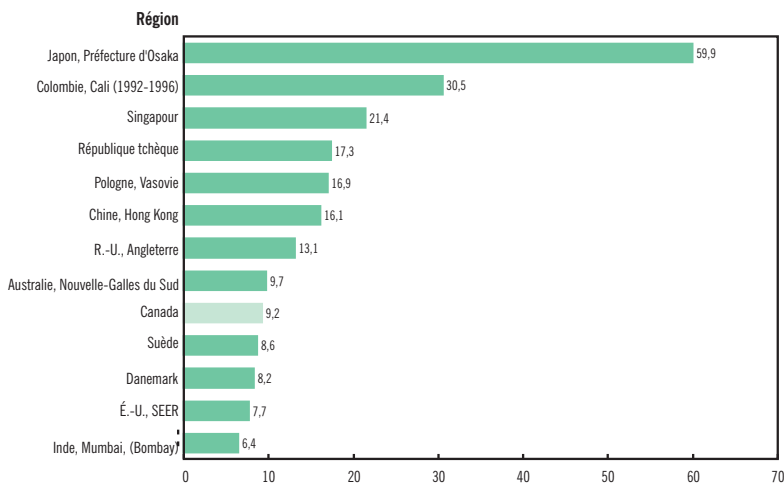
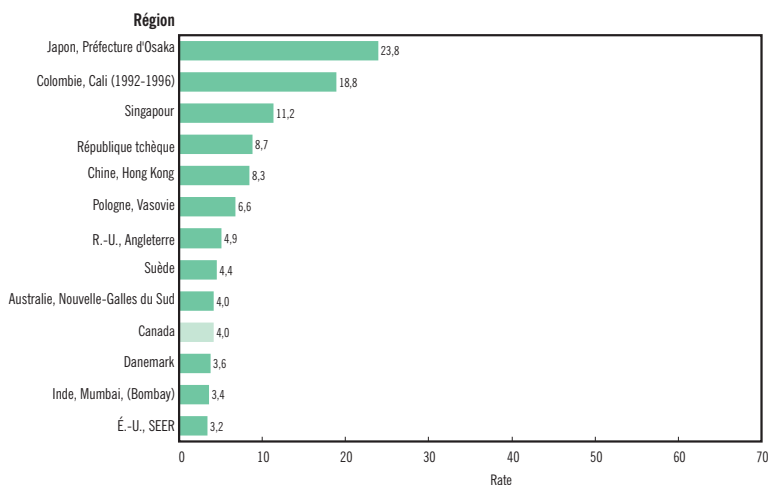


Figure 11.11

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'estomac, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.

Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Figure 11.12

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du foie, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997

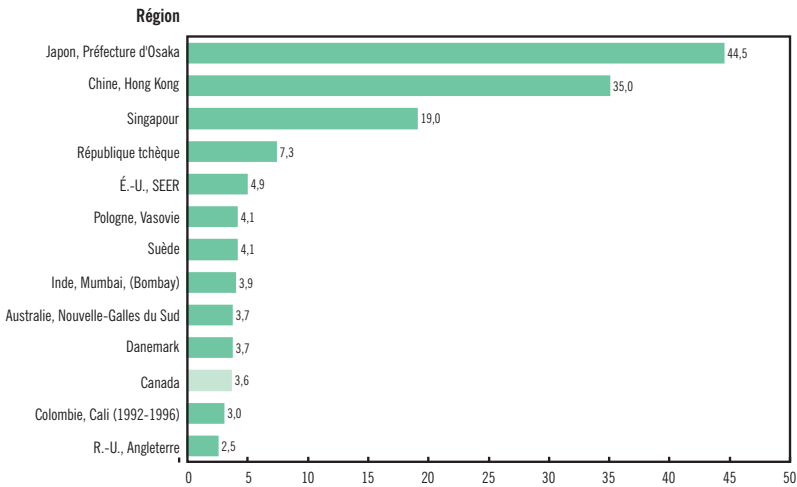
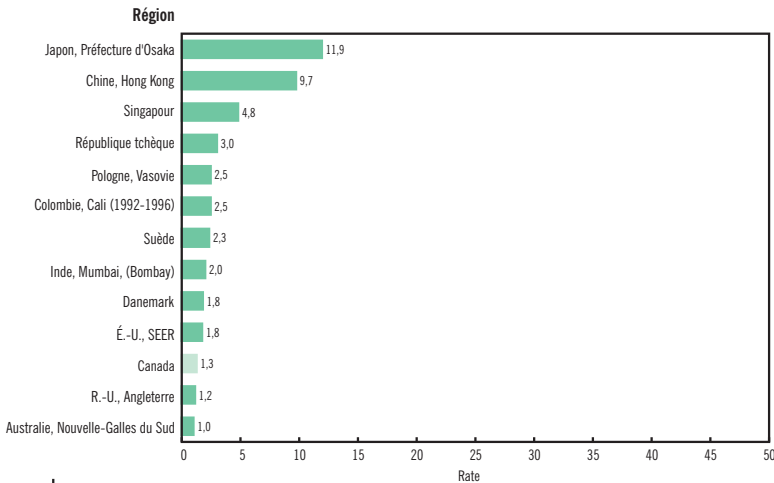


Figure 11.13

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du foie, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



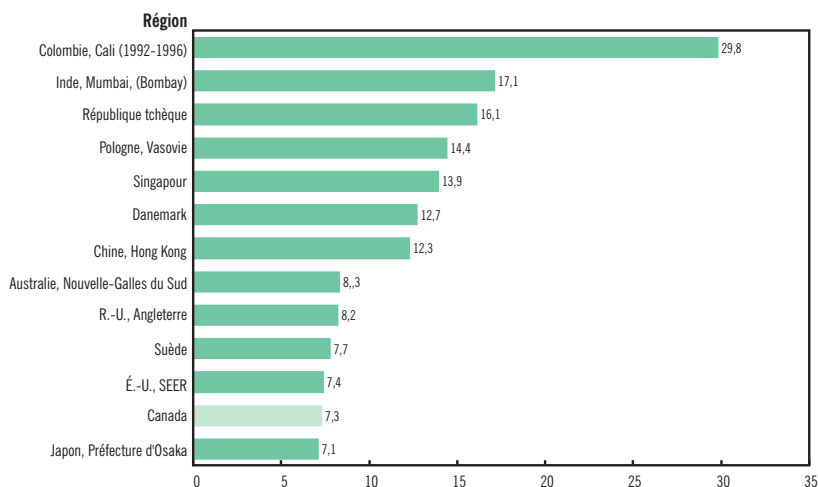
Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.

Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Figure 11.14

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du col de l'utérus, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.

Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

VARIATIONS INTERNATIONALES DANS L'INCIDENCE DU CANCER, 1993-1997

Figure 11.15

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'oesophage, Canada et registres choisis, hommes, 1993-1997

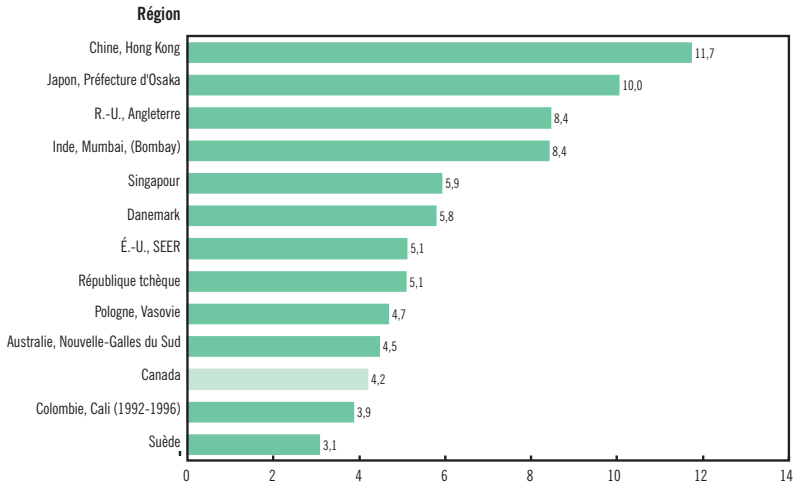
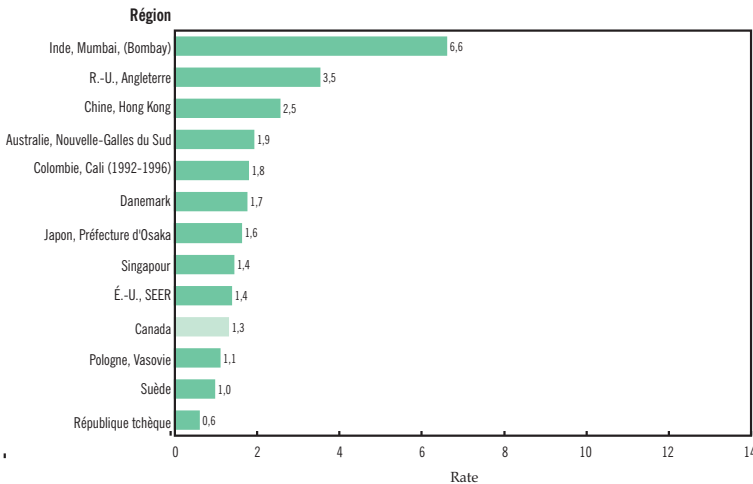


Figure 11.16

Comparaison internationale des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de l'oesophage, Canada et registres choisis, femmes, 1993-1997



Note : Taux pour 100 000 personnes normalisés en fonction de la population mondiale et excluant le cancer cutané sans mélanome. Les sièges ou types de cancer sont énumérés par ordre décroissant.

Référence : Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII: Lyon, IARC, 2002.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Le cancer a des répercussions économiques importantes au Canada; celles-ci sont mesurées en combinant les coûts directs et indirects qui y sont associés. Les coûts directs sont définis comme étant la valeur des biens et des services pour lesquels des sommes ont été payées et des ressources utilisées en vue de fournir un traitement, des soins et des services de réadaptation liés directement à la maladie ou à la blessure. Les coûts indirects sont définis comme étant la valeur de la production économique perdue en raison d'une maladie, d'une blessure invalidante ou d'un décès prématuré.

Les données présentées dans cette section sont tirées d'un rapport intitulé *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* (Santé Canada, 2002)¹. Les hypothèses qui sous-tendent les coûts indiqués ainsi que des renseignements complémentaires sont fournis dans la publication originale. Les coûts directs comprennent le coût des soins hospitaliers, le coût des soins dispensés dans d'autres établissements, le coût des soins médicaux, le coût des médicaments et les autres coûts directs relatifs à la santé (y compris les coûts au titre des services d'autres professionnels, des immobilisations, de la santé publique et de la recherche en santé, etc.). Les coûts indirects englobent la valeur estimative des années de vie perdues par suite d'un décès prématuré (coût de la mortalité) et la valeur des jours d'activité perdus pour cause d'incapacité (coût de la morbidité).

Dans l'ensemble, les coûts totaux de la maladie en 1998 au Canada se sont élevés à 159 milliards de dollars, dont 84 milliards (53 %) en coûts directs et 75 milliards (47 %) en coûts indirects. Un peu plus de la moitié (55 %) de ces coûts totaux ont pu être associés à une maladie particulière (figure 12.1). De ces coûts associés à une maladie particulière, 14,2 milliards de dollars (9 % du coût total de la maladie) étaient imputables au cancer, qui vient au troisième rang pour la fraction des coûts totaux, après les maladies cardiovasculaires (12 %) et les maladies musculo-squelettiques (10 %).

Le cancer a engendré des coûts directs de 2,5 milliards de dollars, dont 1,8 milliard (74 %) en soins hospitaliers (figure 12.2). Du total des coûts au titre des soins hospitaliers, 53 % étaient liés aux soins aux personnes âgées de 65 ans et plus, alors que ce groupe représentait 58 % des patients atteints de cancer. En revanche, 2,5 % des sommes consacrées aux soins hospitaliers ont été dépensées pour les enfants cancéreux, alors que ceux-ci représentaient moins de 1 % de la population souffrant de cancer.

Les services médicaux dispensés pour traiter le cancer ont coûté 333 millions de dollars, ce qui représente 14 % des coûts directs associés au cancer et 3 % des coûts totaux de tous les services médicaux fournis par des médecins au Canada. Environ 210 millions de dollars, soit 9 % des coûts directs liés au cancer, ont été dépensés au titre des médicaments prescrits pour le traitement du cancer. Le cancer du sein et de la prostate représentent respectivement 17 % et 12 % des coûts totaux associés aux médicaments utilisés dans le traitement du cancer. Le financement de la recherche sur le cancer, qui s'élève à 80 millions de dollars, ne représente que 3 % des coûts directs associés au cancer mais 19 % du financement total de la recherche médicale au Canada lié à une maladie particulière.

RÉPERCUSSIONS ÉCONOMIQUES DU CANCER AU CANADA, 1998

Les coûts directs estimatifs du cancer indiqués dans *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998* sont conservateurs, étant donné que presque la moitié des coûts directs totaux de la maladie au Canada n'ont pu être reliés à des maladies particulières. Les coûts indiqués sont relativement complets pour le traitement du cancer en cabinet médical et à l'hôpital; cependant, un grand nombre de services liés au cancer sont offerts par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer, qui exercent leurs activités indépendamment de ces systèmes dans la plupart des provinces. Par conséquent, il est possible que les dépenses au titre des soins dispensés en consultation externe et dans le cadre d'autres programmes d'organismes provinciaux de lutte contre le cancer n'aient pas été complètement ou systématiquement prises en compte dans *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Il est également difficile de déterminer si toutes les activités de prévention et de dépistage du cancer mises en œuvre par les gouvernements et les organisations non gouvernementales ont été prises en considération.

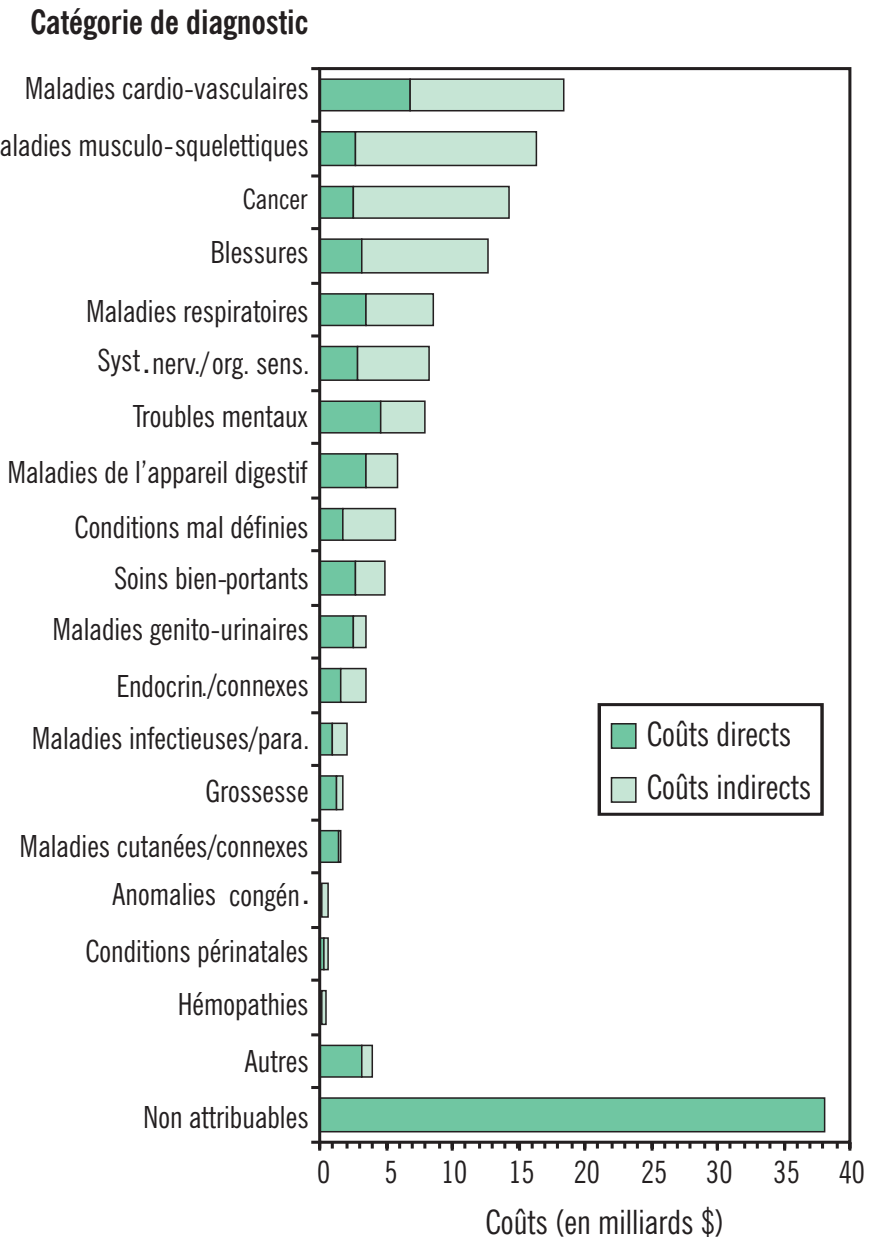
Le cancer a occasionné 16 % (11,8 millions de dollars) des coûts indirects totaux de la maladie au Canada en 1998 (75 milliards de dollars), venant immédiatement après les maladies musculo-squelettiques (figure 12.1). Il représentait presque le tiers des coûts liés à la mortalité prématurée (32 %), reflétant le fait que le cancer est la principale cause de mortalité prématurée au Canada. Le cancer du poumon à lui seul représentait 8 % des coûts liés à la mortalité prématurée attribuable aux maladies en général (soit 26 % du total pour le cancer).

Les coûts de l'invalidité de longue durée attribuables au cancer (962 millions de dollars) ne représentaient que 3 % des coûts totaux de l'invalidité de longue durée attribuables à toutes les maladies et blessures. Quant aux coûts de l'invalidité de courte durée, ils s'élevaient à environ 174 millions de dollars, ce qui représente 2 % des coûts totaux de l'invalidité de courte durée.

Malgré la difficulté de comparer les différents volumes du rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada* en raison des différences dans les méthodes de collecte des données et dans la qualité des données^{2,3}, des tendances intéressantes se dégagent. En dollars constants de 1998, les coûts totaux du cancer au Canada ont augmenté, passant de 12,7 milliards de dollars en 1986 à 13,9 milliards en 1993, et à 14,2 milliards en 1998 (figure 12.3). Bien que les coûts directs attribuables au cancer soient passés de 2,8 à 3,4 milliards de dollars entre 1986 et 1993, les rapports indiquent qu'en 1998, ils étaient tombés à 2,5 milliards de dollars. Cette diminution des coûts directs a également été observée pour d'autres maladies que le cancer entre 1993 et 1998, alors que les coûts directs qui n'ont pu être associés à des maladies particulières ont augmenté (données non fournies). La figure 12.3 indique également que les coûts indirects ont augmenté à un rythme régulier, passant de 9,9 milliards de dollars en 1986 à 11,8 milliards en 1998 (en dollars constants de 1998). Compte tenu de la nécessité d'interpréter avec circonspection les tendances observées lorsqu'on compare les différents volumes du rapport, on peut expliquer, en partie, la diminution récente des coûts directs liés au cancer par les changements dans les modalités de prestation des services liés aux cancéreux ou par l'omission de certains coûts, en particulier ceux imputables aux organismes dispensant surtout des services ambulatoires comme les organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Figure 12.1

Fardeau économique de la maladie par catégorie de diagnostic, Canada, 1998



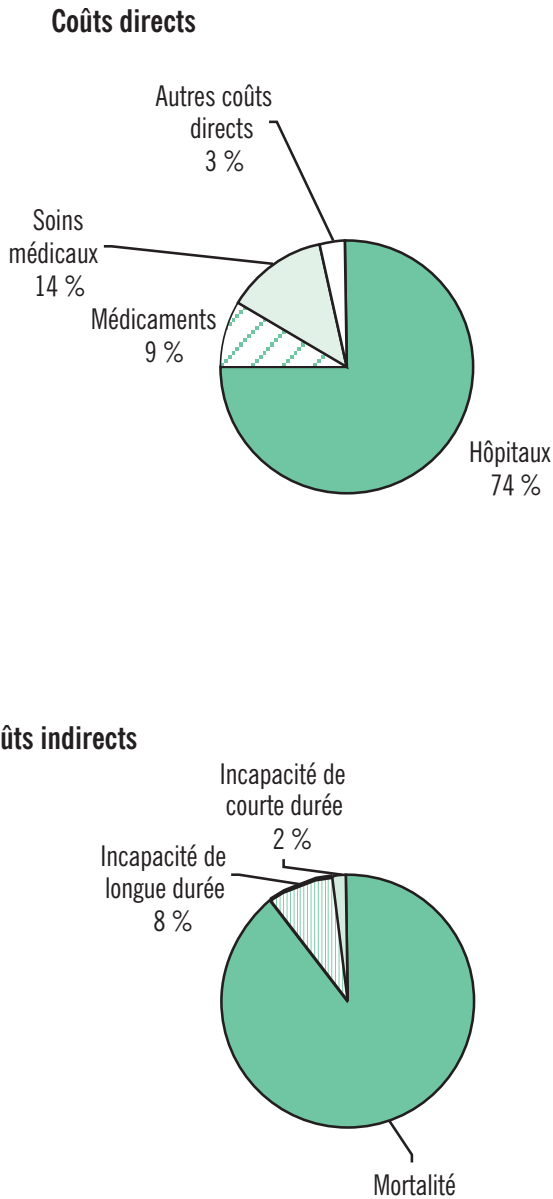
Note : Voir l'annexe 1 : Méthodologie – Le fardeau économique de la maladie au Canada pour plus de renseignements sur les hypothèses et les calculs. Basé sur un coût total de 159,4 milliards de dollars.

Source : Le fardeau économique de la maladie au Canada 1998, Santé Canada

RÉPERCUSSIONS ÉCONOMIQUES DU CANCER AU CANADA, 1998

Figure 12.2

Coûts directs et indirects associés au cancer, Canada, 1998

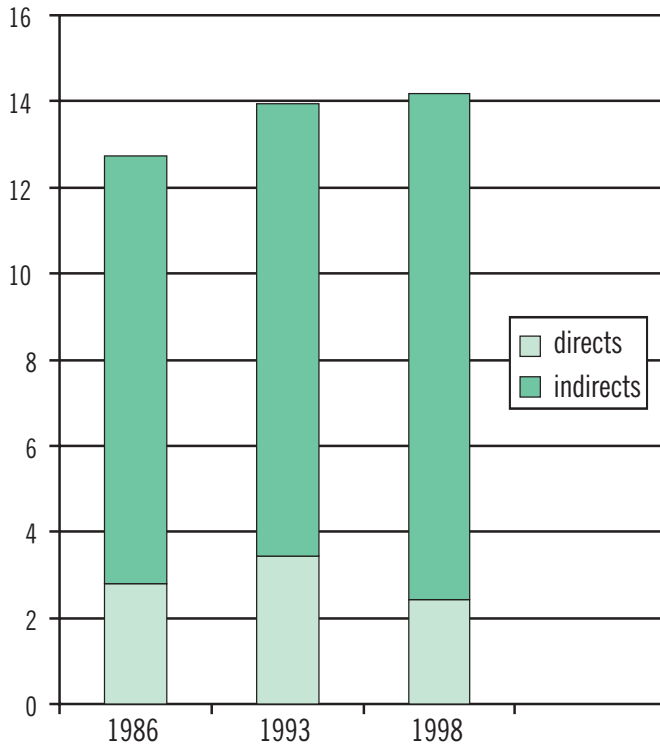


Note : Voir l'annexe 1 : Méthodologie – Le fardeau économique de la maladie au Canada pour plus de renseignements sur les hypothèses et les calculs. Basé sur un coût total de 159,4 milliards de dollars.

Source : Le fardeau économique de la maladie au Canada 1998, Santé Canada

Figure 12.3

Coûts directs et indirects associés au cancer, Canada, 1986, 1993 et 1998 (en milliards de dollars de 1998)



Note : Voir l'annexe 1 : Méthodologie – Le fardeau économique de la maladie au Canada pour plus de renseignements sur les hypothèses et les calculs. Basé sur un coût total de 159,4 milliards de dollars

Source : Le fardeau économique de la maladie au Canada 1998, Santé Canada

| | |
|--|--|
| Âge | Âge de la personne (années révolues) au moment du diagnostic ou du décès. |
| CIM-O-3 | Classification internationale des maladies – Oncologie - troisième édition ¹⁵ . |
| CIM-10 | Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ¹⁶ . |
| Incidence | Nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués pendant l'année. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de cancer plutôt que la personne. |
| Mortalité | Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer qui surviennent pendant l'année. Sont inclus les décès des cas diagnostiqués dans le passé ou pendant l'année, et les cas de cancer diagnostiqués après le décès. |
| Années potentielles de vie perdues (APVP) | Mesure de l'incidence relative de diverses maladies basée sur la mortalité prématurée. |
| Province et territoire | En ce qui concerne l'incidence du cancer et la mortalité par cancer, il s'agit de la province ou du territoire où la personne a établi sa résidence permanente au moment du diagnostic ou du décès. Cette province ou territoire peut différer de celle où on a consigné le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer. |
| Taux d'incidence, de mortalité et de prévalence | |
| Taux brut | Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans la population. |
| Taux par âge | Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes d'un groupe d'âge donné. |
| Taux normalisé selon l'âge | Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer pour 100 000 personnes qu'on aurait relevés dans la population type (population canadienne de 1991), si les taux par âge réels observés dans la population donnée avaient prévalu dans la population-type. |
| Indice des taux normalisés selon l'âge | Le taux normalisé selon l'âge de l'année de base (1975) est fixé à 100. Les points d'indice pour les années suivantes sont calculés en multipliant par 100 le taux normalisé selon l'âge de l'année, puis en le divisant par le taux de 1975. |
| Prévalence | Nombre de cas d'une maladie dans une population donnée, à un moment déterminé, couramment appelé prévalence complète. Dans le présent document, notre estimation correspond plutôt à la prévalence durant une période d'une durée limitée, soit 15 ans. Il s'agit, en l'occurrence, de la prévalence des cas diagnostiqués au cours des 15 années précédant le moment où l'estimation est établie. Cette estimation devrait toujours être inférieure à la prévalence complète et l'ampleur de l'écart dépend du siège ou du type de cancer ¹⁷ . |

Définitions des sièges

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

| Siège/type | Siège/type CIM-O-3 ¹ (incidence) | CIM-10 (mortalité) |
|--|--|--|
| Cavité buccale | C00-C14 | C00-C14 |
| Oesophage | C15 | C15 |
| Estomac | C16 | C16 |
| Côlon et rectum | C18-C21,C26.0 | C18-C21,C26.0 |
| Larynx | C32 | C32 |
| Poumon | C33-C34 | C33-C34 |
| Mélanome | Types 8720-8790 | C43 |
| Sein | C50 | C50 |
| Col de l'utérus | C53 | C53 |
| Corps de l'utérus | C54-C55 | C54-C55 |
| Ovaire | C56,C57.0-.4 | C56,C57.0-.4 |
| Prostate | C61 | C61 |
| Testicule | C62 | C62 |
| Vessie | C67 | C67 |
| Rein | C64-C66,C68 | C64-C66,C68 |
| Encéphale | C70-C72 | C70-C72 |
| Thyroïde | C73 | C73 |
| Lymphomes | Types 9590-9596, 9650-9729 Types 9823, Tous les sièges/types sauf C42.0.,1.,4 Types 9827, Tous les sièges/types sauf C42.0.,1.,4 | C81-C90,C96.3 |
| Maladie de Hodgkin | Types 9650-9667 | C81 |
| Lymphome non hodgkinien | Types 9590-9596,9670-9719,9727-9729 Type 9823, Tous les sièges/types sauf C42.0.,1.,4 Type 9827, Tous les sièges/types sauf C42.0.,1.,4 | C82-C85,C96.3 |
| Myélome multiple | Types 9731,9732,9734 | C88,C90 |
| Leucémie | Types 9733,9742,9800-9801,9805,9820, 9826,9831-9837,9840,9860-9861,9863, 9866-9867,9870-9876,9891,9895-9897, 9910,9920,9930-9931,9940,9945-9946, 9948,9963-9964 Types 9823 and 9827, sièges/types C42.0.,1.,4 | C91-C95 |
| Tous les autres sièges/types | Tous les sièges/types C00-C80, C97 non mentionné ci-dessus | Tous les sièges/types C00-C80, C97 non mentionné ci-dessus |
| Tous les cancers sauf le cancer du poumon | C00-C97 sauf C33-C34 | C00-C97 sauf C33-C34 |
| Tous les autres sièges/types et les sièges/types non précisés (groupés seulement dans les tableaux 1 et 2) | Types 9140,9740,9741,9750-9758, 9760-9769,9950-9962, 9965-9989 C76.0-C76.8 (types 8000-9589) C80.9 (types 8000-9589) C42.0-C42.4 (types 8000-9589) C77.0-C77.9 (types 8000-9589) | C44,C46,C76-C80,C96.0-.2, C96.7-.9,C97 |
| Tous les sièges/types de cancer | Tous les cancers envahissants | Tous les cancers envahissants |

¹ Les types histologiques 9590-9989 (leucémies et autres cancers des tissus lymphatiques et hématopoïétiques), 9050-9055 (mésothéliomes) et 9140 (sarcome de Kaposi) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges/types.

Le présent document vise surtout à présenter les estimations pour l'année en cours obtenues après analyse des données réelles et à faire des prévisions à court terme à l'aide de techniques statistiques (voir l'*annexe II*). Si l'on a besoin des *données réelles* plutôt que des *estimations* pour l'année en cours, les tableaux de la présente annexe résument les statistiques réelles sur l'incidence et la mortalité tirées des données nationales les plus récentes. Ces données s'appliquent à l'année la plus récente dans la longue série de données utilisées pour calculer les estimations de l'année courante. Les tableaux A1 et A2 de l'annexe donnent un aperçu du nombre réel de nouveaux cas (2000) et de décès (2000) survenus au Canada et précisent les codes CIM-O-3 utilisés pour définir chaque groupe diagnostique. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres sièges de cancer; on trouvera donc aux tableaux A1 et A2 de l'annexe un plus grand nombre de sièges de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 de l'annexe donnent les chiffres réels pour le nombre de nouveaux cas et de décès et les taux d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges et types de cancer, selon la province et le territoire.

En plus des explications et des analyses fournies dans les pages précédentes, plusieurs autres points méritent d'être mentionnés. Comme nous l'avons indiqué aux tableaux A3 à A6 de cette annexe, les populations des territoires étant de petite taille, il n'a été possible de fournir que des résumés (moyenne de cinq ans) pour les principaux cancers. Les tableaux de l'annexe montrent également qu'il y avait une certaine variation d'une province à l'autre dans les années pour lesquelles nous disposons de données (en date d'août 2003, au début de ces analyses). De plus, les données proviennent de fichiers dynamiques qui sont systématiquement mis à jour pour intégrer les nouvelles données. Les utilisateurs qui ont besoin de données réelles plus récentes pour le Canada peuvent communiquer avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques à Santé Canada ou la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Pour obtenir les données les plus récentes de chaque province, prière de communiquer avec les registres provinciaux du cancer (voir la section *Pour en savoir plus sur le cancer*).

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

Tableau A1

Données réelles pour les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 2000

| Siège/type | Siège/type CIM-O-3 ¹ | Total | Hommes | Femmes |
|--|-------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| Tous les sièges/types de cancer | C00-C97 | 134 413 | 69 978 | 64 435 |
| Cavité buccale et pharynx | C00-C14 | 3 155 | 2 146 | 1 009 |
| Lèvres | C00 | 455 | 362 | 93 |
| Langue | C01-C02 | 655 | 429 | 226 |
| Glandes salivaires | C07-C08 | 330 | 185 | 145 |
| Bouche | C03-C06 | 677 | 400 | 277 |
| Nasopharynx | C11 | 247 | 163 | 84 |
| Oropharynx | C10 | 97 | 75 | 22 |
| Autres et non précisés | C09,C12-C14 | 694 | 532 | 162 |
| Appareil digestif | C15-C26,C48 | 28 907 | 15 871 | 13 036 |
| Oesophage | C15 | 1 328 | 974 | 354 |
| Estomac | C16 | 2 906 | 1 824 | 1 082 |
| Intestin grêle | C17 | 468 | 261 | 207 |
| Côlon | C18,C26.0 | 12 228 | 6 120 | 6 108 |
| Rectum | C19-C21 | 6 165 | 3 677 | 2 488 |
| Foie | C22 | 1 237 | 837 | 400 |
| Vésicule biliaire | C23 | 381 | 116 | 265 |
| Pancréas | C25 | 3 163 | 1 577 | 1 586 |
| Autres et non précisés | C24,C26.1-.9,C48 | 1 031 | 485 | 546 |
| Système respiratoire | C30-C36,C38.1-.9,C39 | 20 998 | 12 455 | 8 543 |
| Larynx | C32 | 1 087 | 901 | 186 |
| Poumon | C33-C34 | 19 648 | 11 401 | 8 247 |
| Autres et non précisés | C30-31,C35-36,C38.1-.9,C39 | 263 | 153 | 110 |
| Os | C40-C41 | 297 | 168 | 129 |
| Tissus mous (y compris le cœur) | C38.0,C47,C49 | 831 | 471 | 360 |
| Peau (mélanome) | Type 8720-8790 | 3 719 | 1 935 | 1 784 |
| Sein | C50 | 18 661 | 127 | 18 534 |
| Organes génitaux | C51-C63 | 27 001 | 19 396 | 7 605 |
| Col de l'utérus | C53 | 1 362 | – | 1 362 |
| Corps de l'utérus | C54 | 3 417 | – | 3 417 |
| Utérus, sans précision | C55 | 115 | – | 115 |
| Ovaire | C56,C57.0-.4 | 2 184 | – | 2 184 |
| Prostate | C61 | 18 477 | 18 477 | – |
| Testicule | C62 | 760 | 760 | – |
| Autres et non précisés | C51-52,C57.5-.9,C58,C60,C63 | 686 | 159 | 527 |
| Organes urinaires | C64-C68 | 8 737 | 6 004 | 2 733 |
| Vessie | C67 | 4 841 | 3 636 | 1 205 |
| Rein et autres organes urinaires | C64-C66,C68 | 3 896 | 2 368 | 1 528 |
| Oeil | C69 | 265 | 141 | 124 |
| Encéphale et système nerveux central | C70-C72 | 2 197 | 1 242 | 955 |
| Glandes endocrines | C73,C73-C75 | 2 450 | 657 | 1 793 |
| Thyroïde | C73 | 2 240 | 550 | 1 690 |
| Autres glandes endocrines | C73,C74-C75 | 210 | 107 | 103 |
| Leucémie | Voir le glossaire | 3 666 | 2 110 | 1 556 |
| Autres tissus lymphatiques et hématopoïétiques | Voir les 3 éléments ci-après | 7 907 | 4 279 | 3 628 |
| Maladie de Hodgkin | Types 9650-9667 | 811 | 456 | 355 |
| Lymphome non hodgkinien | Voir le glossaire | 5 444 | 2 932 | 2 512 |
| Myélome multiple | Types 9731,9732,9734 | 1 652 | 891 | 761 |
| Tous les autres sièges/types et sièges/types non précisés | Voir le glossaire | 5 287 | 2 706 | 2 581 |
| Mésothéliomes | Types 9050-9055 | 335 | 270 | 65 |

- Sans objet

¹ Les types histologiques 9590-9989 (leucémies et autres cancers des tissus lymphatiques et hématopoïétiques), 9050-9055 (mésothéliomes) et 9140 (sarcome de Kaposi) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges/types

Note: Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies – oncologie. Les données visent les cancers envahissants et ne tiennent pas compte des cancers cutanés sans mélanome.

Pour plus d'information, consulter le site : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/ps/surveillance_f.html (cliquer sur Surveillance des maladies en direct).

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Tableau A2

Données réelles pour les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, Canada, 2000

| Siège/type | Siège/type CIM-10 | Total Hommes | Femmes | |
|--|-----------------------------|---------------------|---------------|---------------|
| Tous les sièges/types de cancer | C00-C97 | 62 672 | 33 360 | 29 312 |
| Cavité buccale et pharynx) | C00-C14 | 901 | 594 | 307 |
| Lèvres | C00 | 25 | 17 | 83 |
| Langue | C01-C02 | 215 | 142 | 73 |
| Glandes salivaires | C07-C08 | 74 | 37 | 37 |
| Bouche | C03-C06 | 170 | 94 | 76 |
| Nasopharynx | C11 | 86 | 60 | 26 |
| Oropharynx | C10 | 62 | 42 | 20 |
| Autres et non précisés | C09,C12-C14 | 269 | 202 | 67 |
| Appareil digestif | C15-C26,C48 | 16 636 | 9 170 | 7 466 |
| Oesophage | C15 | 1 392 | 1 052 | 340 |
| Estomac | C16 | 1 988 | 1 195 | 793 |
| Intestin grêle | C17 | 127 | 65 | 62 |
| Côlon | C18,C26.0 | 6 526 | 3 356 | 3 170 |
| Rectum | C19-C21 | 1 401 | 842 | 559 |
| Foie | C22 | 1 291 | 816 | 475 |
| Vésicule biliaire | C23 | 259 | 78 | 181 |
| Pancréas | C25 | 3 092 | 1 510 | 1 582 |
| Autres et non précisés | C24,C26.1-.9,C48 | 560 | 256 | 304 |
| Système respiratoire | C30-C36,C38.1-.9,C39 | 16 749 | 10 134 | 6 615 |
| Larynx | C32 | 506 | 416 | 90 |
| Poumon | C33-C34 | 16 134 | 9 650 | 6 484 |
| Autres et non précisés | C30-31,C35-36,C38.1-.9,C39 | 109 | 68 | 41 |
| Os | C40-C41 | 147 | 81 | 66 |
| Tissus mous (y compris le cœur) | C38.0,C47,C49 | 358 | 181 | 177 |
| Peau (mélanome) | C43 | 709 | 432 | 277 |
| Sein | C50 | 4 901 | 44 | 4 857 |
| Organes génitaux | C51-C63 | 6 394 | 3 791 | 2 603 |
| Col de l'utérus | C53 | 398 | — | 398 |
| Corps de l'utérus | C54 | 318 | — | 318 |
| Utérus, sans précision | C55 | 322 | — | 322 |
| Ovaire | C56,C57.0-.4 | 1 402 | — | 1 402 |
| Prostate | C61 | 3 718 | 3 718 | — |
| Testicule | C62 | 37 | 37 | — |
| Autres et non précisés | C51-52,C57.5-.9,C58,C60,C63 | 199 | 36 | 163 |
| Organes urinaires | C64-C68 | 2 847 | 1 888 | 959 |
| Vessie | C67 | 1 519 | 1 082 | 437 |
| Rein et autres organes urinaires | C64-C66,C68 | 1 328 | 806 | 522 |
| Oeil | C69 | 32 | 18 | 14 |
| Encéphale et système nerveux central | C70-C72 | 1 533 | 897 | 636 |
| Glandes endocrines | C73,C73-C75 | 220 | 91 | 129 |
| Thyroïde | C73 | 124 | 47 | 77 |
| Autres glandes endocrines | C73,C74-C75 | 96 | 44 | 52 |
| Leucémie | C91-C95 | 2 048 | 1 190 | 858 |
| Autres tissus lymphatiques et hématopoïétiques | C81-C90,C96.3 | 3 770 | 2 006 | 1 764 |
| Maladie de Hodgkin | C81 | 128 | 78 | 50 |
| Lymphome non hodgkinien | C82-C85,C96.3 | 2 537 | 1 348 | 1 189 |
| Myélome multiple | C88,C90 | 1 105 | 580 | 525 |
| Tous les autres sièges/types et sièges/types non précisés | Voir le glossaire | 5 135 | 2 601 | 2 534 |
| Mésothéliomes | C45 | 292 | 242 | 50 |

- Sans objet

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

Source: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Tableau A3

Données réelles sur l'incidence des principaux sièges et types de cancer, selon le sexe et la région, année la plus récente¹, Canada

| | Nouveau cas | | | | | | | | | | | | | T.N.-O | Nt | |
|---------------------------|---------------|--------------|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|-----------|----|--|
| | Canada | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. | Yn | | | | |
| Hommes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 70 000 | 1 200 | 350 | 2 600 | 1 950 | 17 200 | 27 600 | 2 700 | 2 700 | 6 100 | 9 300 | 35 | 40 | 20 | | |
| Prostate | 18 500 | 370 | 140 | 740 | 520 | 3 300 | 8 200 | 750 | 850 | 2 200 | 2 900 | 5 | 5 | – | | |
| Poumon | 11 400 | 180 | 65 | 420 | 350 | 3 600 | 3 900 | 400 | 370 | 730 | 1 300 | 5 | 5 | 10 | | |
| Côlon et rectum | 9 800 | 220 | 35 | 380 | 240 | 2 500 | 3 800 | 390 | 340 | 760 | 1 200 | 5 | 10 | 5 | | |
| Vessie | 3 600 | 30 | 5 | 110 | 130 | 1 300 | 1 200 | 100 | 160 | 140 | 350 | – | – | – | | |
| Lymphomes non hodgkiniens | 2 900 | 30 | 10 | 90 | 80 | 710 | 1 150 | 120 | 120 | 220 | 430 | – | – | – | | |
| Rein | 2 400 | 35 | 10 | 100 | 75 | 590 | 1 000 | 110 | 85 | 190 | 240 | – | – | – | | |
| Cavité buccale | 2 100 | 45 | 10 | 85 | 65 | 520 | 820 | 95 | 60 | 170 | 260 | – | – | – | | |
| Leucémie | 2 100 | 10 | 10 | 50 | 55 | 530 | 840 | 75 | 90 | 190 | 240 | – | – | – | | |
| Mélanome | 1 950 | 25 | 10 | 80 | 60 | 290 | 910 | 65 | 55 | 190 | 350 | – | – | – | | |
| Estomac | 1 800 | 55 | 5 | 55 | 55 | 470 | 630 | 65 | 55 | 150 | 250 | – | – | – | | |
| Pancreas | 1 600 | 5 | 5 | 60 | 30 | 450 | 570 | 45 | 65 | 130 | 210 | – | – | – | | |
| Encéphale | 1 250 | 15 | 5 | 45 | 25 | 350 | 470 | 35 | 30 | 95 | 150 | – | – | – | | |
| Larynx | 900 | 25 | 10 | 40 | 20 | 320 | 300 | 25 | 30 | 60 | 100 | – | – | – | | |
| Myélome multiple | 890 | 10 | 5 | 20 | 25 | 230 | 360 | 40 | 35 | 60 | 120 | – | – | – | | |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 64 400 | 940 | 310 | 2 300 | 1 650 | 16 700 | 24 900 | 2 700 | 2 100 | 5 200 | 8 100 | 35 | 35 | 25 | | |
| Sein | 18 500 | 320 | 75 | 600 | 460 | 5 000 | 7 000 | 730 | 600 | 1 550 | 2 400 | 15 | 15 | – | | |
| Côlon et rectum | 8 600 | 170 | 55 | 350 | 230 | 2 200 | 3 300 | 330 | 280 | 600 | 1 050 | 5 | 5 | 5 | | |
| Poumon | 8 200 | 85 | 40 | 340 | 230 | 2 300 | 3 100 | 370 | 250 | 570 | 1 100 | 5 | 5 | 10 | | |
| Corps de l'utérus | 3 500 | 55 | 25 | 120 | 75 | 830 | 1 400 | 180 | 110 | 300 | 420 | – | – | – | | |
| Lymphomes non hodgkiniens | 2 500 | 35 | 10 | 65 | 65 | 640 | 1 000 | 120 | 90 | 180 | 320 | – | – | – | | |
| Ovaire | 2 200 | 25 | 10 | 65 | 70 | 580 | 940 | 90 | 55 | 150 | 300 | – | – | – | | |
| Mélanome | 1 800 | 20 | 20 | 80 | 45 | 300 | 770 | 65 | 65 | 190 | 300 | – | – | – | | |
| Thyroïde | 1 700 | 20 | 5 | 35 | 50 | 360 | 930 | 50 | 50 | 170 | 160 | – | – | – | | |
| Pancréas | 1 600 | 10 | 5 | 50 | 45 | 460 | 540 | 65 | 55 | 110 | 240 | – | – | – | | |
| Rein | 1 550 | 30 | 5 | 60 | 55 | 380 | 590 | 70 | 60 | 120 | 160 | – | – | – | | |
| Leucémie | 1 550 | 5 | 10 | 55 | 25 | 410 | 570 | 60 | 70 | 140 | 160 | – | – | – | | |
| Col de l'utérus | 1 350 | 30 | 5 | 60 | 30 | 300 | 500 | 60 | 45 | 150 | 140 | – | – | – | | |
| Vessie | 1 200 | 5 | 5 | 25 | 45 | 430 | 430 | 35 | 50 | 50 | 130 | – | – | – | | |
| Estomac | 1 100 | 20 | 5 | 35 | 20 | 310 | 370 | 40 | 35 | 75 | 130 | – | – | – | | |
| Cavité buccale | 1 000 | 10 | 10 | 45 | 30 | 220 | 380 | 50 | 40 | 85 | 140 | – | – | – | | |
| Encéphale | 960 | 10 | 5 | 30 | 15 | 270 | 410 | 35 | 35 | 70 | 130 | – | – | – | | |

– Moins de 3 cas

¹ 2000 pour le Canada, le Québec, 2001 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 1997-2001 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut.

Note : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Les chiffres relatifs à l'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Tableau A4

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

| | Nouveaux cas | | | | | | | | | | | | | Nt. |
|---------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Canada | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. | Yn | T.N.-O. | |
| Hommes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 462 | 429 | 494 | 524 | 502 | 477 | 467 | 460 | 481 | 457 | 429 | 341 | 375 | 412 |
| Prostate | 124 | 137 | 192 | 152 | 136 | 93 | 140 | 129 | 154 | 172 | 133 | 59 | 67 | – |
| Poumon | 75 | 65 | 88 | 86 | 91 | 100 | 67 | 68 | 66 | 56 | 59 | 77 | 75 | 194 |
| Côlon et rectum | 65 | 79 | 53 | 76 | 63 | 70 | 64 | 65 | 61 | 58 | 54 | 68 | 85 | 101 |
| Vessie | 24 | 11 | 10 | 21 | 33 | 36 | 21 | 16 | 28 | 11 | 16 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 19 | 10 | 14 | 17 | 21 | 19 | 19 | 20 | 21 | 15 | 20 | – | – | – |
| Rein | 15 | 11 | 12 | 21 | 17 | 16 | 17 | 18 | 15 | 13 | 11 | – | – | – |
| Cavité buccale | 14 | 17 | 13 | 17 | 16 | 13 | 13 | 15 | 11 | 12 | 11 | – | – | – |
| Leucémie | 14 | 4 | 13 | 11 | 15 | 15 | 14 | 13 | 17 | 14 | 11 | – | – | – |
| Estomac | 12 | 19 | 6 | 11 | 14 | 13 | 11 | 11 | 10 | 11 | 12 | – | – | – |
| Mélanome | 12 | 7 | 12 | 17 | 14 | 7 | 15 | 11 | 10 | 13 | 16 | – | – | – |
| Pancréas | 10 | 2 | 6 | 12 | 8 | 12 | 10 | 8 | 11 | 10 | 10 | – | – | – |
| Encéphale | 8 | 6 | 7 | 9 | 7 | 10 | 8 | 6 | 5 | 7 | 7 | – | – | – |
| Larynx | 6 | 8 | 10 | 8 | 6 | 8 | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 | – | – | – |
| Myélome multiple | 6 | 3 | 6 | 4 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 5 | 5 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 346 | 296 | 360 | 366 | 344 | 357 | 346 | 376 | 336 | 333 | 317 | 325 | 327 | 519 |
| Sein | 101 | 98 | 88 | 99 | 96 | 107 | 98 | 102 | 98 | 99 | 93 | 101 | 102 | – |
| Côlon et rectum | 44 | 52 | 59 | 53 | 44 | 45 | 44 | 42 | 39 | 38 | 38 | 35 | 72 | 135 |
| Poumon | 44 | 28 | 46 | 56 | 48 | 48 | 42 | 52 | 40 | 38 | 42 | 28 | 56 | 223 |
| Corps de l'utérus | 19 | 18 | 29 | 19 | 16 | 18 | 20 | 26 | 19 | 20 | 17 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 14 | 11 | 12 | 11 | 13 | 14 | 14 | 17 | 13 | 11 | 12 | – | – | – |
| Ovaire | 12 | 8 | 9 | 11 | 15 | 13 | 13 | 13 | 9 | 10 | 12 | – | – | – |
| Mélanome | 10 | 7 | 20 | 13 | 10 | 7 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | – | – | – |
| Thyroïde | 10 | 7 | 8 | 7 | 11 | 9 | 15 | 8 | 9 | 11 | 7 | – | – | – |
| Pancréas | 8 | 3 | 6 | 8 | 9 | 9 | 7 | 8 | 7 | 7 | 8 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 8 | 11 | 6 | 11 | 8 | 7 | 8 | 10 | 8 | 10 | 6 | – | – | – |
| Rein | 8 | 10 | 4 | 10 | 11 | 8 | 8 | 9 | 9 | 8 | 6 | – | – | – |
| Leucémie | 8 | 3 | 11 | 9 | 5 | 9 | 8 | 9 | 10 | 9 | 7 | – | – | – |
| Vessie | 6 | 2 | 3 | 4 | 9 | 9 | 6 | 4 | 7 | 3 | 5 | – | – | – |
| Cavité buccale | 5 | 3 | 9 | 7 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 5 | – | – | – |
| Estomac | 5 | 6 | 7 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | – | – | – |
| Encéphale | 5 | 3 | 10 | 6 | 3 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 | – | – | – |
| Myélome multiple | 4 | 1 | 6 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | – | – | – |

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

¹ 2000 pour le Canada, le Québec, 2001 pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 1997-2001 pour le Yukon, les territoires du Nord-Ouest, le Nunavut.

Note : Les taux d'incidence ne comprennent pas les cancers cutanés sans mélanome et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Modifié en novembre 2001.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Tableau A5

Données réelles sur la mortalité pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 2000¹

| | Décès | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|-----------|-----------|
| | Canada | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. | Yn.T.N.-O. | Nt. | |
| Hommes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 33 400 | 650 | 170 | 1 250 | 930 | 9 100 | 12 200 | 1 400 | 1 150 | 2 500 | 4 000 | 20 | 20 | 15 |
| Poumon | 9 700 | 190 | 55 | 390 | 340 | 3 000 | 3 200 | 370 | 280 | 630 | 1 100 | 10 | 5 | 5 |
| Côlon et rectum | 4 200 | 110 | 25 | 160 | 100 | 1 100 | 1 600 | 180 | 140 | 280 | 500 | – | 5 | – |
| Prostate | 3 700 | 70 | 20 | 140 | 100 | 820 | 1 350 | 180 | 230 | 350 | 470 | – | – | – |
| Pancréas | 1 500 | 20 | 10 | 50 | 40 | 420 | 540 | 65 | 40 | 120 | 200 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 350 | 10 | 5 | 50 | 40 | 320 | 510 | 65 | 45 | 110 | 180 | – | – | – |
| Estomac | 1 200 | 40 | 5 | 45 | 20 | 360 | 420 | 45 | 35 | 90 | 140 | – | – | – |
| Leucémie | 1 200 | 15 | 5 | 40 | 30 | 260 | 490 | 50 | 50 | 100 | 160 | – | – | – |
| Vessie | 1 100 | 30 | 5 | 35 | 30 | 250 | 430 | 40 | 40 | 95 | 120 | – | – | – |
| Encéphale | 900 | 20 | – | 30 | 20 | 270 | 320 | 30 | 30 | 70 | 100 | – | – | – |
| Rein | 810 | 10 | 5 | 25 | 20 | 180 | 300 | 60 | 30 | 75 | 95 | – | – | – |
| Cavité buccale | 590 | 15 | 5 | 35 | 15 | 160 | 240 | 15 | 15 | 35 | 70 | – | – | – |
| Myélome multiple | 580 | 10 | – | 25 | 20 | 130 | 210 | 35 | 25 | 45 | 75 | – | – | – |
| Mélanome | 430 | 5 | – | 10 | 10 | 85 | 200 | 15 | 10 | 30 | 60 | – | – | – |
| Larynx | 420 | 5 | – | 15 | 15 | 140 | 150 | 15 | 15 | 15 | 45 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 29 300 | 510 | 150 | 1 100 | 730 | 7 600 | 11 100 | 1 200 | 1 050 | 2 300 | 3 600 | 15 | 20 | 15 |
| Poumon | 6 500 | 85 | 40 | 230 | 160 | 1 700 | 2 400 | 260 | 220 | 510 | 850 | 5 | 5 | 5 |
| Sein | 4 900 | 90 | 25 | 180 | 130 | 1 250 | 1 950 | 190 | 160 | 330 | 550 | 5 | – | – |
| Côlon et rectum | 3 700 | 75 | 30 | 160 | 90 | 1 000 | 1 400 | 160 | 140 | 240 | 450 | – | 5 | – |
| Pancréas | 1 600 | 20 | 10 | 65 | 45 | 430 | 580 | 45 | 60 | 110 | 220 | – | – | – |
| Ovaire | 1 400 | 20 | 5 | 50 | 35 | 300 | 550 | 55 | 60 | 110 | 220 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 1 200 | 15 | – | 40 | 35 | 320 | 440 | 40 | 50 | 95 | 150 | – | – | – |
| Leucémie | 860 | 10 | 5 | 25 | 20 | 210 | 330 | 40 | 45 | 85 | 90 | – | – | – |
| Estomac | 790 | 30 | 5 | 35 | 20 | 220 | 270 | 25 | 30 | 70 | 85 | – | – | – |
| Corps de l'utérus | 640 | 5 | – | 20 | 20 | 170 | 250 | 20 | 20 | 60 | 70 | – | – | – |
| Encéphale | 640 | 10 | 5 | 20 | 15 | 180 | 230 | 25 | 25 | 55 | 65 | – | – | – |
| Myélome multiple | 530 | 10 | – | 20 | 10 | 130 | 210 | 25 | 20 | 40 | 70 | – | – | – |
| Rein | 520 | 15 | – | 20 | 15 | 140 | 180 | 30 | 30 | 40 | 60 | – | – | – |
| Vessie | 440 | 10 | – | 10 | 10 | 100 | 180 | 15 | 10 | 45 | 55 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 400 | 10 | – | 20 | 10 | 80 | 160 | 15 | 20 | 35 | 50 | – | – | – |
| Cavité buccale | 310 | – | – | 10 | 5 | 75 | 120 | 20 | 10 | 20 | 45 | – | – | – |
| Mélanome | 280 | 5 | – | 5 | 5 | 45 | 130 | 15 | 10 | 25 | 40 | – | – | – |

– Moins de 3 décès

¹ Moyenne de 1997-2001 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut

Note : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé, et une moyenne est utilisée pour les territoires.

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

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

Tableau A6

Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer, selon le sexe et la région, Canada, 2000¹

| | Taux pour 100 000 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Canada | T.-N. | Î.-P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qc | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. | Yn. | T.N.-O. | Nt. |
| Hommes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 225 | 250 | 240 | 261 | 245 | 259 | 217 | 238 | 203 | 203 | 189 | 235 | 235 | 360 |
| Poumon | 64 | 71 | 81 | 81 | 88 | 84 | 57 | 63 | 50 | 51 | 52 | 97 | 78 | 158 |
| Côlon et rectum | 28 | 43 | 32 | 32 | 27 | 32 | 28 | 31 | 25 | 23 | 24 | – | 42 | – |
| Prostate | 27 | 28 | 30 | 31 | 27 | 26 | 25 | 29 | 38 | 30 | 23 | – | – | – |
| Pancréas | 10 | 8 | 14 | 11 | 11 | 12 | 9 | 11 | 7 | 9 | 10 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 9 | 4 | 10 | 10 | 10 | 9 | 9 | 11 | 8 | 8 | 9 | – | – | – |
| Estomac | 8 | 15 | 5 | 10 | 5 | 10 | 8 | 7 | 6 | 8 | 7 | – | – | – |
| Vessie | 8 | 13 | 6 | 8 | 9 | 8 | 8 | 7 | 7 | 8 | 6 | – | – | – |
| Leucémie | 8 | 6 | 7 | 8 | 7 | 7 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | – | – | – |
| Encéphale | 6 | 7 | – | 6 | 4 | 7 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | – | – | – |
| Rein | 5 | 4 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 10 | 5 | 6 | 4 | – | – | – |
| Cavité buccale | 4 | 5 | 4 | 7 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | – | – | – |
| Myélome multiple | 4 | 5 | – | 5 | 5 | 4 | 4 | 6 | 4 | 4 | 4 | – | – | – |
| Larynx | 3 | 3 | – | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | – | – | – |
| Mélanome | 3 | 1 | – | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | – | – | – |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | |
| Tous les cancers | 149 | 161 | 152 | 163 | 147 | 155 | 150 | 150 | 151 | 146 | 136 | 176 | 203 | 314 |
| Poumon | 34 | 28 | 47 | 36 | 33 | 36 | 33 | 35 | 33 | 34 | 34 | 40 | 39 | 181 |
| Sein | 25 | 28 | 24 | 28 | 26 | 26 | 26 | 25 | 24 | 22 | 21 | 34 | – | – |
| Côlon et rectum | 18 | 23 | 28 | 23 | 17 | 19 | 18 | 18 | 17 | 15 | 16 | – | 41 | – |
| Pancréas | 8 | 6 | 7 | 10 | 9 | 9 | 8 | 6 | 8 | 7 | 8 | – | – | – |
| Ovaire | 7 | 6 | 5 | 8 | 8 | 6 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 | – | – | – |
| Lymphomes non hodgkiniens | 6 | 5 | – | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 7 | 6 | 5 | – | – | – |
| Estomac | 4 | 10 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | – | – | – |
| Encéphale | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | – | – | – |
| Leucémie | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | – | – | – |
| Corps de l'utérus | 3 | 2 | – | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | – | – | – |
| Myélome multiple | 3 | 3 | – | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | – | – | – |
| Rein | 3 | 5 | – | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | – | – | – |
| Cavité buccale | 2 | – | – | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | – | – | – |
| Col de l'utérus | 2 | 3 | – | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | – | – | – |
| Vessie | 2 | 3 | – | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | – | – | – |
| Mélanome | 1 | 1 | – | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | – | – | – |

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

¹ Moyenne de 1997-2001 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut

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

Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMC, Santé Canada

Sources et traitement des données

Les données réelles sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer utilisées pour préparer la présente monographie proviennent de trois sources, à savoir les fichiers de données sur la mortalité (1950 à 2000),¹⁸ le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969 à 1991) et le Registre canadien du cancer (RCC, 1992 à 2001)¹. Ces bases de données sont toutes tenues à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada.

Nous avons obtenu de Santé Canada les données réelles sur l'incidence et la mortalité pour l'ensemble des provinces et territoires pour la période de 1969 à 2000. Les données sur les nouveaux cas étaient disponibles pour toutes les provinces et les territoires sauf celles du Québec pour l'année 2001.

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

Les chiffres de population pour le Canada, les provinces et les territoires ont été tirés d'estimations intercensitaires pour la période de 1971 à 1996,^{19,20} d'estimations postcensitaires pour la période de 1997 à 2002²⁰ et du scénario 2 des projections de la population pour 2003 et 2004.²⁰ Les estimations démographiques de 1971 à 2002 et les projections démographiques incluent les résidents non permanents. En outre, des corrections ont été faites pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour au pays, et la date de référence pour les estimations annuelles est désormais le 1^{er} juillet plutôt que le 1^{er} juin. Les projections sont fondées sur les hypothèses d'accroissement démographique naturel, d'immigration et de migration interne, qui correspondent le mieux à la réalité canadienne. Ces hypothèses sont révisées régulièrement pour tenir compte des changements les plus récents.

Les estimations de l'incidence et de la mortalité en 2004 ont été extrapolées à partir de modèles adaptés à un sous-ensemble des données décrites ci-dessus. Nous avons sélectionné les séries de manière à ce qu'elles commencent en 1986, à la fois pour les données sur l'incidence et celles sur la mortalité. Cette méthode garantit que les estimations de la mortalité et de l'incidence soient cohérentes et qu'elles représentent bien les tendances actuelles. Pour estimer les taux de mortalité, les données pour la période de 1986 à 2000 ont été utilisées; pour les estimations de l'incidence, nous avons eu recours aux données de 1986 à l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles.

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

de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, et de 80 ans et plus. Depuis l'édition de 2003, nous avons calculé et analysé les taux par groupe d'âge de cinq ans : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite jusqu'à 80 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Nous avons calculé les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour chaque siège ou type de cancer en nous fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991. Par contre, pour les éditions antérieures à 1995, le calcul des taux était basé sur la population mondiale type.²¹ La décision de ne plus utiliser cette dernière comme population de référence tient au fait qu'elle représente une population beaucoup plus jeune que la population du Canada en 1991. Par conséquent, les taux estimés normalisés selon l'âge d'avant 1995 ne sont pas comparables avec les estimations ultérieures.

Depuis l'édition 2000 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*, le découpage géographique des Territoires du Nord-Ouest n'est plus le même que dans le passé. Leurs frontières ont été modifiées, ce qui en a réduit la superficie et formé un nouveau territoire, le Nunavut.²²

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

Estimations de l'incidence (nouveaux cas) en 2004

Pour chaque groupe d'âge, siège de cancer et pour chaque sexe, nous avons estimé le nombre de nouveaux cas en adaptant des modèles de régression de Poisson aux valeurs annuelles des provinces et territoires. La régression de Poisson repose sur la prémisse que les dénombrements de l'incidence annuelle sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes, la valeur moyenne étant, dans chaque cas, égale au produit de la taille annuelle de la population et du taux annuel (réel) d'incidence.

La méthodologie utilisée aux fins des projections a été modifiée dans le cadre de l'édition 2003. Dans les éditions antérieures à 2003, un modèle distinct où l'année est la seule variable indépendante a servi à établir les taux d'incidence bruts pour chaque province et territoire, chaque groupe d'âge, siège de cancer et chaque sexe. La nouvelle méthodologie prévoit un facteur à 18 niveaux pour l'âge, et l'inclusion des paramètres relatifs aux tendances a été déterminée au moyen de l'algorithme de sélection progressive disponible dans le logiciel S-plus 2000. Les estimations pour 2004 ont été obtenues en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les

projections démographiques pour la même année. Comme nous disposions de séries de données plus longues pour certaines provinces que pour d'autres, nous avons calculé les estimations pour le Canada en additionnant les estimations obtenues pour les provinces et territoires.

Parfois, lorsque les données initiales indiquaient de fortes fluctuations, le modèle choisi n'a pas permis d'obtenir des résultats suffisamment précis. Nous avons alors estimé les nouveaux cas pour 2004 (après avoir consulté les provinces et les territoires) en nous fondant sur une moyenne sur cinq ans des données les plus récentes disponibles : Terre Neuve-et-Labrador (prostate chez l'homme; ovaire chez la femme); Île-du-Prince-Édouard (prostate chez l'homme; poumon chez la femme); Nouvelle-Écosse (prostate, lymphome non hodgkinien chez l'homme; vessie, poumon chez la femme); Nouveau-Brunswick (rein, leucémie, mélanome, chez l'homme; mélanome, col de l'utérus, colorectal, poumon chez la femme); Ontario (prostate chez l'homme); Manitoba (rein, prostate, lymphome non hodgkinien chez l'homme; rein, mélanome, leucémie chez la femme); et Saskatchewan (mélanome, prostate chez l'homme; poumon chez la femme).

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

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée cette année, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cette observation des taux sommaires ne s'applique pas aux taux selon l'âge. Depuis 1981, les taux selon l'âge au Canada chez les hommes de moins de 40 ans ont révélé peu de changements et n'ont signalé aucune tendance; chez les 40 à 59 ans, une tendance à la hausse marquée a débuté autour de 1991, et n'a pas encore changé de cap; chez les 60 à 74 ans, les taux suivent les tendances des taux normalisés selon l'âge depuis 1991; et chez les hommes de plus de 75 ans, la brève montée des taux du début au milieu des années 90 a été suivie d'une baisse abrupte pour atteindre les niveaux de 1981 ou plus bas. Par conséquent, les projections des taux selon l'âge basées sur le modèle de régression de Poisson adapté aux données obtenues entre 1981 et 1989 ont été abandonnées en faveur des modèles de régression de Poisson adaptés aux données de 1991 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données sur l'incidence étaient disponibles (2000 pour le Québec, sinon 2001). Le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et la Colombie-Britannique sont les provinces pour lesquelles cette méthodologie a été appliquée.

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

Estimations de la mortalité (décès) en 2004

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

Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avons utilisé les codes 153-154 de la CIM-9 dans les versions du présent document publiées avant 2003, par souci d'uniformité avec les autres publications. Cependant, cette mesure donne une sous-estimation d'environ 10 % de la mortalité par cancer du côlon et du rectum, parce que la plupart des décès enregistrés sous le code 159.0 (tractus intestinal, partie non précisée) du CIM-9 sont des cas de cancer colorectal. Depuis l'édition de 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les chiffres de la mortalité par cancer colorectal reflètent une augmentation importante par rapport aux chiffres publiés avant ce changement.

Dans les cas où les données originales présentent d'importantes fluctuations, le modèle n'a pas pu fournir des résultats avec une précision satisfaisante. Pour ces exceptions, le nombre de décès pour 2004 a été calculé (à la suite de consultations avec les provinces et les territoires) en utilisant une moyenne quinquennale des données les plus récentes : Île-du-Prince-Édouard (tous les cancers, prostate chez l'homme; lymphome non hodgkinien, poumon chez la femme); Nouvelle-Écosse (poumon chez la femme); Nouveau-Brunswick (tous les cancers, poumon chez l'homme; poumon chez la femme); Manitoba (lymphome non hodgkinien chez l'homme); Saskatchewan (prostate, rein chez l'homme; poumon chez la femme).

Estimation des taux d'incidence (TINA) et de mortalité (TMNA) normalisés selon l'âge en 2004

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

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

annuels normalisés selon l'âge en 2004 à partir des taux d'incidence réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacun des cas expliqués précédemment dans la section « Estimation de l'incidence ». Nous avons également estimé les taux annuels de mortalité normalisés selon l'âge en 2004 à partir des taux de mortalité réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacune des régions et des sièges ou types de cancer combinés présentés dans la section « Estimations de la mortalité ».

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

Exactitude et précision des estimations

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

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

Les estimations de l'incidence et de la mortalité ont été arrondies comme suit : au nombre le plus près comportant le chiffre 5 pour les dénombrements de 0 à 99; à la dizaine près pour les dénombrements de 100 à 999; à la cinquième dizaine (50) la plus près pour les dénombrements de 1 000 à 1 999; et à la centaine près pour les dénombrements de 2 000 et plus. Les pourcentages et les taux normalisés et spécifiques selon l'âge ont été arrondis à la dizaine près sauf dans les tableaux 4 et 6 et les tableaux A4 et A6 de l'annexe où ils ont été arrondis au nombre entier le plus près

en raison de contraintes d'espace. Les dénombrements/taux selon l'âge et selon le sexe sont combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tous ces écarts doivent toutefois se situer à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

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

La variation annuelle moyenne en pourcentage a été calculée pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle fondé sur l'hypothèse que le taux de variation des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge est constant, autrement dit en appliquant un modèle linéaire à ces taux normalisés selon l'âge après transformation logarithmique. Puis, nous avons de nouveau transformé la pente estimée au moyen de cet ajustement pour obtenir un pourcentage d'augmentation ou de diminution. Nous nous sommes servis des données de 1993 à 2000 pour l'incidence et la mortalité. Ces séries sont suffisamment longues pour produire des estimations de la variation annuelle moyenne en pourcentage à la fois fiables et à jour.

Estimations de l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome en 2004 au Canada

Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic des cancers cutanés sans mélanome (carcinome basocellulaire et squameux). On croit toutefois qu'il y a une certaine sous-déclaration des cancers cutanés sans mélanome. Pour produire une estimation minimale du nombre de cas au Canada dans son ensemble, nous avons appliqué les taux d'incidence selon l'âge et selon le sexe en Colombie-Britannique pour la période de 1985 à 1994 (pour des groupes d'âge de 20 ans), aux estimations démographiques et à l'année courante pour l'ensemble du Canada. En Colombie-Britannique, une étude spéciale sur les cancers cutanés sans mélanome a porté sur cette période.

Probabilité d'être atteint ou de mourir du cancer

Les probabilités ont été calculées d'après les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer, selon l'âge et le sexe, enregistrés au Canada en 2000, et d'après les taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 1998 à 2000. La méthodologie employée est celle de Zdeb²³ et de Seidman et coll.²⁴ Les méthodes utilisées pour établir les tables de mortalité se fondent sur l'hypothèse que l'incidence du cancer observée pour différents groupes d'âge durant une période donnée sera toujours valable plus tard dans la vie des personnes. Toutefois, comme ces taux peuvent ne pas correspondre à ceux qui ont cours au moment où les sujets atteignent un certain âge, les probabilités devraient être considérées uniquement comme des approximations des taux réels.

La probabilité de mourir du cancer correspond à la proportion de personnes emportées par le cancer dans une cohorte soumise aux conditions de mortalité qui existaient pour la population dans son ensemble en 2000. Nous avons calculé l'indicateur en déterminant la proportion de décès attribués aux différentes formes de cancer pour

chaque sexe et groupe d'âge, en multipliant cette proportion par le nombre correspondant de décès tirés de la table de mortalité, en additionnant les nombres de décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge afin d'obtenir la probabilité de décès attribuable à chaque cause.

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

Les figures 3.1 et 3.2 illustrent les déterminants de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, respectivement. Les trois séries de données représentées par chaque courbe sont basées sur des données de l'année de référence, soit 1971. La courbe supérieure rend compte des dénombrements réels ou prévus. La courbe intermédiaire reflète une estimation de l'incidence du cancer ou des décès si la répartition des âges de 1971 n'avait pas évolué au fil des ans. La courbe inférieure représente une estimation du nombre prévu de cas/décès si la taille et la répartition de la population de 1971 étaient demeurées constantes jusqu'à l'année en cours.

En attendant de présenter de façon plus rigoureuse la façon dont ces séries ont été calculées, disons que $P_{i,t}$ représente la population totale de chaque sexe au Canada pour l'année t , où $i = H$ pour hommes ou $i = F$ pour femmes. Autrement dit, $P_{F,1971}$ représente la population féminine totale au Canada en 1971. Ensuite, $TNA_{i,t}$ représente le taux d'incidence/mortalité normalisé selon l'âge pour tous les cancers et pour chaque sexe, la population de référence étant la population canadienne de 1971 du sexe correspondant à i , qui est soit $i = H$ pour hommes ou $i = F$ pour femmes. Par exemple, $TNA_{F,2001}$ est le taux normalisé selon l'âge pour les Canadiennes en l'an 2001.

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

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

Série inférieure : Population totale de 1971 multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année t ou, en symboles, $P_{i,1971}TNA_{i,t}$.

Niveau de référence : Nombre observé de cas de cancer ou de décès par cancer dans la population de sexe i survenus en 1971.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur a été calculé en déterminant le nombre de décès pour les groupes de moins d'un an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans, ... et de 90 ans et plus au Canada en 2000, et l'espérance de vie au point milieu des groupes d'âge. L'APVP est le nombre total d'années de vie perdues calculées en multipliant, pour chaque groupe d'âge, le nombre de décès par l'espérance de vie des survivants.²⁵

Fraction étiologique du risque

Les estimations de la fraction étiologique du risque ont été établies en combinant les données sur la mortalité, la consommation du tabac et les estimations du risque relatif selon le sexe, l'âge et la maladie. L'estimation de la consommation du tabac a été établie à partir de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada,²⁶ tandis que les

estimations du risque relatif ont été établies au moyen du programme SAMMEC II.²⁷ Par conséquent, la mortalité attribuable à la consommation du tabac a été calculée²⁸ pour les types de maladies qui comportent un risque relatif élevé se situant à l'intérieur de l'intervalle de variation pour la maladie. Le taux de mortalité attribuable à la consommation du tabac s'entend du produit de la fraction attribuable à la consommation du tabac (FAT) et du nombre de décès selon le sexe, l'âge et le type de maladie. Le calcul de cette fraction a été fait selon la formule suivante :

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

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

Prévalence

La prévalence du cancer chez les Canadiens a été évaluée selon le siège ou le type de cancer à la lumière des diagnostics posés dans les 15 années précédant l'année cible. Les données sur l'incidence du cancer proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer (avant 1992) et du Registre du cancer du Canada (1992-2001), et les données sur la survie proviennent de la Division de la gestion de l'information de la Saskatchewan Cancer Agency. Pour chaque siège ou type de cancer, les données ont été ventilées selon le mois du diagnostic, l'âge lors du diagnostic et le sexe. Nous avons ensuite multiplié le taux brut de survie selon l'âge par le nombre de cas pour établir les prévisions quant à la prévalence. Les estimations par strate ont été combinées pour chaque siège ou type de cancer.

Les taux de survie sont basés sur les données du Saskatchewan Cancer Registry. Les données ont d'abord été stratifiées selon le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 34 ans, de 35 à 64 ans et de 65 ans et plus, puis les taux de survie mensuels ont été calculés à partir des tables de mortalité utilisées dans la version 8.1 du SAS. Ces estimations se fondent sur les cas diagnostiqués entre le début de 1986 et la fin de 2001, un suivi ayant été effectué jusqu'à la fin de 2002.

Les données nationales annuelles sur l'incidence du cancer ont été stratifiées selon l'année du diagnostic, le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 1 an, 2 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite, par groupes d'âge de cinq ans jusqu'au groupe de 85 ans et plus. Ces données ont ensuite été réparties également sur chaque mois de l'année en divisant par 12 le nombre de cas dans chaque strate. Compte tenu d'un nombre maximal de 15 années de survie, la prévalence pour 2001 a été estimée en multipliant le taux de survie brut par le nombre de cas correspondant. Les estimations tenaient compte d'un nombre maximal de 15 années de survie, lequel est très semblable à la prévalence à vie, et elles comportaient l'utilisation des estimations de la survie dans la mesure où elles étaient fiables.

ANNEXE III – SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

Les sujets suivants, entre autres, ont été examinés au cours des dernières années :

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

1. Statistique Canada. *Les statistiques sur le cancer*. Ottawa : Division de la statistique de la santé, n° Catalogue 82-601-XIF, 2003.
2. Le ND, Marrett LD, Robson DL, Semenciw RM et coll. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et services Canada, 1995. Catalogue H49-6/1-1996, 1995.
3. Hotes J, Wu XC, McLaughlin C et al. (eds.). *Cancer in North America, 1996-2000. Volume one: incidence, volume two: mortality*. Sacramento, CA: North American Association of Central Cancer Registries, May 2003.
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. (éds.). *Cancer incidence in five continents. Volume VIII*. Lyon: Publication scientifique du CIRC no 155, Centre international de recherche sur le cancer, 2002.
5. Brisson J, Major D, Pelletier E. *Évaluation de l'exhaustivité du fichier des tumeurs du Québec*. Institut national de la santé publique du Québec, 2003.
6. Stephens M, Siroonian J. *L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire*. Rapports sur la santé 1998;9:31-8.
7. Levy IG. Prostate cancer: the epidemiologic perspective. Dans : Fradet Y, Myer F, éds. *Canadian Workshop on Screening for Prostate Cancer Proceedings, March 24-27, Quebec City*. Can J Oncol 1994;(4 suppl 1): 4-7.
8. Wingo PA, Landis S, Ries LAG. *An adjustment to the 1997 estimate for new prostate cancer cases*. Cancer 1997;47:239-42.
9. Harris JR, Lippman ME, Veronsei U, Willett WC. *Breast cancer*. N Engl J Med 1992;327(3 parties):319-28, 390-8, 473-80.
10. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. *Reproductive factors and breast cancer*. Epidemiol Rev 1993;15:36-47.
11. Gaudette LA, Gao RN, Wysocki M et coll. *Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995*. Rapports sur la santé 1997;9(1):33-6.
12. Canadian Community Health Survey (CCHS) 2002 (Cycle 1.2). Ottawa: Santé Canada et Statistique Canada, 2002.
13. MacKay EN, Sellers AH. *A statistical survey of leukemia in Ontario and the Ontario Cancer Foundation clinics, 1938-1958*. Can Med Assoc J 1967;96:1626-35.
14. Ries LAG, Smith MA, Gurney JG et coll. (éds.). *Cancer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, SEER Program. NIH Pub. No. 99-4649, 1999.
15. Organisation mondiale de la santé. *International Classification of Diseases for Oncology, 3^e édition*. Genève, 2000.
16. Organisation mondiale de la santé. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10^e révision, volumes 1-3*. Genève, 1992.
17. Capocaccia R, De Angelis R. *Estimating the completeness of prevalence based on cancer registry data*. Stat Med 1997;16:425-40.

REFERENCES

18. Statistique Canada. *Causes de décès*. Ottawa: Division de la statistique de la santé, Catalogue 84-208-XIE, 2000.
19. Statistique Canada. *Estimations postcensitaires révisées sur la population et les familles, 1^{er} juillet, 1971-1991*, Ottawa : Division de la démographie, n° 91-537 au catalogue, hors-série, 1994.
20. Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2002*. Ottawa : Division de la démographie, no 91-213-XPB au catalogue, annuel, 2003.
21. Parkin DM, Miur CS, Whelan SL, Gao Y et coll. (éds). *Cancer incidence in five continents. Volume VII*. Lyon: Publication scientifique du CIRC no 143, Centre international de recherche sur le cancer, 1997.
22. Statistique Canada. *Classification géographique (CGT) supplément – Nunavut*. Ottawa : Division de la géographie, 1997.
23. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
24. Seidman H, Silverberg BS, Bodden A. *Probabilities of eventually developing and dying of cancer. Risk among persons previously undiagnosed with cancer*. CA -A Cancer Journal for Clinicians 1978;28:33-46.
25. Peron Y, Stromenger C. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*. Ottawa : Statistique Canada, n° 82-543F au catalogue, 1985:182-189, 155-157.
26. Statistique Canada. *Enquête sociale générale, cycle 11*. Ottawa, 1996.
27. Shultz JM, Novotny TE, Rice DP. *Quantifying the disease impact of cigarette smoking with Sammec II software*. Public Health Rep 1991;106(3):326-33.
28. Illing EM, Kaiserman MJ. *Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991*. Can J Public Health 1995;86(4):257-65.

Sujet particulier : variations internationales dans l'incidence du cancer

1. Centre international de recherche sur le cancer. *Cancer incidence in five continents*, volume VIII. Lyon : CIRC, 2002.
- 2.. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, Version 1.0*. CIRC CancerBase No. 5. Lyon : CIRC, 2001.
3. Hsing AW, Devesa SS. *Trends and patterns of prostate cancer: What do they suggest?* Epidemiol Rev 2001;23:3-13.
4. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. *Food and nutrition and cancer prevention: a global perspective*. Washington DC : World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 1997.
5. Stewart BW, Kleihues P, éds. *World cancer report*. Lyon : CIRC, 2003.

Sujet particulier : répercussions économiques du cancer

1. Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa : Santé Canada, 2002.
2. Wigle DT, Mao Y, Wong T, Lane R. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986. Maladies chroniques au Canada* 1991;12(suppl 3).
3. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clark K. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa: Association canadienne de santé publique.

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Veuillez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires sur le contenu de ce rapport serviront à préparer les éditions futures. Pour nous aider dans notre planification, nous vous saurions gré de bien vouloir remplir le présent formulaire et de nous le retourner, d'ici le 31 août 2004, à l'adresse suivante :

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

Il nous fera toutefois plaisir de traiter votre formulaire, dûment rempli, dès qu'il nous parviendra.

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des Statistiques canadiennes sur le cancer 2004.

| | Pas utile | Un peu utile | Très utile |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Faits saillants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incidence et mortalité actuelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Répartition géographique du cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tendances de l'incidence et de la mortalité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Répartition du cancer selon l'âge et le sexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Années potentielles de vie perdues à cause du cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prévalence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sujets particuliers | | | |
| Variations internationales dans l'incidence du cancer 1993-1997 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Répercussions économiques du cancer au Canada, 1998 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

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

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

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



**Veillez me faire parvenir la prochaine édition de ce rapport (édition de l'an 2005).
En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : _____

Titre : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Des questions sur le cancer?

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

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

DISTRIBUÉ PAR



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society

111-226