



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society



Institut national
du cancer
du Canada

National
Cancer Institute
of Canada



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Statistiques canadiennes sur le cancer 2007

www.cancer.ca

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



Membres du comité directeur

Lorraine Marrett (présidente), PhD

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

Dagny Dryer, MD, FRCPC

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

Heather Logan, RN, BScN, MHSc, CHE

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

Les Mery, MSc

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

Howard Morrison, PhD

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

Brent Schacter, MD, FRCPC

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

Ghislaine Villeneuve, MAP

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

Soutien analytique et statistique

Chris Waters, BSc (Stats)

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

Robert Semenciw, MSc

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

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

« Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada : **Statistiques
canadiennes sur le cancer 2007**, Toronto, Canada, 2007 ».

Avril 2007, ISSN 0835-2976

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

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

This publication is available in English upon request.

Incidence et mortalité actuelles

- ◆ On estime que 159 000 nouveaux cas de cancer et 72 700 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2007.
- ◆ Le nombre total de cas de cancer du poumon (hommes et femmes combinés) dépasse le nombre de cas de cancer de la prostate et le nombre de cas de cancer du sein.
- ◆ Le cancer du poumon demeure la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les deux sexes.
- ◆ Dans l'ensemble, le cancer colorectal constitue la deuxième cause de mortalité par cancer.

Répartition géographique du cancer

- ◆ En général, les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, et plus bas en Colombie-Britannique.
- ◆ De manière générale, les taux d'incidence et de mortalité en Ontario sont inférieurs à la moyenne nationale.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce dernier continuent d'être plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique.

Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

- ◆ L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- ◆ Entre 1994 et 2003, les taux d'incidence ont augmenté de plus de 2 % par année, uniquement en ce qui concerne le mélanome et le cancer du foie chez les hommes et le cancer de la thyroïde chez les deux sexes.
- ◆ Entre 1994 et 2003, les taux d'incidence ont baissé de 2 % ou plus pour le cancer du poumon chez les hommes, les cancers de l'estomac et du larynx chez les deux sexes et le cancer du col de l'utérus chez les femmes.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité due à ce dernier continuent d'augmenter chez les femmes alors qu'ils sont en baisse chez les hommes.
- ◆ Depuis 1994, les taux de mortalité due à tous les cancers combinés et à la plupart des cancers diminuent chez les deux sexes, sauf pour le cancer du poumon chez les femmes et le cancer du foie chez les hommes.
- ◆ Sauf pour le cancer du poumon, les taux de mortalité ont chuté de 20 % chez les femmes depuis 1978.

Répartition des cas selon l'âge et le sexe

- ◆ 44 % des nouveaux cas de cancer et 60 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les sujets de 70 ans et plus.

FAITS SAILLANTS

- ◆ 30 % des nouveaux cas de cancer et 18 % des décès dus à cette maladie surviendront chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen, à une étape de leur vie où ils sont le plus productifs.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer sont en hausse chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans et chez les femmes de 39 ans et moins.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes pendant la période de reproduction, bien que les hommes affichent des taux plus élevés à toutes les autres étapes de la vie.
- ◆ La mortalité diminue chez les hommes à tous les âges et chez les femmes de moins de 70 ans. Ces baisses sont plus rapides chez les enfants et les adolescents (entre 0 et 19 ans).

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

- ◆ D'après les taux d'incidence actuels, 39 % des Canadiennes et 44 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- ◆ D'après les taux de mortalité actuels, 24 % des femmes et 28 % des hommes, soit environ 1 Canadien sur 4, mourront du cancer.

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer

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

Prévalence du cancer en 2003

- ◆ En 2003, 2,5 % des Canadiens et 2,8 % des Canadiennes avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 15 dernières années.
- ◆ Au Canada, 1 % des femmes ont survécu à un cancer du sein diagnostiqué au cours des 15 dernières années, tandis que chez les hommes, 0,8 % ont survécu à un cancer de la prostate diagnostiqué pendant cette même période.

Survie relative à cinq ans des cas de cancer au Canada, 1996-1998

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

Cancer chez les enfants

- ◆ Environ 1 300 enfants canadiens développent un cancer chaque année, mais en raison de l'efficacité du traitement des cancers les plus courants, environ le sixième des cas se soldent par un décès.
- ◆ S'il est vrai que chez les enfants, les taux d'incidence du cancer sont demeurés relativement constants depuis 1985, les taux de mortalité par cancer continuent de chuter.

Cancer du sein

- ◆ Partout dans le monde et au Canada, le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les femmes. Le nombre de Canadiennes chez qui la maladie est diagnostiquée est estimé à 22 000 par an.
- ◆ Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les femmes de moins de 50 ans, de 50 à 69 ans et de 70 ans et plus. C'est aussi la cause la plus répandue de décès par cancer chez les femmes de moins de 50 ans.
- ◆ Depuis 1969, les taux d'incidence et de mortalité diminuent de manière constante chez les femmes de 20 à 39 ans.
- ◆ Après avoir longtemps enregistré des hausses continues chez les femmes de 40 ans et plus, les taux d'incidence ont commencé à se stabiliser, voire à chuter, au cours des années 90.
- ◆ Les taux de mortalité ont diminué dans tous les groupes d'âge combinés et dans chaque groupe d'âge, depuis au moins le milieu des années 90.
- ◆ La survie s'améliore graduellement depuis les années 70, et de manière significative depuis 1989, surtout dans les groupes d'âge où le dépistage est recommandé (50 à 59 ans et 60 à 69 ans).
- ◆ La survie relative au cancer du sein, à la différence de la plupart des autres cancers, continue de diminuer après le diagnostic, passant de 86 % à 5 ans à 70 % à 20 ans.

REMERCIEMENTS

La présente monographie est l'œuvre des membres du Comité directeur, soutenus par l'Institut national du cancer du Canada. Le Comité directeur est responsable des aspects suivants : élaboration du contenu, examen et interprétation des données statistiques et rédaction du texte. Il est formé de représentants de l'Institut national du cancer du Canada, de la Société canadienne du cancer, de l'Agence de santé publique du Canada, de Statistique Canada, du Conseil canadien des registres du cancer, de l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ainsi que de chercheurs du milieu universitaire et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer. La préparation, la production et la distribution de la monographie sont le fruit de l'effort collectif de ces personnes et organismes, qui ont bénéficié de l'appui des sources énumérées ci-après.

Sources de données

- ◆ Le Registre canadien du cancer (RCC), le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC) et les fichiers de données sur la mortalité relèvent de la responsabilité de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Il s'agit des principales sources des données présentées ici (voir l'*Annexe II, Sources et traitement des données*).
 - Les données sur le cancer contenues dans le RCC et le SNDCC viennent des registres provinciaux et territoriaux du cancer. Le personnel de ces registres joue un rôle essentiel sur le plan de l'assurance de la qualité des données.
 - Les données sur la mortalité sont recueillies par les registres provinciaux et territoriaux de l'état civil.
- ◆ La B.C. Cancer Agency, Action Cancer Manitoba et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick ont fourni des estimations concernant le cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). La plupart des registres provinciaux du cancer ne recueillent pas de données sur ces cancers très répandus.

Examen et analyse

- ◆ Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont examiné les estimations relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer avant qu'elles ne soient publiées dans la présente monographie. (Les résultats de leur démarche sont présentés à l'*Annexe II : Estimations de l'incidence pour 2007*).
- ◆ La Division de la surveillance du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) s'est chargée de l'analyse des données dans la plupart des sections. Les figures et les tableaux ont été mis à jour par Bob McRae.
- ◆ La Division de la statistique de la santé de Statistique Canada a fourni les données utilisées dans les tableaux et les figures et réalisé les analyses nécessaires à la section qui traite de la survie relative à cinq ans. La contribution de Larry Ellison à cette section mérite particulièrement d'être soulignée.
- ◆ Michel Beaupré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Ghislaine Villeneuve, de Statistique Canada, ont revu la version française.

Sujet particulier

- ◆ Les registres du cancer de l'Î.-P.-É. et du Nouveau Brunswick ont fourni les données sur le stade et les données relatives à la survie à long terme viennent du Registre du cancer de l'Ontario.
- ◆ C'est à Erin Pichora et à Diane Nishri d'Action Cancer Ontario que l'on doit les analyses de la survie à long terme.
- ◆ Verna Mai, Beth Theis et Michelle Cotterchio d'Action Cancer Ontario ont revu cette section. Nous tenons à souligner la pertinence de leurs observations.

Production et distribution

- ◆ L'Institut national du cancer du Canada et la Société canadienne du cancer ont fourni le soutien administratif en vue de la production, de l'impression et de la distribution du présent rapport. Nous remercions particulièrement M^{me} Monika Dixon pour son apport.

La présente monographie 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 détaillés sur l'incidence des cancers les plus courants et sur la mortalité associée à ces derniers selon l'âge, le sexe, la période et la province ou le territoire. Ces données peuvent susciter de nouveaux travaux de recherche et faciliter la prise de décisions et l'établissement de priorités aux niveaux individuel, communautaire, provincial/territorial et national. La monographie est également consultée par les éducateurs, les médias et les membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

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

Il importe de souligner que les chiffres fournis pour 2007 sont des estimations et non des données réelles. Comme les plus récentes données disponibles sur l'incidence du cancer et les décès attribuables à cette maladie datent toujours de quelques années (on ne dispose actuellement des données nationales que jusqu'en 2003), la monographie présente des estimations pour l'année en cours faites à partir des chiffres passés sur les cancers et les tendances. L'*Annexe II : Méthodologie* renferme des détails concernant les méthodes statistiques, les sources de données et la terminologie utilisées pour établir les projections.

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

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

Le lecteur trouvera aussi des renseignements connexes dans d'autres publications, dont les rapports des registres provinciaux et territoriaux du cancer; *Les statistiques sur le cancer*¹ et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada; *Maladies chroniques au Canada et Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*², de Santé Canada/Agence de santé publique du Canada; une monographie collective intitulée *Cancer in North America, 1999-2003*³, de la North American Association of Central Cancer Registries; et *Cancer Incidence in Five Continents*⁴, du Centre international de recherche sur le cancer.

Les observations et les suggestions des lecteurs ont beaucoup contribué à l'enrichissement de la publication au fil des ans. Le Comité directeur apprécie énormément ces commentaires, notamment ceux concernant les améliorations qu'on pourrait apporter au rapport (la page 119 renferme un *Bon de commande* et un *Formulaire d'évaluation*). Finalement, les lecteurs peuvent s'inscrire sur la liste de distribution pour la publication de l'an prochain en remplissant le *Bon de commande* et le *Formulaire d'évaluation*.

	Page
Incidence et mortalité actuelles	11
Répartition géographique du cancer	18
Tendances de l'incidence et de la mortalité	26
Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe	50
Probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir	57
Années potentielles de vie perdues à cause du cancer	60
Prévalence	64
Survie relative à cinq ans, 1996-1998	66
Cancer chez les enfants et les jeunes	72
Sujet particulier :	
◆ Cancer du sein	76
Glossaire	91
Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès	94
Annexe II : Méthodologie	101
Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années	111
Références	112
Pour en savoir plus sur le cancer	115
Bon de commande et formulaire d'évaluation	119

Tableaux

1. Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2007	15
2. Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2007	21
3. Nombre estimatif de nouveaux cas pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007	22
4. Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007	23
5. Nombre estimatif de décès pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007	24
6. Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007	25
7.1 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1978-2007	42
7.2 Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1978-2007	43

TABLE DES MATIÈRES

8.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1978-2007	44
8.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1978-2007	45
9.	Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité (1994-2003) normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada	47
10.	Répartition de tous les cancers combinés, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007	52
11.	Répartition de certains cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007	53
12.	Probabilité à vie d'être atteint du cancer et d'en mourir, selon l'âge, et probabilité d'être atteint du cancer, selon l'âge, Canada	59
13.	Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 2003	63
14.	Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 2003	65
15.	Rapport de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le siège ou type de cancer et selon le sexe, Canada à l'exclusion du Québec, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998	69
16.	Rapport de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 %, pour les deux sexes combinés et selon la province pour certains cancers, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998	70
17.	Rapport de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le groupe d'âge pour certains cancers, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998, Canada à l'exclusion du Québec	70
18.	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour divers types histologiques chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada, 1999-2003	74
19.	Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge entre 1969 et 2003, pour le cancer du sein chez les femmes selon l'âge au moment du diagnostic, Canada	89
20.	Cancer du sein, femmes, rapport de survie relative à cinq ans, selon le stade, 1994-1997	90
21.	Cancer du sein, femmes, répartition selon le stade, Île-du-Prince-Édouard et Nouveau-Brunswick, 2003-2004	90

Figures

1.1	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, hommes, Canada, 2007	16
1.2	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, femmes, Canada, 2007	17

2.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1978-2007	32
2.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1978-2007	33
3.1	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1978-2007	34
3.2	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1978-2007	35
4.	Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1978-2007	37
5.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1978-2007	38
5.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1978-2007	39
6.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1978-2007	40
6.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1978-2007	41
7.1	Variation en pourcentage du fardeau de l'incidence (nombre total de nouveaux cas) et du risque de décès par cancer (taux d'incidence normalisés selon l'âge) pour certains cancers, Canada, de 1994 à 2003	48
7.2	Variation en pourcentage du fardeau de la mortalité (nombre total de décès) et du risque de décès par cancer (taux de mortalité normalisés selon l'âge) pour certains cancers, Canada, de 1994 à 2003	49
8.	Taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2003	54
9.	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1978-2007	55-56
10.	Causes choisies d'années potentielles de vie perdues (APVP), Canada, 2003	62
11.	Rapport de survie relative à cinq ans (%) selon le cancer, les deux sexes combinés, Canada à l'exclusion du Québec, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998	71
12.	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge associés à certains cancers chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans, Canada, 1985-2007	75
13.1	Taux d'incidence et de mortalité selon l'âge pour le cancer du sein, femmes, Canada, 1999-2003	83

TABLE DES MATIÈRES

13.2	Principaux cancers chez les femmes, pourcentage de nouveaux cas, Canada, 2003	84
13.3	Principales causes de décès dus au cancer chez les femmes, pourcentage de décès, Canada, 2003	85
13.4	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par groupe d'âge, cancer du sein, femmes, Canada, 1969-2007	86
13.5	Évolution des tendances relatives à l'utilisation du traitement adjuvant chez les femmes de 50 à 69 ans atteintes d'un cancer du sein de stade II ou IIIA, avec atteinte des ganglions	87
13.6	Rapport de survie relative à cinq ans (%) (et intervalle de confiance à 95 %) selon l'année du diagnostic, cancer du sein, femmes, cas diagnostiqués, Ontario, entre 1975 et 1999	88
13.7	Rapport de survie relative à cinq ans (%) selon l'âge par période de diagnostic de cinq ans, cancer du sein, femmes, cas diagnostiqués, Ontario, entre 1975 et 1999	88
13.8	Rapport de survie relative (%) selon le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic, cancer du sein, femmes, Ontario	89

Tableaux de l'Annexe I

A1.	Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2003	95
A2.	Données réelles sur les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2003	96
A3.	Données réelles sur l'incidence des cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada	97
A4.	Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente, Canada	98
A5.	Données réelles sur la mortalité pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2003	99
A6.	Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2003	100

L'importance des différents cancers au Canada en 2007 peut se mesurer de deux façons, comme l'indique le tableau 1. L'incidence s'entend du nombre de nouveaux cas d'un cancer donné diagnostiqués durant une année. La mortalité correspond au nombre de décès attribués à un cancer particulier durant l'année. Les fréquences présentées aux tableaux 1 à 11 sont des estimations obtenues par modélisation des tendances relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer, à partir des données sur la population et sur le cancer depuis 1986 (à l'exception du cancer de la prostate; voir les détails à l'*Annexe II*). Ces estimations sont arrondies au 5, 10, 50 ou 100 le plus proche. Les lecteurs qui désirent obtenir les données réelles ou des renseignements sur les sièges ou types de cancer moins courants peuvent consulter les tableaux A1 et A6 de l'*Annexe I* ou les publications de référence^{1,4}.

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

Sources des données

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

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

Bien que les registres provinciaux et territoriaux du cancer s'efforcent, par l'entremise du Conseil canadien des registres du cancer et de son Comité permanent de la qualité des données, d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes de déclaration des cas et le degré d'exhaustivité des données varient encore d'une région à l'autre du pays. C'est particulièrement vrai des cancers de la peau (autres que le mélanome) qui sont fréquents, mais difficiles à enregistrer exhaustivement, car on les traite souvent avec succès sans devoir recourir à l'hospitalisation. **C'est pourquoi tous les tableaux sur l'incidence du cancer de la présente monographie excluent les 69 000 cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) qui surviendront au Canada en 2007.***

* Le nombre de nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome est calculé à partir des estimations fournies par la B.C. Cancer Agency, Action Cancer Manitoba et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Prière de consulter l'*Annexe II : Méthodologie* pour de plus amples détails. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les chiffres avec les estimations antérieures à 2006 en raison d'un changement dans les méthodes de calcul.

Les niveaux d'enregistrement du cancer sont devenus plus comparables d'une région à l'autre du pays, surtout depuis le début des années 80, grâce aux efforts déployés par les registres, qui ont uniformisé leurs méthodes de recherche de cas, en établissant notamment des liens avec les fichiers provinciaux de données sur la mortalité.

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

Bien que les méthodes soient normalisées tant à l'échelle nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui figure sur le certificat de décès est généralement moins précise que celle qu'obtiennent les registres du cancer dans les dossiers des hôpitaux et des services d'anatomopathologie. Ces faits pourraient expliquer en partie le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès classés dans les tableaux sous « tous les autres sièges ou types ». Par ailleurs, les décès dus au cancer qui surviennent une année donnée sont habituellement le résultat de cancers diagnostiqués au cours des années antérieures.

Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, Canada, 2007

On estime que 159 900 nouveaux cas de cancer et 72 700 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2007. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 7 % et de 12 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

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

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les Canadiennes en 2007. On estime en effet que 8 900 décès lui seront attribuables, comparativement à 5 300 pour le cancer du sein. Au cours des trois dernières décennies, on a observé dans la population féminine canadienne une augmentation rapide des taux de mortalité par cancer du poumon, mais une légère diminution des taux de mortalité par cancer du sein normalisés selon l'âge. L'incidence du cancer du poumon chez la femme continue également de progresser. Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon étant estimé à 10 900, celui-ci occupe le deuxième rang chez la femme, juste devant le cancer colorectal qui, avec 9 400 nouveaux cas prévus, vient au troisième rang. Le cancer du sein continue de se classer au premier rang pour l'incidence chez les Canadiennes, le nombre de nouveaux cas s'élevant à un peu plus du double de celui des nouveaux cas de cancer du poumon.

Le cancer de la prostate, dont on estime à 22 300 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comparativement à 12 400 pour le cancer du poumon, demeurera en 2007 le

principal cancer diagnostiqué dans la population masculine canadienne. Les estimations relatives au cancer de la prostate ont été obtenues au moyen d'une variation des méthodes utilisées pour d'autres cancers (voir l'*Annexe II : Méthodologie*). Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez les hommes au Canada en 2007; on estime que 11 000 décès seront causés par ce cancer, nombre qui excède de loin les 4 700 décès attribuables au cancer colorectal, deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. Le cancer de la prostate se classe au troisième rang des causes de mortalité, avec 4 300 décès.

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

Tableau 1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2007

	Nouveaux cas Estimations pour 2007			Décès Estimations pour 2007		
	Total	H	F	Total	H	F
Tous les cancers	159 900	82 700	77 200	72 700	38 400	34 300
Poumon	23 300	12 400	10 900	19 900	11 000	8 900
Sein	22 500	170	22 300	5 400	50	5 300
Prostate	22 300 ²	22 300 ²	–	4 300	4 300	–
Côlon et rectum	20 800	11 400	9 400	8 700	4 700	4 000
Lymphomes non hodgkiniens	6 800	3 700	3 100	3 100	1 700	1 400
Vessie ¹	6 600	5 000	1 700	1 750	1 250	520
Rein	4 900	3 000	1 800	1 650	1 000	620
Mélanome	4 600	2 500	2 100	900	560	340
Leucémie	4 200	2 500	1 750	2 400	1 400	980
Corps de l'utérus	4 100	–	4 100	740	–	740
Thyroïde	3 700	790	2 900	170	65	110
Pancréas	3 600	1 750	1 850	3 600	1 750	1 850
Cavité buccale	3 200	2 100	1 050	1 100	740	360
Estomac	2 800	1 850	1 000	1 850	1 150	730
Encéphale	2 600	1 450	1 150	1 700	980	740
Ovaire	2 400	–	2 400	1 700	–	1 700
Myélome multiple	2 000	1 100	900	1 000	530	470
Oesophage	1 550	1 150	410	1 700	1 300	430
Foie	1 350	1 050	310	670	510	150
Col de l'utérus	1 350	–	1 350	390	–	390
Larynx	1 150	950	220	510	420	90
Maladie de Hodgkin	880	480	400	120	65	50
Testicule	830	830	–	30	30	–
Tous les autres sièges	12 300	6 300	6 000	9 300	4 900	4 400

– Sans objet

¹ L'augmentation marquée de l'incidence du cancer de la vessie, par rapport aux années antérieures, s'explique par la décision d'inclure dans les données les cancers *in situ* (en excluant l'Ontario) depuis 2006. Voir les données sur le cancer *in situ* de la vessie en Ontario dans le tableau A3.

² Nos estimations du nombre de cas de cancer de la prostate reposent sur une moyenne sur cinq ans.

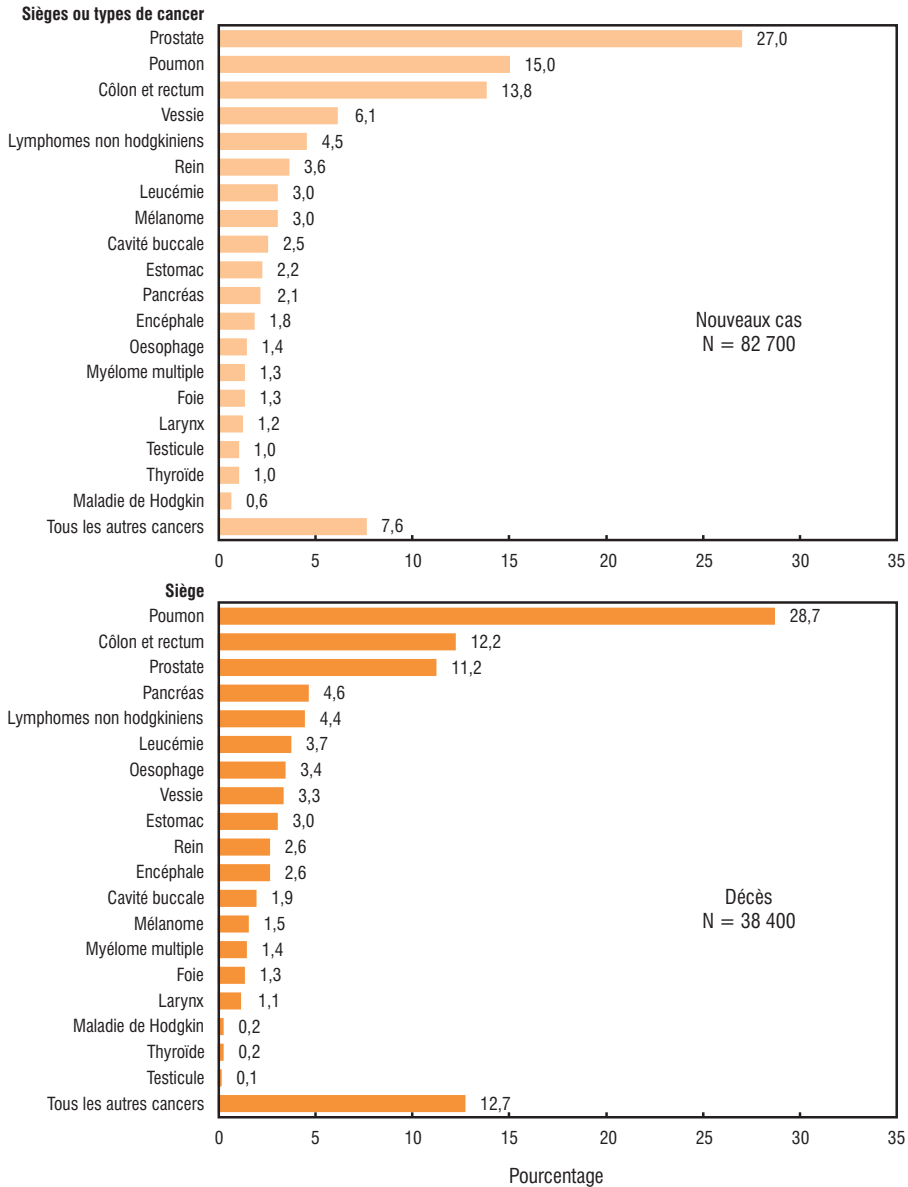
Nota : Les données sur l'incidence excluent les 69 000 nouveaux cas estimés de cancer cutané autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 220 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau (CIM-10, code C44). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, consulter l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, hommes, Canada, 2007

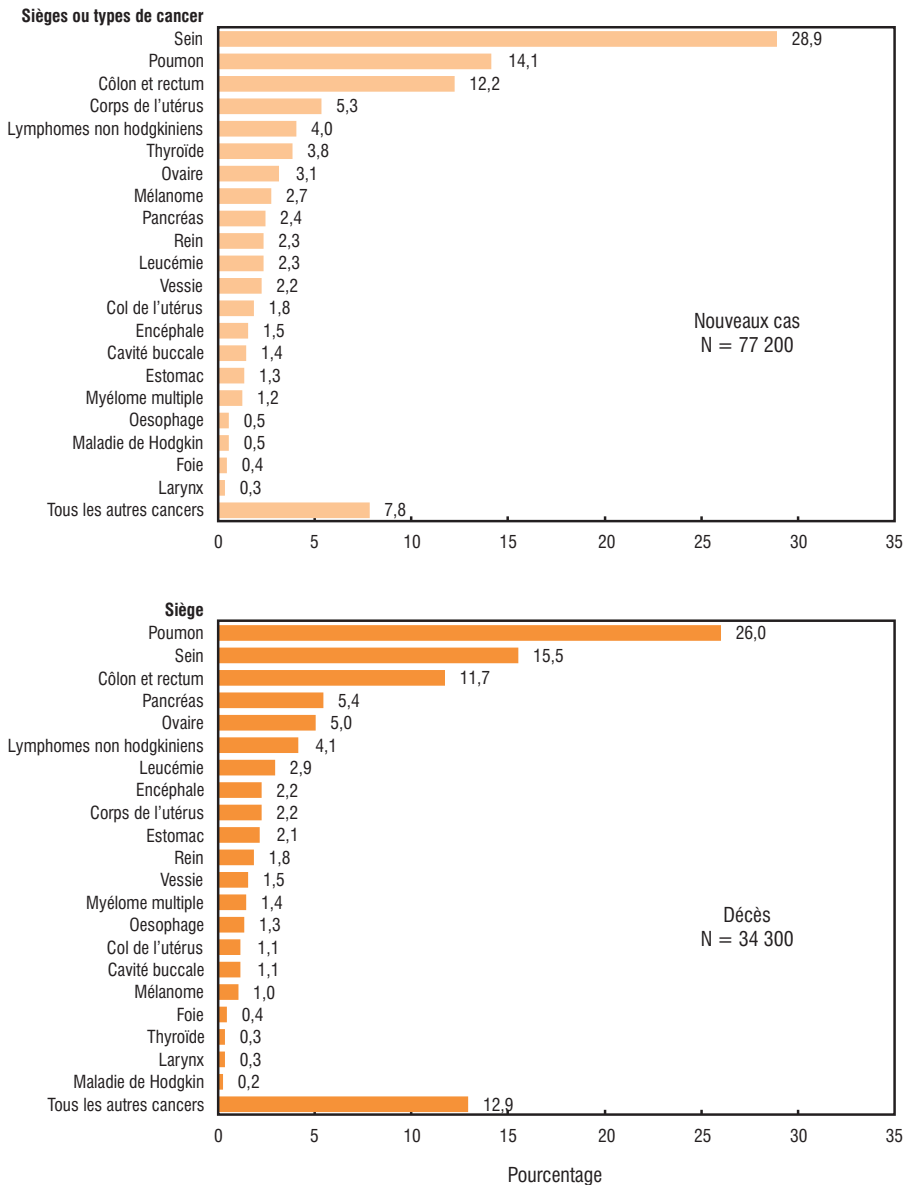


Nota : Les données sur l'incidence excluent les 69 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) chez les deux sexes combinés. Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 220 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau chez les deux sexes

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

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimatifs pour certains cancers, femmes, Canada, 2007



Nota : Les données sur l'incidence excluent les 69 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) chez les deux sexes combinés. Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 220 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau chez les deux sexes.

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

Le tableau 2 contient des projections de la population ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous cancers confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2007. Les tableaux 3 et 4 présentent des estimations du nombre de nouveaux cas et des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour chacun des cancers les plus courants, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2007. Les estimations des taux normalisés selon l'âge tiennent compte des différences dans la répartition par âge de la population selon les provinces et les territoires, ce qui facilite les comparaisons interprovinciales. De même, les tableaux 5 et 6 renferment des estimations du nombre de décès et des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour chacun des cancers les plus courants, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2007. Le calcul des taux normalisés selon l'âge à l'aide de la population canadienne de 1991 comme référence est décrit dans le *Glossaire* et, de manière plus détaillée, à l'*Annexe II : Méthodologie*. Il a fallu faire des ajustements pour le nombre estimatif de nouveaux cas dans la plupart des provinces et territoires. Les tableaux A3 à A6 de l'*Annexe I* fournissent les données réelles les plus récentes pour chaque province et territoire.

Pour certains cancers (p. ex., cancer du sein), les taux d'incidence enregistrés paraissent assez uniformes d'une province ou d'un territoire à l'autre, tandis que pour d'autres (p. ex., cancer de la prostate ou du poumon), les variations semblent plus importantes. Dans l'ensemble, les taux de mortalité par cancer sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique. Une tendance similaire a été observée pour l'incidence, après prise en compte du sous-dénombrement à Terre-Neuve-et-Labrador et exclusion du cancer de la prostate (pour lequel les écarts entre les provinces sont considérables en raison de différences dans le dosage de l'APS à des fins de dépistage).

L'examen des données provinciales et territoriales relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité due au cancer (nombres et taux) peut fournir des renseignements utiles pour la recherche, la synthèse des connaissances, la planification et la prise de décisions à l'échelle provinciale ou territoriale. Par conséquent, ces données intéresseront les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs. Elles serviront inévitablement à l'établissement de comparaisons interprovinciales.

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

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

Premièrement, en raison de la rareté de certaines formes de cancer, le nombre de cas qui se manifestent dans une province ou un territoire durant une année est parfois si

petit que les estimations résultantes peuvent ne pas être fiables et varier considérablement d'une année à l'autre.

Deuxièmement, la corrélation entre l'incidence d'une maladie et la prévalence des facteurs de risque dans une région particulière peut induire en erreur. Pour prouver qu'il existe une association causale entre un facteur de risque et une maladie, il faut étudier les cas particuliers de façon plus approfondie.

Troisièmement, dans le cas de nombreux cancers, l'intervalle entre l'exposition à un facteur de risque et la manifestation de la maladie est long. Par ailleurs, l'information sur la prévalence des facteurs de risque durant les décennies antérieures est souvent insuffisante.

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

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

Malgré ces mises en garde, il faut mentionner que le Canada est l'un des rares pays où les tendances relatives au cancer peuvent être surveillées dans toute la population. Les registres provinciaux/territoriaux et le registre national du cancer constituent des ressources importantes qui permettent de comparer les données et, partant, de formuler des hypothèses qui justifieront des enquêtes plus poussées. Les facteurs à l'origine de ces différences réelles ne sont pas bien cernés, mais pourraient comprendre la détection précoce du cancer grâce à des programmes de dépistage bien établis dans la population, des traitements améliorés ou plus accessibles dans certaines régions, la

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

concentration de facteurs de risque dans une province ou une région et la fréquence plus grande d'un facteur de risque dans une population (p. ex., taux historiques de tabagisme plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique). Les résultats des études épidémiologiques ultérieures qui démontreront des associations causales ou des différences réelles dans le risque de cancer pourront être utilisés pour la planification de programmes de lutte contre le cancer ayant pour objet de réduire le fardeau de cette maladie en répondant à des besoins non comblés.

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

Tableau 2

Population estimative et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, Canada, 2007

	Population (en milliers) Estimations pour 2007 ¹			Nouveaux cas Estimations pour 2007 ²			Décès Estimations pour 2007		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
Canada	32 822	16 251	16 571	159 900	82 700	77 200	72 700	38 400	34 300
Terre-Neuve-et-Labrador*	515	252	262	2 400	1 300	1 100	1 350	760	600
Île-du-Prince-Édouard	139	68	71	820	430	380	340	180	160
Nouvelle-Écosse	941	461	480	5 600	3 000	2 600	2 600	1 400	1 200
Nouveau-Brunswick	754	372	382	4 200	2 200	1 950	1 950	1 050	870
Québec	7 684	3 795	3 889	41 000	20 900	20 100	19 500	10 400	9 100
Ontario	12 822	6 329	6 493	59 500	30 300	29 200	26 900	14 000	12 900
Manitoba	1 189	591	598	6 000	3 100	2 900	2 700	1 400	1 300
Saskatchewan	989	491	498	5 000	2 700	2 300	2 400	1 300	1 100
Alberta	3 333	1 682	1 650	14 500	7 700	6 800	5 800	3 000	2 800
Colombie-Britannique	4 351	2 156	2 195	20 600	10 900	9 700	9 000	4 700	4 300
Yukon	31	16	15	110	60	50	60	35	25
Territoires-du-Nord-Ouest	44	23	21	100	50	50	60	30	30
Nunavut	30	16	15	65	30	35	40	20	20

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2007; voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

¹ Les projections de la population pour 2007 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

² Les chiffres ne tiennent pas compte des cancers cutanés autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 3

Nombre estimatif de nouveaux cas pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007

	Nouveaux cas										
	Canada ¹	T.-N.-L.*	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	82 700	1 300	430	3 000	2 200	20 900	30 300	3 100	2 700	7 700	10 900
Prostate	22 300	350	140	780	580	4 200*	8 900	780	870	2 400	3 200
Poumon	12 400	170	65	490	400	4 200	4 000	430	350	910	1 400
Côlon et rectum	11 400	260	55	440	270	3 000	4 200	430	360	950	1 400
Vessie**	5 000	85	25	210	150	1 600	1 250	200	180	450	780
Lymphomes non hodgkiniens	3 700	40	20	130	100	860	1 400	150	120	320	530
Rein	3 000	40	15	120	95	780	1 200	120	90	260	320
Mélanome	2 500	45	15	120	60	310	1 100	70	55	260	420
Leucémie	2 500	20	15	70	55	590	990	90	100	270	310
Cavité buccale	2 100	50	5	90	60	540	800	100	60	170	270
Estomac	1 850	45	10	60	50	470	680	80	50	150	230
Pancréas	1 750	10	10	60	60	510	580	70	55	150	240
Encéphale	1 450	30	5	45	35	380	540	45	40	130	180
Oesophage	1 150	15	5	50	30	250	440	35	30	110	170
Myélome multiple	1 100	10	5	30	25	280	440	40	30	85	140
Foie	1 050	10	–	15	10	260	390	25	15	110	190
Femmes											
Tous les cancers	77 200	1 100	380	2 600	1 950	20 100	29 200	2 900	2 300	6 800	9 700
Sein	22 300	370	110	680	540	5 900	8 500	810	630	2 000	2 700
Poumon	10 900	120	45	360	250	3 300	3 900	400	280	900	1 400
Côlon et rectum	9 400	190	60	360	240	2 400	3 600	360	300	720	1 150
Corps de l'utérus	4 100	60	20	130	90	950	1 600	190	130	390	530
Lymphomes non hodgkiniens	3 100	40	10	95	75	740	1 250	120	90	270	420
Thyroïde	2 900	35	5	45	50	590	1 600	60	45	280	200
Ovaire	2 400	25	10	65	60	650	990	95	65	180	280
Mélanome	2 100	35	20	110	70	320	900	60	60	230	300
Pancréas	1 850	5	10	65	55	530	640	75	50	160	280
Rein	1 800	30	10	80	60	490	700	70	55	150	180
Leucémie	1 750	15	5	55	40	450	670	70	65	170	210
Vessie**	1 700	25	5	70	50	530	450	65	60	150	270
Col de l'utérus	1 350	25	10	55	35	280	500	45	45	160	170
Encéphale	1 150	15	5	35	25	320	440	35	35	90	130
Cavité buccale	1 050	15	5	40	20	250	410	50	35	90	150
Estomac	1 000	25	5	30	25	280	360	40	30	90	120

– Moins de 3 cas

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2007; voir l'Annexe II : Méthodologie.

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

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada et les provinces pour tous les cancers excluent les 69 000 nouveaux cas estimatifs de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2007 avec les estimations déjà publiées (voir l'Annexe II : Méthodologie). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels. Veuillez vous reporter à l'Annexe I pour les dernières données réelles ou communiquer avec les registres provinciaux du cancer pour plus d'information.

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

Tableau 4

Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007

	Taux pour 100 000										
	Canada ¹	T.-N.-L.*	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	454	418	523	529	494	477	437	470	464	478	421
Prostate	122	113	169	136	128	95*	129	120	151	154	123
Poumon	68	54	82	86	91	94	58	66	59	58	53
Côlon et rectum	62	83	65	76	59	68	60	65	63	59	54
Vessie**	27	27	33	37	33	37	18	30	30	29	30
Lymphomes non hodgkiniens	20	13	25	24	22	19	20	22	21	19	21
Rein	16	13	17	20	21	17	17	19	16	15	12
Leucémie	14	7	19	13	12	14	14	14	17	17	12
Mélanome	13	14	20	22	13	7	16	11	10	15	16
Cavité buccale	11	16	8	15	12	11	11	15	10	10	10
Estomac	10	15	9	10	11	11	10	12	9	9	9
Pancréas	10	3	13	10	13	12	8	11	9	10	9
Encéphale	8	10	6	8	8	9	8	8	7	8	7
Oesophage	6	5	8	8	7	6	6	5	5	7	6
Foie	6	3	2	3	2	6	5	4	2	6	7
Myélome multiple	6	4	6	6	6	6	6	6	5	5	5
Femmes											
Tous les cancers	358	310	403	386	362	371	357	376	344	368	328
Sein	104	101	111	101	100	111	104	107	98	106	93
Poumon	50	35	49	52	48	60	46	51	42	49	46
Côlon et rectum	41	51	58	50	41	41	41	43	40	38	37
Corps de l'utérus	19	17	19	19	17	17	20	24	21	21	18
Thyroïde	16	11	5	9	12	14	23	9	9	16	9
Lymphomes non hodgkiniens	15	12	12	14	14	14	15	15	13	14	14
Mélanome	11	12	23	18	15	7	12	9	10	13	11
Ovaire	11	7	9	10	12	12	12	13	10	9	9
Pancréas	8	2	8	9	9	9	7	8	6	8	9
Rein	8	8	8	11	11	9	9	9	8	8	6
Leucémie	8	5	7	8	8	8	8	9	10	9	7
Col de l'utérus	7	8	10	11	8	6	7	7	9	10	7
Vessie**	7	7	7	10	9	9	5	8	9	8	9
Encéphale	6	4	6	6	6	7	6	5	6	5	5
Cavité buccale	5	5	5	6	4	5	5	6	5	5	5
Estomac	4	6	3	4	4	5	4	5	4	5	4

* Probablement une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2007; voir l'Annexe II : Méthodologie.

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

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

Nota : Les taux excluent les cas de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2007 avec les estimations déjà publiées (voir l'Annexe II : Méthodologie). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

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

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 5

Nombre estimatif de décès pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007

	Décès										
	Canada ¹	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	38 400	760	180	1 400	1 050	10 400	14 000	1 400	1 300	3 000	4 700
Poumon	11 000	240	65	430	360	3 600	3 600	350	330	770	1 200
Côlon et rectum	4 700	110	25	180	120	1 300	1 750	180	160	340	560
Prostate	4 300	80	20	150	130	890	1 650	170	250	430	550
Pancréas	1 750	30	5	70	50	450	620	65	60	140	240
Lymphomes non hodgkiniens	1 700	15	5	60	45	400	670	70	50	130	250
Leucémie	1 400	15	5	45	30	300	560	55	55	120	180
Oesophage	1 300	20	5	50	30	240	520	55	45	110	210
Vessie	1 250	25	5	45	30	290	490	50	40	95	170
Estomac	1 150	40	5	35	25	330	420	35	30	75	140
Rein	1 000	20	5	40	30	260	350	50	30	95	120
Encéphale	980	20	–	35	25	290	340	30	30	90	120
Cavité buccale	740	15	5	30	20	190	270	25	15	65	95
Mélanome	560	5	–	20	10	100	280	20	15	40	70
Myélome multiple	530	5	5	25	15	130	210	20	15	30	70
Foie	510	5	–	5	5	160	210	25	5	40	60
Femmes											
Tous les cancers	34 300	600	160	1 200	870	9 100	12 900	1 300	1 100	2 800	4 300
Poumon	8 900	140	50	350	190	2 600	3 200	290	230	730	1 100
Sein	5 300	100	25	200	130	1 400	2 000	210	150	440	640
Côlon et rectum	4 000	95	25	170	100	1 100	1 500	160	120	270	470
Pancréas	1 850	25	10	65	50	480	690	70	55	140	260
Ovaire	1 700	35	5	55	40	370	670	65	55	140	240
Lymphomes non hodgkiniens	1 400	20	5	40	35	330	570	60	50	110	180
Leucémie	980	10	5	30	20	230	390	40	35	95	120
Corps de l'utérus	740	10	5	30	15	190	300	30	15	65	80
Encéphale	740	10	5	25	20	220	250	25	20	65	90
Estomac	730	25	–	20	15	220	250	30	20	65	85
Rein	620	15	5	25	20	170	200	25	25	55	75
Vessie	520	10	–	15	15	130	200	15	15	45	70
Col de l'utérus	390	10	5	20	15	75	140	15	15	40	50
Cavité buccale	360	–	–	10	10	90	140	15	10	30	50
Mélanome	340	5	–	15	10	60	160	10	10	25	50
Thyroïde	110	–	–	5	5	30	35	5	5	10	20

– Moins de 3 décès

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2007 avec les estimations déjà publiées (voir l'*Annexe II : Méthodologie*). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

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

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 6

Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la province, Canada, 2007

	Taux pour 100 000										
	Canada ¹	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	212	253	229	248	239	241	204	214	216	194	180
Poumon	61	76	79	77	81	83	52	53	55	49	47
Côlon et rectum	26	36	31	31	26	30	25	28	26	22	21
Prostate	25	29	27	27	30	22	24	26	39	29	21
Pancréas	9	10	9	12	11	10	9	10	10	9	9
Lymphomes non hodgkiniens	9	6	8	11	11	9	10	11	8	8	9
Leucémie	8	6	8	8	7	7	8	9	9	8	7
Oesophage	7	6	8	9	6	5	7	8	8	7	8
Vessie	7	9	6	8	7	7	7	7	7	6	7
Estomac	6	13	8	6	6	8	6	5	5	5	5
Encéphale	5	6	2	6	5	7	5	5	5	5	5
Rein	5	7	8	7	6	6	5	7	5	6	5
Cavité buccale	4	6	5	5	4	4	4	4	3	4	4
Mélanome	3	2	3	4	2	2	4	3	2	2	3
Myélome multiple	3	2	5	4	3	3	3	3	3	2	3
Foie	3	2	1	1	1	4	3	1	2	2	2
Femmes											
Tous les cancers	148	161	153	169	151	156	146	154	146	143	134
Poumon	40	39	53	50	35	47	38	36	34	40	37
Sein	23	27	27	27	23	24	23	25	22	22	20
Côlon et rectum	16	25	23	22	17	18	16	17	15	13	14
Pancréas	8	7	8	9	8	8	8	8	7	7	8
Ovaire	7	9	6	8	7	6	8	8	8	7	8
Lymphomes non hodgkiniens	6	5	7	6	6	6	6	7	7	6	6
Encéphale	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3
Leucémie	4	3	4	4	3	4	4	5	5	5	4
Estomac	3	7	1	3	3	4	3	3	3	3	3
Corps de l'utérus	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2
Rein	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	2
Cavité buccale	2	0	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Mélanome	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Col de l'utérus	2	4	3	3	3	1	2	2	2	2	2
Vessie	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2007 avec les estimations déjà publiées (voir l' *Annexe II : Méthodologie*). Ces estimations peuvent différer des chiffres réels.

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

La détermination des tendances de l'incidence des principaux cancers et de la mortalité liée à ces derniers repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. La normalisation selon l'âge permet de déterminer les écarts entre années civiles (et provinces), puisque ces taux tiennent compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans (et d'une province à l'autre). Les taux normalisés selon l'âge qui figurent dans la présente publication ont été calculés à partir des chiffres de la population canadienne de 1991. On a observé au cours des années 70 une amélioration de l'enregistrement des nouveaux cas 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 appliqués dans les diverses régions du pays¹.

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 et pour tous les cancers combinés au Canada, de 1978 à 2003 de même que des prévisions jusqu'en 2007. Les figures 3.1 et 3.2 décrivent l'effet relatif des changements dans les taux de cancer et la taille de la population ainsi que l'effet relatif du vieillissement de la population sur le nombre total de nouveaux cas et de décès. Quant à la figure 4, elle montre les répercussions de l'évolution des taux de mortalité due au cancer du poumon sur les tendances globales de la mortalité par cancer. Les figures 5.1, 5.2 et 6.1, 6.2 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains cancers, tandis que les tableaux 7.1, 7.2 et 8.1, 8.2 fournissent les données simples. Les données sur la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité (1994-2003), selon le siège ou le type de cancer, figurent au tableau 9. Les figures 7.1 et 7.2 rendent compte de la variation nette de la fréquence et des taux observés au cours de cette période.

Tendances pour l'ensemble des cancers

Chez l'homme, le taux de mortalité par cancer, après avoir culminé en 1988, diminue lentement en raison de la baisse des taux de mortalité due au cancer du poumon, du côlon et du rectum et à d'autres cancers (figure 2.2, tableau 7.2). En revanche, le taux d'incidence, tous sièges et types confondus, a augmenté au début des années 90, puis a chuté radicalement, suivant ainsi la tendance relative à l'incidence du cancer de la prostate observée pendant cette période (figure 2.1, tableau 7.1). Depuis, le taux d'incidence de tous les cancers baisse graduellement, ce qui tient sans doute à la diminution de l'incidence du cancer du poumon. Chez la femme, le taux croissant d'incidence du cancer pourrait s'être stabilisé, alors que les taux de mortalité ont diminué légèrement (figures 2.1 et 2.2, tableaux 8.1 et 8.2).

Le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès constituent d'importantes mesures du fardeau que fait peser le cancer sur la population et le système de soins de santé au Canada. Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge (figures 2.1 et 2.2), le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès causés par cette maladie continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne croît et vieillit. Selon les estimations, en 2007, on enregistrera 159 900 nouveaux cas et 72 700 décès, soit 6 800 nouveaux cas de plus qu'en 2006. Parmi ces cas additionnels, environ 1 600 sont des cancers de la prostate, 800 sont des cancers du côlon et du rectum et 600, des cancers du poumon.

Comme le montrent les figures 3.1 et 3.2, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les principaux facteurs qui expliquent la tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer. La ligne continue la plus basse représente le nombre total de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si seuls les taux avaient changé tandis que la taille et la structure par âge de la population étaient restées les mêmes qu'en 1978. La ligne du milieu représente le nombre de cas (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si les taux s'appliquaient à une population dont la taille correspondait à celle de l'année en cause mais dont la structure par âge était demeurée identique à celle de 1978. La ligne du haut représente le nombre de cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'effet conjugué du changement dans le taux d'incidence, de la croissance démographique et du vieillissement de la population. Il s'ensuit que le vieillissement de cette population et la croissance démographique entraîneront une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année à moins que les taux de cancer ne diminuent considérablement. La baisse de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, principale cause concurrente de décès, explique l'augmentation du nombre de personnes atteintes du cancer.

La figure 4 représente un indice (voir la définition dans le *Glossaire*) des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la période de 1978 à 2007 pour l'ensemble des cancers, sauf le cancer du poumon. Ce qui frappe, c'est la différence entre les tendances observées chez l'homme et chez la femme, ce qui tient en partie au stade d'évolution de l'épidémie du cancer du poumon qui diffère entre les sexes (le phénomène est en baisse chez l'homme, alors qu'il a encore des répercussions considérables chez la femme) et en partie à l'écart entre les tendances relatives aux taux de mortalité associée aux autres cancers importants (qui ont reculé de 10 % chez l'homme et de 20 % chez la femme par rapport à 1978). La tendance relative à la mortalité due à tous les cancers chez l'homme traduit essentiellement la tendance relative à la mortalité associée au cancer du poumon (les deux lignes sont très proches au cours de la même période) : le mouvement à la baisse du taux de mortalité par cancer, observé depuis 1988, s'explique surtout par une diminution des taux de mortalité liée au cancer du poumon. Chez la femme, toutefois, le taux de mortalité par cancer du poumon suit encore une courbe ascendante. Ainsi, le taux de mortalité associée à tous les cancers, qui est demeuré essentiellement stable depuis 1978, dissimule la régression importante (20 %) observée à l'égard des autres types de cancer au cours de la période de 30 ans (les deux lignes divergent).

Tendances pour certains cancers

Les figures 5.1, 5.2, 6.1 et 6.2 et les tableaux 7.1, 7.2, 8.1 et 8.2 rendent compte des cancers les plus courants (poumon, sein, prostate, côlon et rectum et lymphomes non hodgkiniens) ainsi que d'autres cancers illustrés dans le tableau 1, dont les taux ont significativement augmenté ou diminué d'au moins 2 % par an au cours de la période de 1994 à 2003 (tableau 9).

Les taux d'incidence de seulement 3 des 23 cancers mis en évidence dans le tableau 1 ont accusé une hausse annuelle statistiquement significative de 2 % ou plus, dans la population masculine ou féminine, entre 1994 et 2003 (tableaux 7.1, 8.1 et 9; figures 5.1 et 6.1) : le mélanome et le cancer du foie chez l'homme et le cancer de la thyroïde chez les deux sexes. Pendant la même période, les taux d'incidence de 4 cancers ont affiché une baisse significative de 2 % ou plus par an : le cancer de poumon chez

l'homme (depuis 1999), les cancers de l'estomac et du larynx chez les deux sexes, et le cancer du col de l'utérus chez la femme. En revanche, les taux de mortalité associée à presque tous les types de cancer ont reculé (tableau 9) chez l'homme comme chez la femme, sauf en ce qui concerne le cancer du poumon chez la femme (hausse significative de 1,2 % par an) et le cancer du foie chez l'homme (augmentation de 1,9 % par an). Une diminution statistiquement significative de 2 % et plus a été enregistrée à l'égard des cancers du poumon, de la prostate, de la cavité buccale, de l'estomac, du larynx et du testicule, ainsi que des lymphomes non hodgkiniens et de la maladie de Hodgkin chez l'homme (tableaux 7.2 et 9 et figure 5.2), ainsi que des cancers de l'estomac et du col de l'utérus chez la femme (tableaux 8.2 et 9 et figure 6.2).

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

Cancer du poumon :

- ◆ Chez l'homme, les taux croissants d'incidence et de mortalité ont commencé à se stabiliser au milieu des années 80 et n'ont cessé de chuter depuis. Les taux ont fléchi de manière significative, soit de 2,8 % par an depuis 1999 dans le cas de l'incidence, et de 2,1 % par an depuis 1994, dans le cas de la mortalité.
- ◆ Chez la femme, les taux d'incidence et de mortalité sont en hausse depuis au moins 1978, et la tendance se maintient (augmentation statistiquement significative de 1,4 % et de 1,2 % par an respectivement, depuis 1994); autrement dit, ils ont doublé, voire triplé, depuis 1978. Il est possible que le taux d'incidence ait commencé à se stabiliser, mais le phénomène est trop récent pour se traduire dans les projections pour 2007.
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité demeurent plus élevés chez l'homme que chez la femme.
- ◆ Ces tendances reflètent le déclin de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60 chez l'homme, mais beaucoup plus tardivement, vers le milieu des années 80, chez la femme⁶.

Cancer du sein : (Pour une description et une interprétation plus détaillées, voir la rubrique Sujet particulier)

- ◆ L'incidence du cancer du sein a également augmenté constamment, mais graduellement, entre 1978 et 1999, mais elle s'est stabilisée depuis. Cette tendance à la hausse s'explique sans doute, en partie, par le recours accru au dépistage, surtout à la mammographie, au cours des années 80 et 90. En effet, les cas de cancer du sein auraient été détectés plus tôt qu'ils ne l'auraient été en l'absence de dépistage. Il est toutefois possible qu'une évolution des facteurs de risque et de protection y soit aussi pour quelque chose^{7,8}.
- ◆ Les taux de mortalité diminuent depuis le milieu des années 80. La tendance à la baisse s'est accélérée, la diminution atteignant 1,2 % par an depuis 1999, ce qui est sans doute attribuable à la fois au dépistage par mammographie et aux traitements adjuvants à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein^{9,10,11}. En 2003, le taux de mortalité par cancer du sein a atteint le niveau le plus bas jamais enregistré depuis 1950¹². Une tendance à la baisse similaire est observée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie¹².

Cancer de la prostate :

- ◆ Alors que les taux d'incidence suivent graduellement une courbe ascendante, deux pics ont été atteints, un en 1993 et un autre plus petit en 2001, suivis dans chaque cas d'un fléchissement. Cette tendance coïncide avec deux vagues d'intensification du dépistage au moyen du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) qui permet de déceler le cancer de la prostate à un stade précoce. La première vague a suivi l'introduction du dosage de l'APS comme méthode de dépistage; la seconde, qui n'a pas été observée aux États Unis, peut s'expliquer par la publicité entourant le diagnostic de cancer de la prostate reçu en 2001 par Allan Rock, ministre de la Santé du Canada de l'époque, au terme d'un dosage sérique de l'APS. Le premier recul a été suivi de la reprise de la tendance à la hausse plus graduelle observée antérieurement; le second recul est trop récent pour que l'on puisse déterminer si la tendance ascendante reviendra. (Face à cette incertitude, les projections de l'incidence du cancer de la prostate ont été faites à l'aide d'une démarche prudente qui postule que l'incidence suit une courbe plus ou moins constante.) (Voir l'Annexe II : Méthodologie)
- ◆ Si l'augmentation durable et apparemment continue des taux d'incidence est peut-être attribuable à une évolution plus graduelle de la détection précoce, elle peut aussi être en partie imputable à l'évolution des facteurs de risque ou de protection. Il reste que l'étiologie du cancer de la prostate demeure mal connue¹³.
- ◆ Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité ont augmenté beaucoup plus lentement depuis 1978, et ont amorcé un mouvement à la baisse au milieu des années 90. Les taux de mortalité ont affiché une diminution significative de 2,7 % par an entre 1994 et 2003 (tableau 9), sans doute grâce à l'effet combiné de la détection précoce et de l'amélioration du traitement.

Cancer du côlon et du rectum :

- ◆ Les taux d'incidence ont été stables, tant chez l'homme que chez la femme, au cours de la période de 1994 à 2003. Avant 1994, ils avaient légèrement augmenté chez l'homme et diminué chez la femme.
- ◆ Les taux de mortalité continuent de chuter chez l'homme et chez la femme, soit de 1,3 % et de 1,7 % respectivement par an, baisse statistiquement significative dans les deux cas, qui tient vraisemblablement à l'amélioration des traitements, surtout de la chimiothérapie.
- ◆ Le dépistage du cancer du côlon et du rectum peut entraîner une diminution de l'incidence et de la mortalité¹⁴. Le dépistage opportuniste existe déjà dans de nombreuses provinces, ce qui peut expliquer en partie la chute des taux de mortalité. Bien des provinces, dont l'Ontario et le Manitoba, envisagent de mettre sur pied des programmes de dépistage du cancer du côlon et du rectum, ou ont récemment annoncé leur mise en application.

Lymphomes non hodgkiniens (LNH) :

- ◆ Chez l'homme comme chez la femme, les taux d'incidence se sont accrus d'environ 50 % entre 1978 et la fin des années 90. Depuis, ils se sont stabilisés. Les taux de mortalité ont suivi une courbe analogue, même si on observe chez l'homme un fléchissement statistiquement significatif (2,2 % par an) depuis 1999 (tableau 9).

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ La tendance à la hausse de l'incidence tient sans doute à un ensemble de facteurs : amélioration de la détection et de la classification de ce groupe complexe de maladies et évolution des facteurs de risque. Le facteur de risque le plus manifestement associé aux LNH est l'immunosuppression (que peuvent engendrer les troubles immunologiques, les traitements immunosuppresseurs ou le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)). Au nombre des autres facteurs qui augmentent le risque et qui sont mal compris peut figurer l'exposition professionnelle aux pesticides et aux organochlorés, comme les herbicides phénoxy et les dioxines¹⁵.

Autres types de cancer :

- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du rein* ont significativement augmenté (de 1,0 % et de 1,3 % par an chez l'homme et chez la femme respectivement) entre 1994 et 2003, même si les taux de mortalité sont demeurés stables. La tendance à la hausse de l'incidence est partiellement attribuable à l'amélioration de la détection, mais pourrait aussi être liée à la hausse de la prévalence de l'obésité, un important facteur de risque du carcinome rénal, principal type de cancer du rein¹⁶.
- ◆ La tendance à la hausse de l'incidence du *mélanome* se poursuit, surtout chez l'homme (2,0 % par an), ce qui tient sans doute au plus grand nombre d'heures passées au soleil sans protection adéquate. Les taux de mortalité sont stables.
- ◆ De tous les cancers, c'est le *cancer de la thyroïde* dont l'incidence croît le plus rapidement (de 4,9 % par an chez l'homme entre 1994 et 2003 et de 10,4 % par an chez la femme depuis 1997). Des hausses analogues ont été observées en Europe et dans certaines régions des États Unis. On avance l'hypothèse que l'amélioration des méthodes de détection (échographie et biopsie par aspiration) permet de repérer plus fréquemment qu'auparavant les cancers à un stade précoce. Les taux de mortalité sont demeurés inchangés, probablement parce que les traitements modernes s'avèrent très efficaces contre les cancers de la thyroïde à un stade précoce.
- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du larynx* et de mortalité due à cette maladie sont en régression tant chez l'homme que chez la femme, et ce de manière significative, sauf en ce qui concerne les taux de mortalité chez la femme. Le cancer du larynx est associé à la consommation de tabac.
- ◆ La tendance à la baisse des taux d'incidence du cancer de l'estomac et de mortalité due à cette maladie, observée depuis longtemps, se poursuit tant chez l'homme que chez la femme. Ce phénomène peut s'expliquer par l'amélioration de l'alimentation et, plus récemment, par l'identification d'*Helicobacter pylori* et par les traitements dirigés contre cette bactérie.
- ◆ Pour la première fois, les tendances relatives à l'incidence du *cancer du foie* et à la mortalité due à cette maladie sont examinées dans la présente publication. Les taux d'incidence et de mortalité sont en progression rapide chez l'homme (2,5 % par an pour l'incidence et 1,9 % par an pour la mortalité). Ils sont aussi en hausse chez la femme, mais pas de manière significative, sans doute parce que le cancer du foie est rare dans la population féminine (seuls 310 nouveaux cas et 150 décès ont été enregistrés en 2007). Des hausses analogues ont été constatées dans d'autres pays industrialisés, et pourraient être liées à l'augmentation de la prévalence de l'hépatite B et de l'hépatite C. On ignore dans quelle mesure la hausse de l'incidence est rattachée soit à l'évolution des tendances relatives à l'immigration, en ce sens qu'une proportion croissante de la population est née dans des pays où

l'hépatite B est relativement répandue, soit à la transmission de l'hépatite C par les réserves de sang avant l'instauration des mesures de dépistage. Aux États Unis, les taux d'incidence semblent s'être stabilisés depuis 1999¹⁷.

- ◆ Les taux d'incidence du *cancer du col de l'utérus* et de mortalité liée à cette maladie sont en baisse depuis de nombreuses décennies, surtout grâce au recours généralisé et régulier au test Pap à des fins de dépistage.
- ◆ En ce qui concerne le *cancer du testicule* et la *maladie de Hodgkin*, les taux de mortalité sont très faibles, et ont chuté de manière radicale entre 1994 et 2003 (même si la baisse n'a pas été significative dans le cas de la maladie de Hodgkin chez la femme). Pour ce qui est du cancer du testicule, la baisse a été consécutive à l'amélioration des traitements, en dépit d'une hausse durable des taux d'incidence. Le recul de la maladie de Hodgkin s'explique aussi bien par une diminution de l'incidence que par une amélioration des traitements.

Répercussions

Les figures 2.1 et 2.2 mettent en relief le fardeau croissant que représentera le cancer pour la société canadienne, et ce, dans une large mesure, indépendamment des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité. Elles montrent pourquoi nous ne pouvons nous permettre de relâcher la vigilance. Les figures 7.1 et 7.2 ne servent qu'à confirmer l'importance du rôle joué par la croissance démographique et le vieillissement de la population dans le fardeau global du cancer. Il n'est guère étonnant de constater une augmentation du nombre de nouveaux cas lorsque les taux d'incidence sont en hausse, comme c'est le cas pour le cancer de la thyroïde. Il reste que même si les taux d'incidence chutent, le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès peuvent augmenter en raison de la croissance démographique et du vieillissement. Ainsi, la figure 7.1 montre qu'en dépit d'un recul sensible (-0,6 % par an, tableau 9) du taux d'incidence du cancer de la vessie chez l'homme entre 1994 et 2003, le nombre d'hommes ayant reçu un diagnostic de cancer de la vessie a augmenté d'environ 20 % au cours de la même période. Ce phénomène ressort encore plus nettement de la figure 7.2 : malgré la baisse des taux de mortalité associée à la plupart des cancers entre 1994 et 2003, dans bien des cas, le nombre de décès s'est accru.

Les deux leçons qu'il faut en tirer mettent en évidence certains messages clés de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. D'abord, nous devons élaborer des plans pour faire face à cette fraction croissante des cas de cancer qui est actuellement inévitable, y compris en augmentant notre capacité d'offrir des services de soins palliatifs adéquats. Ensuite, nous devons déployer des efforts encore plus considérables sur le plan de la prévention primaire, afin de réduire le nombre de cas évitables de cancer.

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

Figure 2.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1978-2007

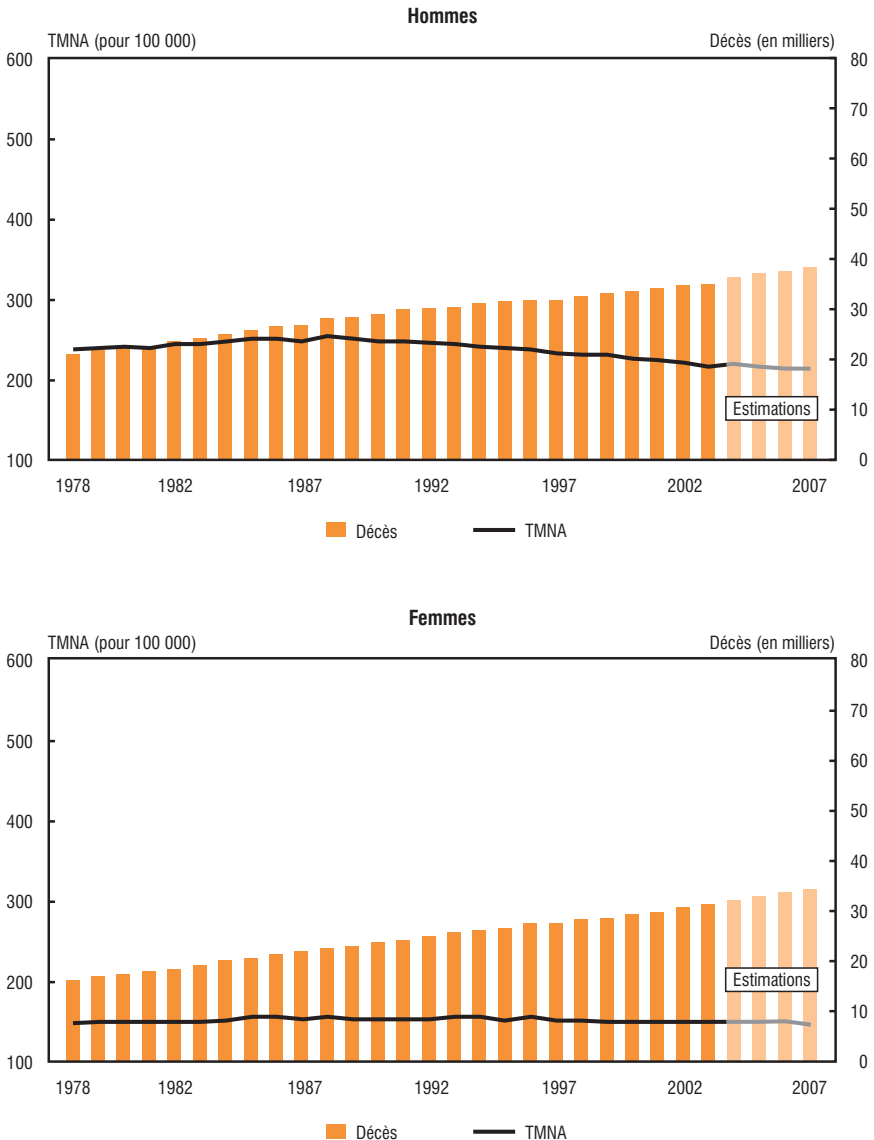


Nota : La catégorie « tous les cancers » ne comprend pas les cancers de la peau autres que le mélanome. Les taux sont corrigés en fonction de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004.

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

Figure 2.2

Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1978-2007

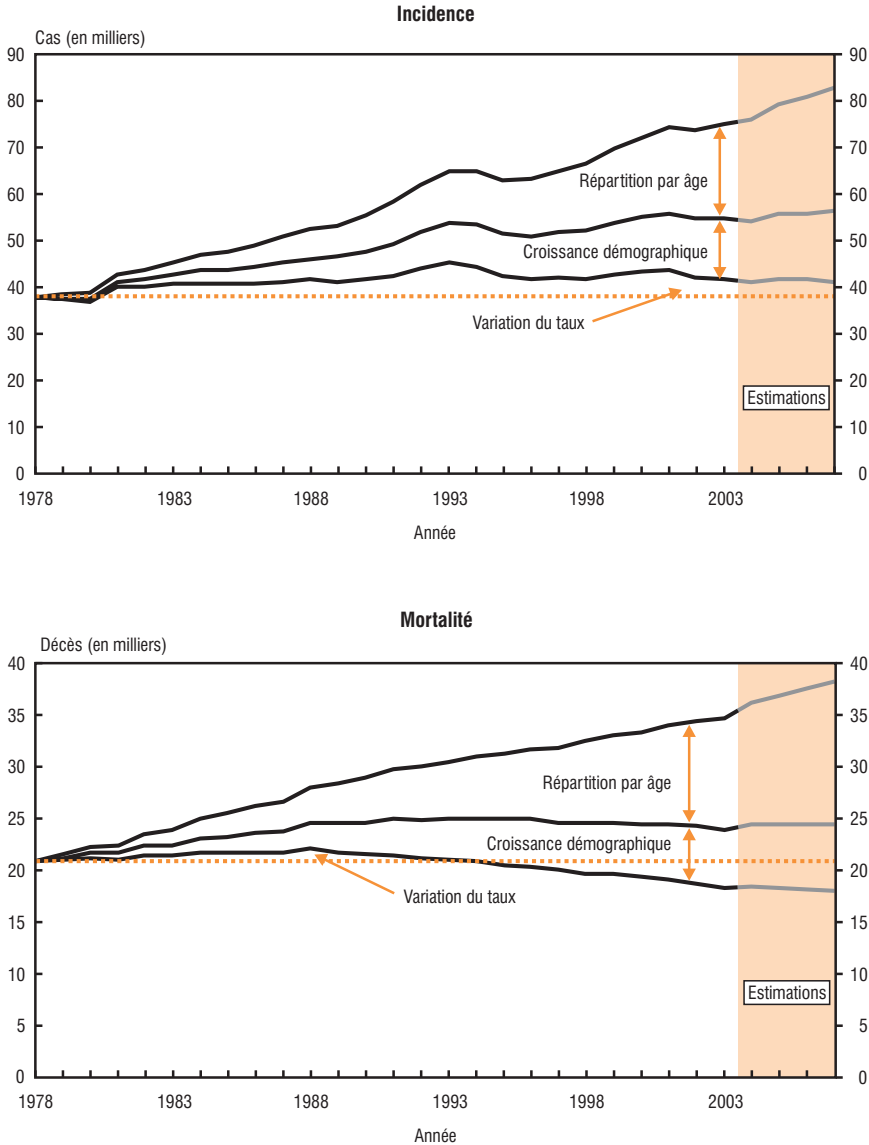


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la population canadienne de 1991.

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

Figure 3.1

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1978-2007

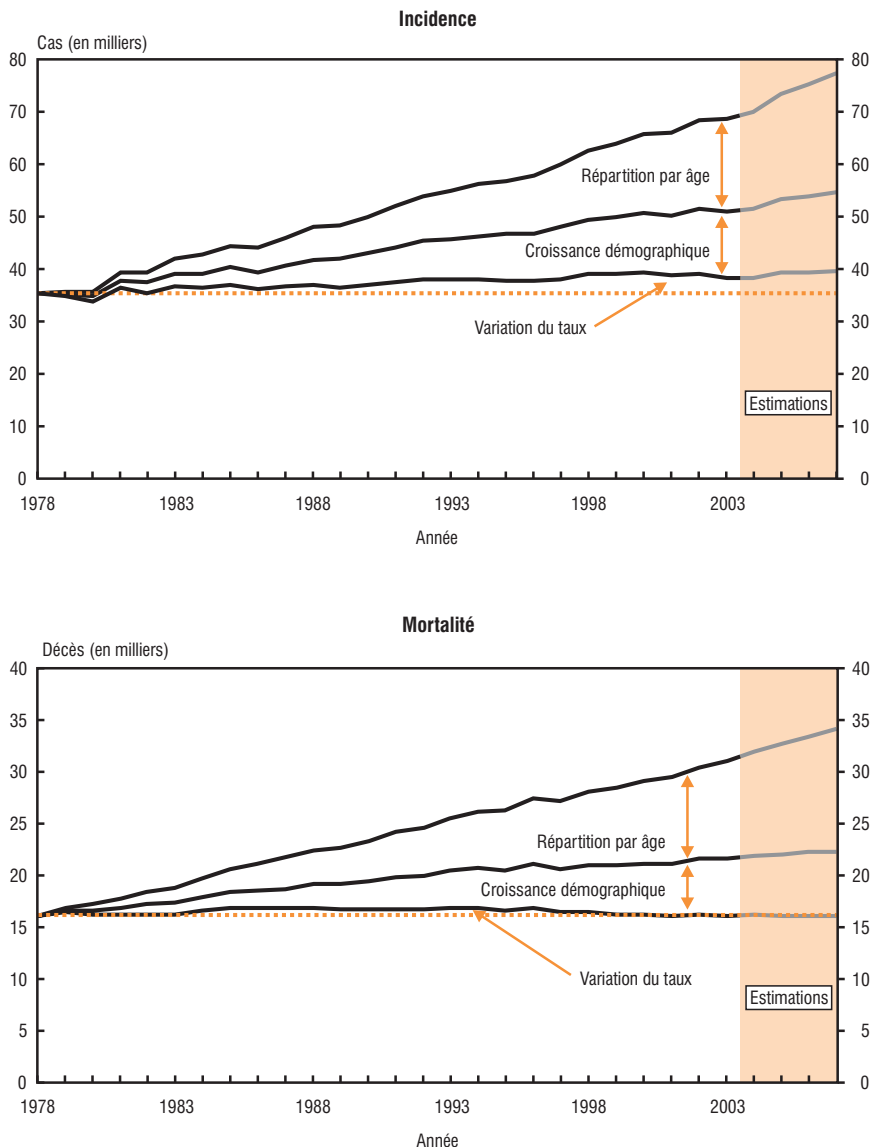


Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). L'espace sous les courbes représente le nombre de cas ou de décès liés à la variation de chaque facteur. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

Figure 3.2

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1978-2007

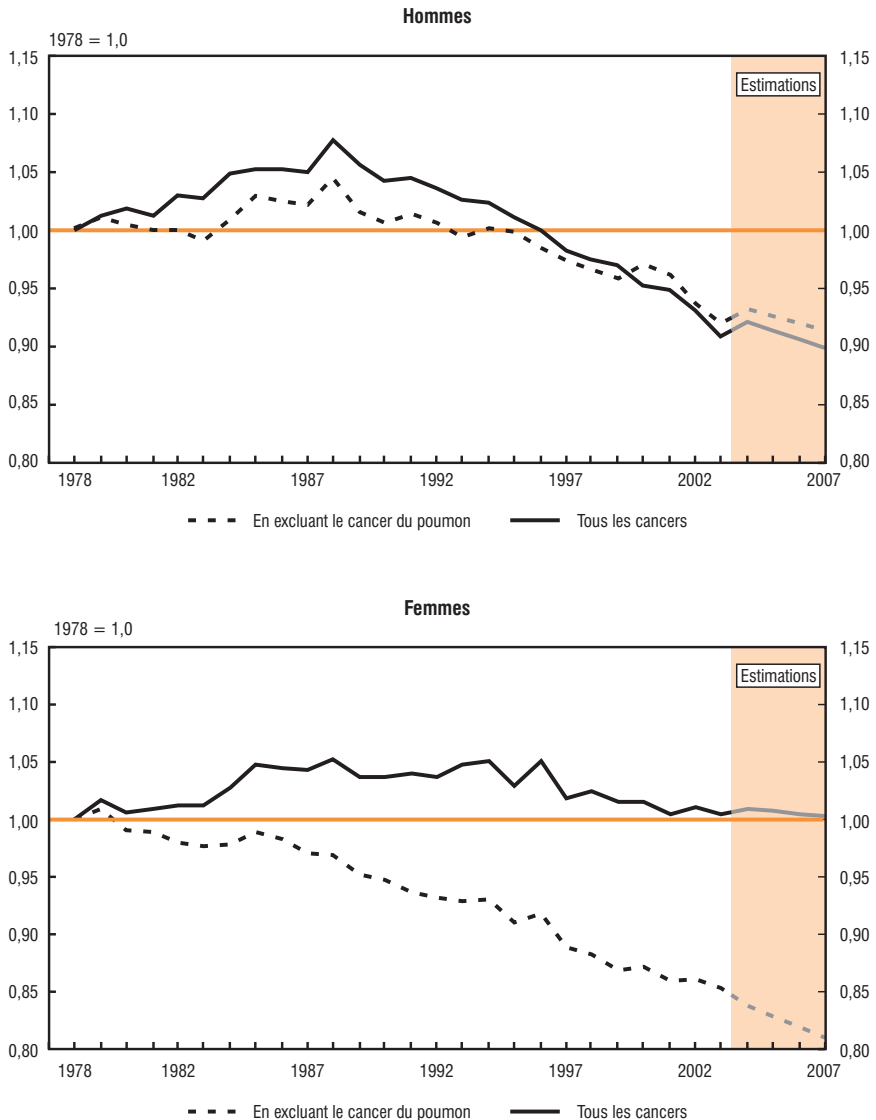


Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). L'espace sous les courbes représente le nombre de cas ou de décès liés à la variation de chaque facteur. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

Figure 4

Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans cancer du poumon, Canada, 1978-2007*



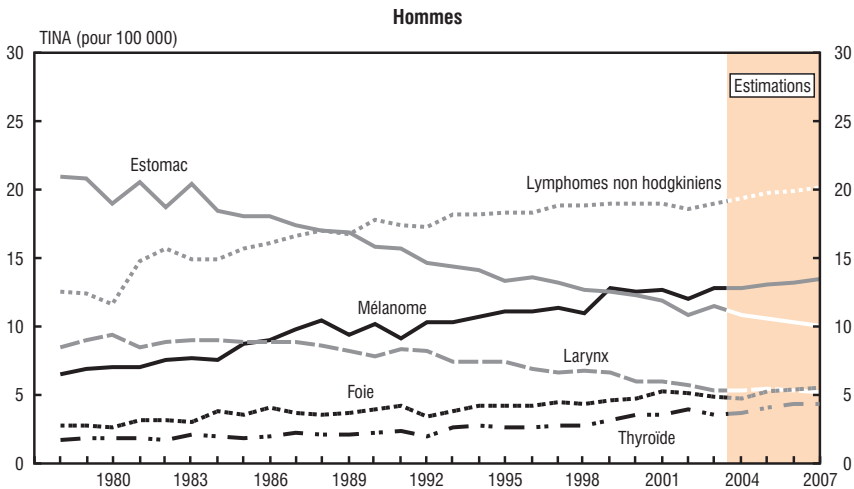
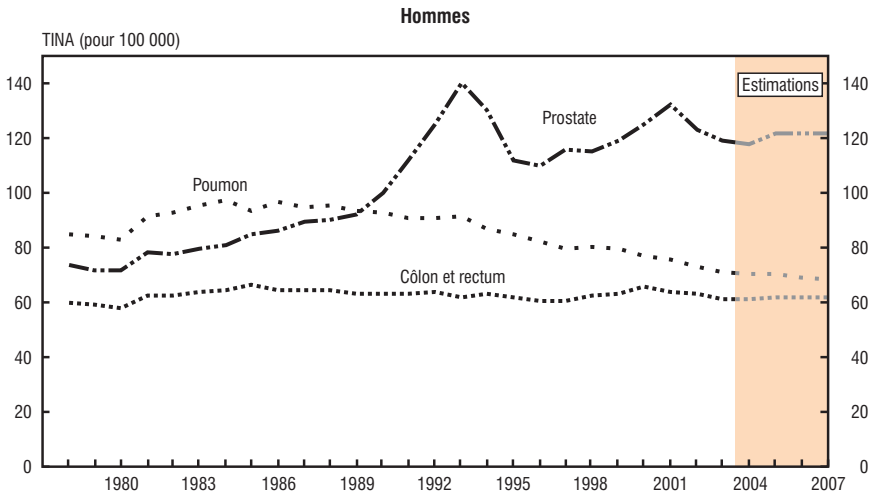
* Les taux sont établis par rapport à 1978 (année en cours divisée par le taux de 1978).

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

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

Figure 5.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1978-2007

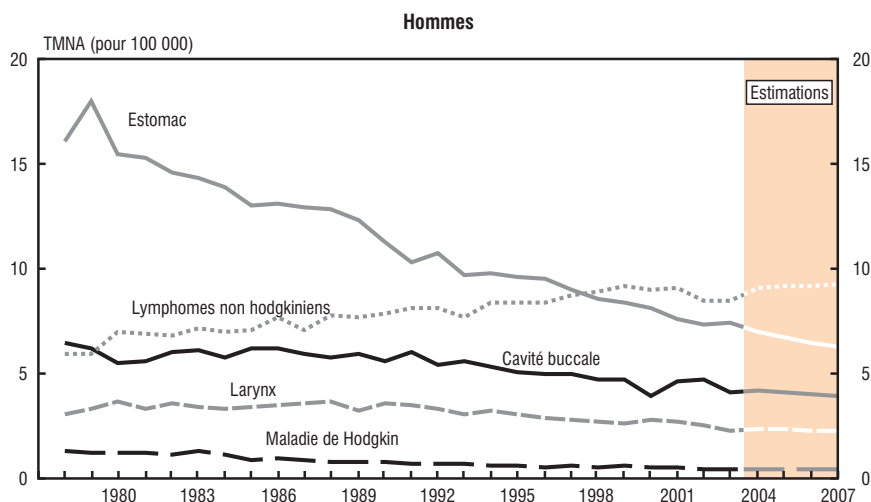
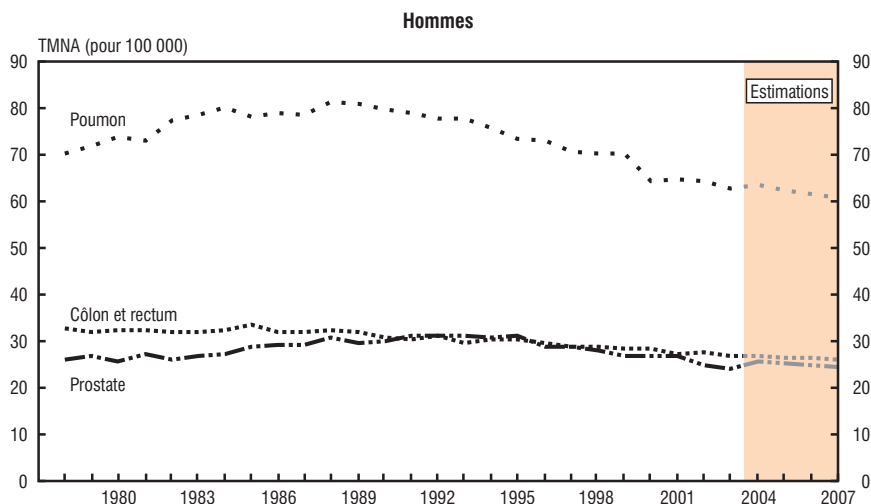


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.1 pour les données. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004. L'échelle de l'axe des Y varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs. Pour plus de détails, consulter l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

Figure 5.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1978-2007

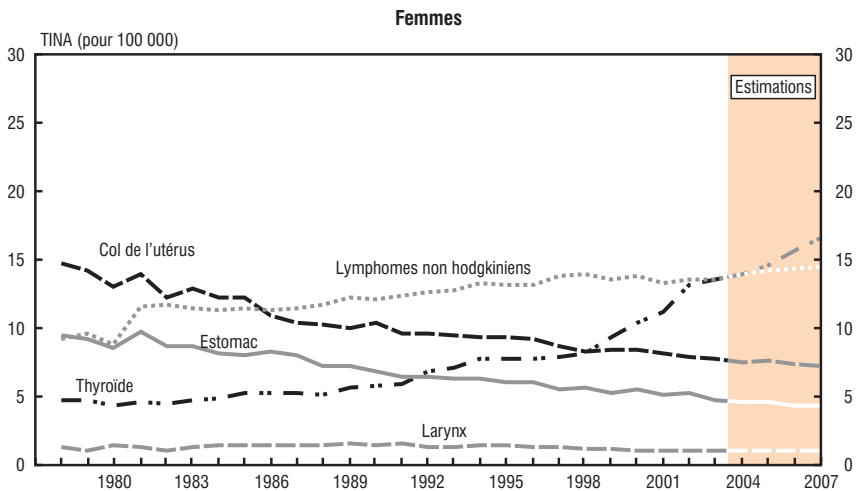
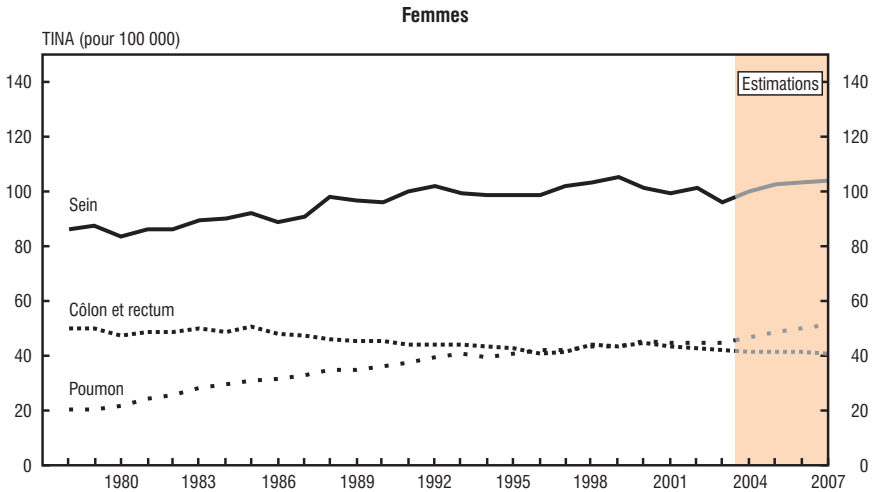


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.2 pour les données. L'échelle de l'axe des Y varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs. Le cancer des testicules est exclu, le nombre de décès étant trop faible (30 en 2007).

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

Figure 6.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1978-2007

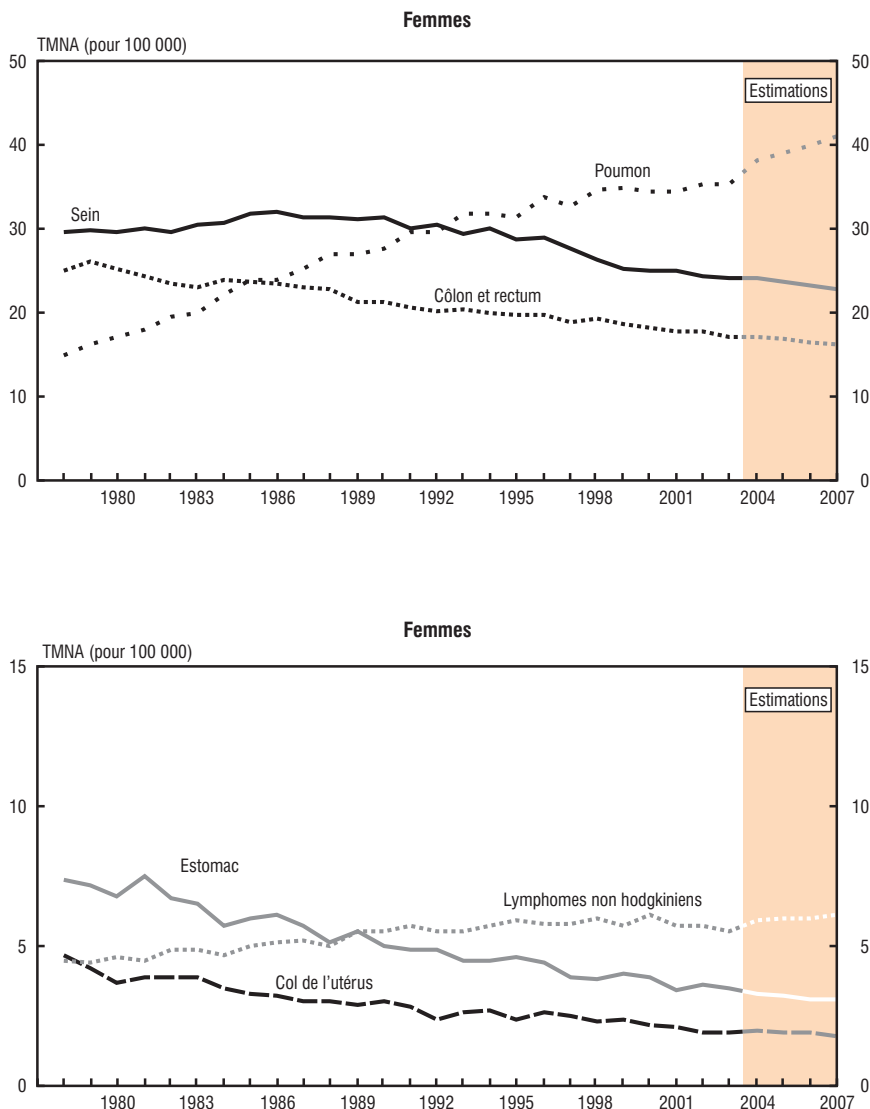


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.1 pour les données. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004. L'échelle de l'axe des Y varie d'un graphique à l'autre en raison de la grande étendue des valeurs. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

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

Figure 6.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1978-2007



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

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

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 7.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers[†], hommes, Canada, 1978-2007

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Poumon	Prostate	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Mélanome	Thyroïde	Estomac	Foie	Larynx
1978	418,8	85,1	74,0	59,9	12,5	6,4	1,7	20,9	2,8	8,4
1979	411,1	83,9	72,0	59,2	12,4	6,8	1,8	20,8	2,8	9,0
1980	407,1	83,2	71,4	57,9	11,6	7,0	1,9	19,0	2,6	9,3
1981	442,9	91,2	78,5	62,6	14,7	7,0	1,9	20,5	3,2	8,4
1982	442,0	92,6	77,8	62,7	15,6	7,5	1,7	18,7	3,1	8,8
1983	450,3	95,2	79,6	63,9	14,9	7,6	2,1	20,4	3,0	9,0
1984	451,9	97,1	80,9	64,7	14,9	7,5	2,0	18,4	3,8	8,9
1985	451,9	93,2	85,1	66,2	15,7	8,7	1,8	18,0	3,5	8,8
1986	453,9	96,4	86,1	64,7	16,0	9,0	2,0	18,0	4,1	8,8
1987	458,7	95,0	89,6	64,7	16,6	9,7	2,2	17,4	3,7	8,8
1988	461,2	95,5	90,4	64,6	17,0	10,4	2,1	17,0	3,6	8,6
1989	454,0	93,6	91,9	63,1	16,7	9,3	2,1	16,8	3,7	8,1
1990	460,4	92,7	99,9	63,0	17,7	10,1	2,2	15,8	4,0	7,7
1991	472,0	90,7	112,3	62,9	17,4	9,1	2,4	15,6	4,2	8,3
1992	489,1	90,5	125,4	64,1	17,2	10,3	2,0	14,6	3,4	8,1
1993	502,1	91,5	140,5	61,9	18,2	10,3	2,6	14,3	3,8	7,4
1994	490,4	86,9	129,6	63,1	18,2	10,7	2,7	14,1	4,2	7,4
1995	466,1	84,6	111,7	61,6	18,3	11,1	2,6	13,3	4,2	7,4
1996	457,7	82,2	110,0	60,7	18,3	11,0	2,6	13,6	4,2	6,9
1997	460,7	79,5	115,6	60,3	18,8	11,3	2,7	13,1	4,5	6,6
1998	459,8	80,4	114,8	62,4	18,8	10,9	2,7	12,6	4,4	6,7
1999	470,6	79,5	119,3	63,4	18,9	12,7	3,2	12,5	4,6	6,6
2000	475,7	77,2	124,7	65,6	19,0	12,5	3,5	12,3	4,7	5,9
2001	477,3	75,8	132,3	64,1	19,0	12,6	3,6	11,8	5,3	5,9
2002	460,5	73,0	122,7	63,3	18,6	12,0	4,0	10,8	5,1	5,7
2003	455,5	70,9	119,1	60,9	18,9	12,7	3,6	11,5	4,9	5,3
2004**	449,3	70,4	118,5	61,5	19,4	12,7	3,7	10,8	4,8	5,3
2005*	457,1	70,4	122,3	62,1	19,7	13,0	4,1	10,5	5,3	5,4
2006*	455,4	69,2	122,3	62,1	19,9	13,2	4,3	10,3	5,4	5,2
2007*	453,6	68,1	122,3	62,0	20,1	13,4	4,4	10,0	5,5	5,1

* Taux estimatifs

** Estimations pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec et l'Ontario.

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 1, dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (tableau 9).

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

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

Tableau 7.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers[†], hommes, Canada, 1978-2007

Année	Taux pour 100 000								
	Tous les cancers	Poumon	Prostate	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Cavité buccale	Estomac	Larynx	Maladie de Hodgkin
1978	236,4	70,1	26,1	32,9	5,9	6,5	16,1	3,1	1,3
1979	239,4	71,7	26,7	31,8	5,9	6,2	18,0	3,3	1,2
1980	240,7	74,0	25,8	32,3	7,0	5,5	15,5	3,7	1,2
1981	239,2	73,2	27,1	32,2	6,9	5,6	15,3	3,3	1,2
1982	243,5	77,4	26,0	31,9	6,8	6,0	14,6	3,6	1,1
1983	242,9	78,4	26,7	31,8	7,2	6,1	14,3	3,4	1,3
1984	247,9	80,2	27,4	32,4	7,0	5,8	13,9	3,3	1,1
1985	249,0	78,0	28,9	33,4	7,1	6,2	13,0	3,4	0,9
1986	249,0	79,0	29,4	32,0	7,7	6,2	13,1	3,5	1,0
1987	248,2	78,6	29,4	32,0	7,1	5,9	12,9	3,6	0,9
1988	254,8	81,3	30,7	32,4	7,8	5,8	12,8	3,7	0,8
1989	249,6	81,1	29,7	31,9	7,7	5,9	12,3	3,2	0,8
1990	246,5	79,6	30,1	30,9	7,9	5,6	11,3	3,6	0,8
1991	247,2	78,8	31,2	30,4	8,1	6,0	10,3	3,5	0,7
1992	244,7	77,6	31,0	31,1	8,1	5,4	10,7	3,3	0,7
1993	242,8	77,9	31,1	29,7	7,7	5,6	9,7	3,1	0,7
1994	241,8	75,6	30,7	30,3	8,4	5,3	9,8	3,2	0,6
1995	239,0	73,3	31,0	30,2	8,4	5,1	9,6	3,1	0,6
1996	236,5	73,0	29,0	29,5	8,4	5,0	9,5	2,9	0,5
1997	232,3	70,6	28,7	29,0	8,7	5,0	9,0	2,8	0,6
1998	230,5	70,3	28,0	28,9	8,9	4,7	8,6	2,7	0,5
1999	229,4	70,4	26,9	28,5	9,2	4,7	8,4	2,6	0,6
2000	225,4	64,4	26,8	28,5	9,0	3,9	8,1	2,8	0,5
2001	224,0	64,6	26,7	27,1	9,1	4,6	7,6	2,7	0,5
2002	219,9	64,5	25,0	27,7	8,5	4,7	7,3	2,5	0,4
2003	215,1	62,7	23,9	26,8	8,5	4,1	7,4	2,3	0,4
2004*	217,9	63,4	25,5	26,9	9,1	4,2	7,0	2,4	0,4
2005*	216,1	62,5	25,2	26,6	9,2	4,1	6,7	2,4	0,4
2006*	214,2	61,6	24,8	26,4	9,2	4,0	6,5	2,3	0,4
2007*	212,4	60,8	24,5	26,1	9,3	3,9	6,3	2,3	0,4

* Taux estimatifs

[†] Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 1, dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (tableau 9), à l'exception du cancer des testicules, auquel est associé un nombre trop faible de décès (30 en 2007).

Nota : Les taux sont uniformisés selon la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

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

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 8.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers[†], femmes, Canada, 1978-2007

Année	Taux pour 100 000								
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Estomac	Col de l'utérus	Larynx
1978	319,7	20,1	86,1	50,2	9,2	4,8	9,5	14,7	1,3
1979	314,1	20,3	87,3	49,7	9,6	4,7	9,2	14,2	1,1
1980	305,8	21,7	83,3	47,4	8,8	4,4	8,6	13,0	1,4
1981	328,3	24,3	86,5	48,6	11,6	4,6	9,8	13,9	1,3
1982	321,3	25,9	86,0	48,9	11,7	4,5	8,7	12,3	1,1
1983	333,2	28,3	89,3	50,2	11,5	4,8	8,7	12,9	1,3
1984	329,9	29,6	90,4	48,9	11,3	4,9	8,1	12,2	1,4
1985	336,1	30,9	92,2	50,6	11,4	5,3	8,0	12,3	1,5
1986	325,5	31,7	88,6	48,2	11,3	5,2	8,3	10,9	1,4
1987	331,4	33,2	91,1	47,6	11,5	5,2	8,0	10,4	1,5
1988	336,8	34,8	97,8	46,1	11,7	5,1	7,2	10,2	1,5
1989	330,7	35,0	96,4	45,3	12,2	5,6	7,2	10,0	1,6
1990	333,9	36,5	96,0	45,7	12,1	5,8	6,9	10,4	1,4
1991	337,7	37,7	100,1	44,1	12,4	5,9	6,4	9,6	1,6
1992	343,3	39,7	101,9	44,2	12,6	6,9	6,5	9,6	1,3
1993	342,9	40,7	99,1	44,2	12,7	7,1	6,3	9,5	1,3
1994	343,3	39,8	98,9	43,6	13,3	7,7	6,3	9,4	1,4
1995	341,6	40,8	98,9	42,5	13,1	7,7	6,0	9,3	1,4
1996	339,5	42,0	98,6	41,1	13,1	7,8	6,0	9,2	1,3
1997	343,6	42,0	102,1	41,6	13,8	7,9	5,5	8,7	1,3
1998	351,4	43,7	103,2	43,9	14,0	8,2	5,6	8,3	1,2
1999	352,1	43,6	105,1	43,2	13,5	9,4	5,3	8,4	1,2
2000	354,2	45,1	101,6	44,5	13,8	10,4	5,5	8,4	1,1
2001	348,7	44,6	99,6	43,2	13,3	11,2	5,1	8,2	1,1
2002	354,2	45,0	101,5	43,0	13,5	13,2	5,2	7,9	1,1
2003	346,6	44,9	95,9	42,2	13,6	13,6	4,8	7,7	1,1
2004**	347,3	46,7	100,1	41,4	13,9	14,0	4,6	7,5	1,0
2005*	355,4	48,2	103,0	41,4	14,2	14,5	4,6	7,6	1,1
2006*	356,7	49,1	103,5	41,2	14,4	15,5	4,5	7,4	1,1
2007*	358,1	50,0	104,0	41,0	14,5	16,5	4,4	7,3	1,0

* Taux estimatifs

** Estimations pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec et l'Ontario.

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 1, dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (tableau 9).

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

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

Tableau 8.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers[†], femmes, Canada, 1978-2007

Année	Taux pour 100 000						
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Col de l'utérus
1978	147,6	15,0	29,5	25,1	4,5	7,4	4,7
1979	150,2	16,3	29,8	26,1	4,4	7,2	4,2
1980	148,5	17,1	29,7	25,3	4,6	6,8	3,7
1981	149,0	17,9	30,1	24,4	4,5	7,5	3,9
1982	149,3	19,6	29,7	23,5	4,9	6,7	3,9
1983	149,4	19,9	30,4	23,1	4,9	6,5	3,9
1984	151,9	22,2	30,7	23,8	4,7	5,7	3,5
1985	154,8	23,8	31,8	23,7	5,0	6,0	3,3
1986	154,4	24,0	32,0	23,5	5,1	6,1	3,2
1987	154,0	25,3	31,3	23,0	5,2	5,7	3,0
1988	155,4	26,9	31,4	22,7	5,0	5,1	3,0
1989	153,1	27,0	31,2	21,3	5,5	5,5	2,9
1990	153,1	27,6	31,3	21,3	5,5	5,0	3,0
1991	153,5	29,5	30,1	20,7	5,7	4,9	2,8
1992	153,1	29,6	30,4	20,2	5,5	4,9	2,4
1993	154,8	31,7	29,4	20,3	5,5	4,5	2,6
1994	155,1	31,9	30,0	19,9	5,7	4,5	2,7
1995	152,0	31,4	28,7	19,8	5,9	4,6	2,4
1996	155,2	33,7	28,9	19,7	5,8	4,4	2,6
1997	150,3	32,7	27,7	18,8	5,8	3,9	2,5
1998	151,3	34,6	26,4	19,3	6,0	3,8	2,3
1999	149,8	34,9	25,2	18,6	5,7	4,0	2,4
2000	149,8	34,4	25,1	18,2	6,1	3,9	2,2
2001	148,2	34,4	25,0	17,8	5,7	3,4	2,1
2002	149,3	35,3	24,4	17,7	5,7	3,6	1,9
2003	148,2	35,4	24,1	17,1	5,5	3,5	1,9
2004*	148,9	37,7	24,1	17,0	5,9	3,3	2,0
2005*	148,7	38,5	23,7	16,8	6,0	3,3	1,9
2006*	148,4	39,3	23,3	16,5	6,0	3,2	1,9
2007*	148,1	40,2	22,9	16,3	6,1	3,1	1,8

* Taux estimatifs

† Les cinq cancers les plus courants (pour les deux sexes combinés) et les cancers mentionnés dans le tableau 1, dont le taux d'incidence a affiché une augmentation ou une diminution statistiquement significative de plus de 2 % par an (tableau 9).

Nota : Les taux sont uniformisés selon la répartition par âge de la population canadienne de 1991.**Source :** Division de la surveillance, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

Tableau 9

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité (1994-2003) normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada

	Incidence 1994-2003				Mortalité 1994-2003			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†
Tous les cancers	0,1	1996	0,3*		-1,2**		-0,5**	
Poumon	-2,8**	1999	1,4**		-2,1**		1,2**	
Sein	–		-1,8	1999	–		-1,2*	1999
Prostate	1,6	1996	–		-2,7**		–	
Côlon et rectum	0,3		-0,8	1999	-1,3**		-1,7**	
Lymphomes non hodgkiniens	0,0	1997	-0,6	1998	-2,2*	1999	-1,4	1998
Vessie	-0,6*		-0,3		-0,4		-0,6	
Rein	1,0**		1,3*		-0,3		-0,6	
Mélanome	2,0**		1,1**		0,4		-0,6	
Leucémie	0,2		0,0		-0,6		-0,9	
Corps de l'utérus	–		0,3		–		-0,2	
Thyroïde	4,9**		10,4**	1997	0,8		-1,4	
Pancréas	-0,7*		-0,3		-0,8*		-0,5	
Cavité buccale	-1,5*	1997	-0,4		-2,5**		-0,9	
Estomac	-2,5**		-2,7**		-3,5**		-3,2**	
Encéphale	-0,5		-2,3	1999	-0,8*		-0,6	
Ovaire	–		-0,6		–		-0,5	
Myélome multiple	-0,1		0,1		-1,6**		-0,2	
Oesophage	0,3		-1,3*		0,4		-0,4	
Foie	2,5**		1,4		1,9*		2,3	1995
Col de l'utérus	–		-2,2**		–		-3,6**	
Larynx	-3,6**		-3,4**		-2,9**		-2,4	
Maladie de Hodgkin	-0,6		-0,3		-4,8**		-2,8	
Testicule	1,3		–		-5,8**		–	

– Sans objet

* Significatif à $p = 0,05$

** Significatif à $p = 0,01$

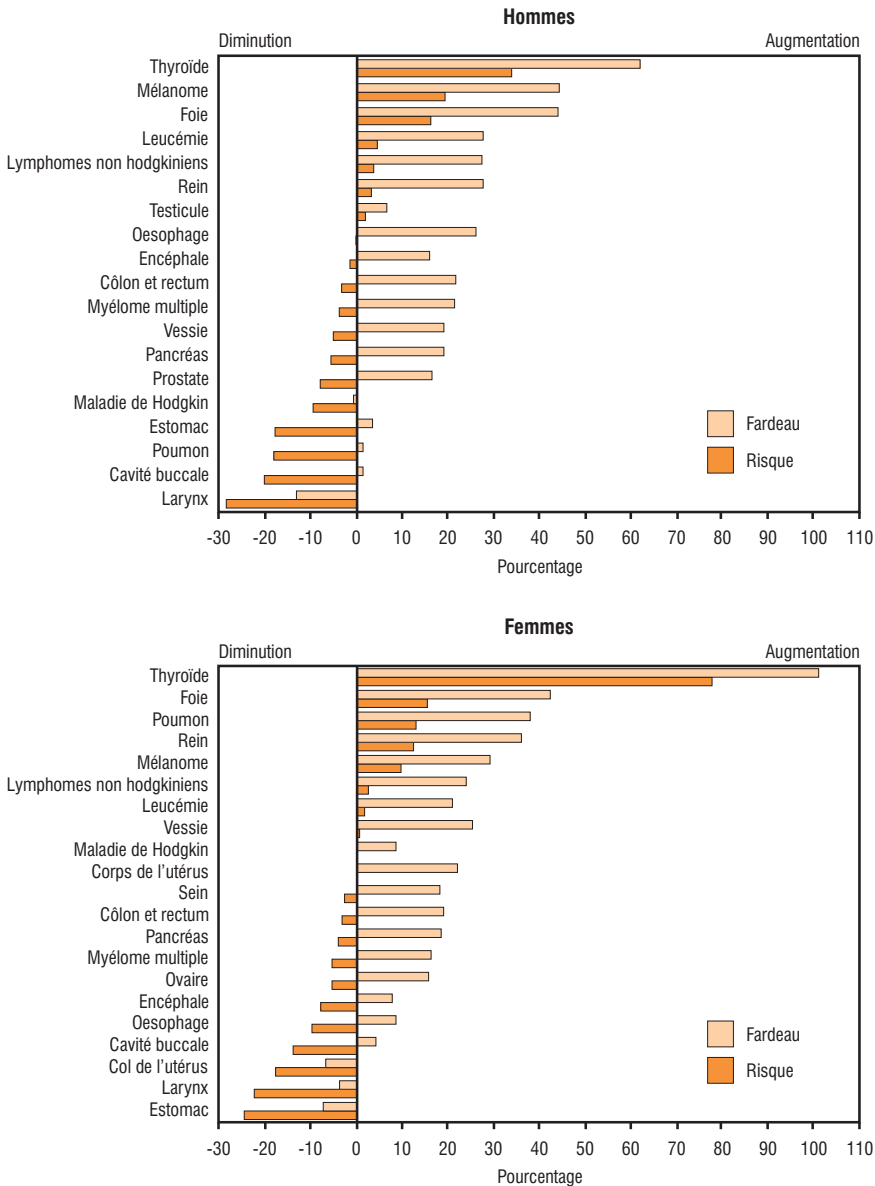
† Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la tendance a changé après 1994. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

Nota : On calcule la variation annuelle moyenne en pourcentage en se basant sur un modèle linéaire logarithmique. Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1986 à 2003.

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

Figure 7.1

Variation en pourcentage du fardeau de l'incidence (nombre total de nouveaux cas) et du risque de décès par cancer (taux d'incidence normalisés selon l'âge) pour certains cancers, Canada, de 1994 à 2003

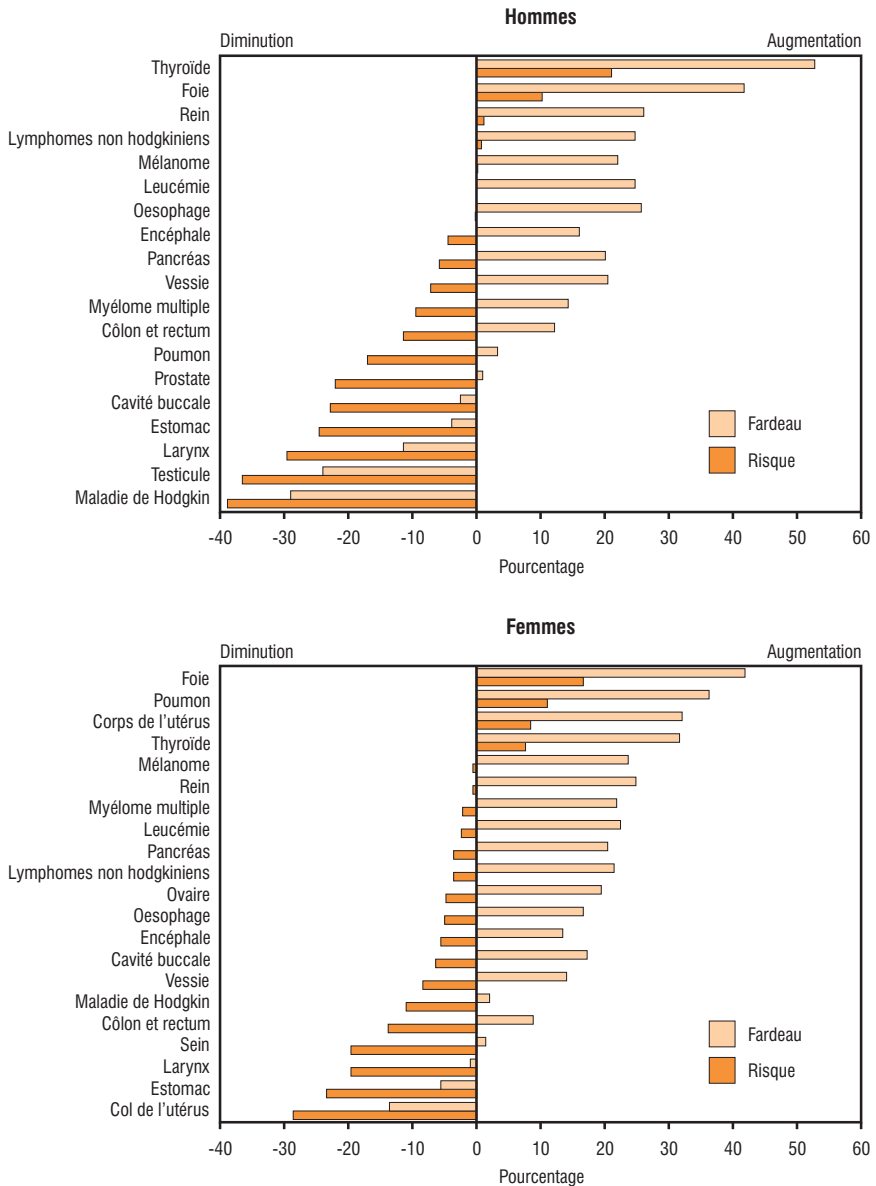


Nota : Voir le tableau 9 pour connaître la variation annuelle moyenne en pourcentage pour tous les cancers. Les sièges sont classés par ordre décroissant de variation du taux en pourcentage.

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

Figure 7.2

Variation en pourcentage du fardeau de la mortalité (nombre total de décès) et du risque de décès par cancer (taux de mortalité normalisés selon l'âge) pour certains cancers, Canada, de 1994 à 2003



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

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

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

Le cancer est une maladie qui frappe surtout les Canadiens âgés. Les estimations pour 2007 présentées au tableau 10 montrent que 70 000 nouveaux cas (44 %) et 44 000 décès dus au cancer (60 %) surviendront dans la population canadienne de 70 ans et plus et qu'en outre, 41 000 nouveaux cas (25 %) et 16 000 décès (22 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans. Par contre, chez les moins de 20 ans, on observera moins de 1 % des nouveaux cas et des décès. L'âge médian auquel le diagnostic de cancer est posé se situe entre 65 et 69 ans, et l'âge médian au décès, entre 70 et 74 ans pour les deux sexes.

Il importe toutefois de signaler que 48 000 nouveaux cas (30 %) et 13 000 décès (18 %) surviendront entre l'âge de 20 et de 59 ans. Il s'agit là des années les plus productives sur les plans professionnel et familial. De plus, un nombre croissant de personnes de plus de 65 ans continuent de travailler et représentaient plus de 2 % de la population active selon le recensement de 2001¹⁸. C'est dire que le cancer peut avoir des répercussions énormes sur le tissu social et l'économie du Canada.

La figure 8 illustre les taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge de cinq ans en 2003, année la plus récente pour laquelle on dispose de données complètes. Les taux d'incidence et de mortalité augmentent fortement avec l'âge chez les hommes et les femmes. Les taux d'incidence du cancer sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, sauf entre 15 et 54 ans; les taux de mortalité chez les hommes sont supérieurs sauf entre l'âge de 25 et 54 ans. L'écart est particulièrement important chez les hommes dans les groupes plus âgés.

Le tableau 11 présente la répartition selon l'âge et le sexe des cancers les plus courants chez les Canadiens. Plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du poumon et de cancer colorectal et 47 % des cas de cancer de la prostate seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus. En revanche, 29 % seulement des cancers du sein seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus, et 20 %, chez des femmes de moins de 50 ans. Fait à signaler, bien que l'on estime que la plus forte proportion de nouveaux cas de cancer du sein surviennent entre 50 et 59 ans, les décès par cancer du sein seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus, ce qui montre les bienfaits associés au dépistage et au traitement chez les femmes d'âge moyen (voir *Sujet particulier*). De même, la majorité des cas de cancer de la prostate surviennent chez les hommes de 60 à 79 ans; par contre, les décès dus au cancer de la prostate sont plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus. Ce phénomène rend vraisemblablement compte de l'effet du dépistage effectué auprès des hommes plus jeunes et de la lente évolution de la maladie dans un grand nombre de cas.

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers et pour huit groupes d'âge sont représentées graphiquement à la figure 9 (une échelle différente sur l'axe des y étant utilisée pour chaque groupe d'âge, compte tenu du large éventail des taux selon l'âge). Les taux sont très manifestement plus élevés chez les femmes dans les groupes de 20-29 ans, de 30-39 ans et de 40-49 ans, ce qui est en grande partie attribuable au cancer du sein, le plus fréquent chez les femmes de ces groupes, tant pour l'incidence que pour la mortalité par cancer (près de 40 % des cas diagnostiqués et de 25 % des décès).

Une ventilation des grands groupes d'âge décrits dans des publications antérieures fait apparaître d'autres constats nouveaux et étonnants (figure 9). En effet, on observe une nette augmentation de l'incidence de l'ensemble des cancers dans les populations tant

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

masculine que féminine de 20 à 29 ans, pendant toute la période étudiée chez les hommes et, plus récemment, depuis la fin des années 80, chez les femmes. On peut imputer ce phénomène à la tendance à la hausse de l'incidence des lymphomes non hodgkiniens, des cancers de la thyroïde et du rein chez la femme, et des lymphomes non hodgkiniens, des mélanomes et des cancers du testicule et de la thyroïde chez l'homme¹⁹. Entre 30 et 39 ans, le taux d'incidence est en hausse chez la femme alors qu'il a décliné chez l'homme au cours des années 90, entre autres grâce à la diminution de l'incidence du sarcome de Kaposi et du cancer du poumon. On pense que ce dernier phénomène s'explique en partie par un recul durable du tabagisme chez les jeunes hommes. Les taux d'incidence demeurent stables au fil du temps dans le groupe des 40 à 49 ans, mais ils grimpent chez les femmes de tous les groupes d'âge plus avancé et chez les hommes, jusqu'à l'âge de 70 ans. Après 70 ans, chez les hommes, le taux d'incidence a chuté, essentiellement en raison de la diminution des cas de cancer du poumon. Le recours accru, à la fin des années 80 et au début des années 90, au dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour la détection des cancers de la prostate au stade précoce a manifestement porté fruit chez les hommes de 60 et plus (voir la section *Tendances de l'incidence et de la mortalité*), comme en témoigne le premier pic qui ressort des graphiques de la figure 9. Le second pic survenu aux environs de 2000 est sans doute également attribuable à l'utilisation accrue du dosage de l'APS à des fins de dépistage. Le cancer est plus répandu chez l'homme que chez la femme, ainsi que chez les jeunes de moins de 20 ans et les adultes de plus de 60 ans. Par contre, entre 20 et 59 ans, le cancer est plus répandu chez la femme, de façon marquée, surtout à cause des cancers liés au sexe (plus particulièrement les cancers du sein et du col de l'utérus), mais aussi à cause du cancer du poumon, des mélanomes et du cancer de la thyroïde.

Les taux de mortalité sont en baisse chez les deux sexes jusqu'à l'âge de 70 ans, après quoi, ils sont en hausse chez la femme, alors qu'ils chutent chez les hommes de plus de 69 ans. Ce phénomène, pense-t-on, rend compte du déclin durable du tabagisme chez les hommes et de ses effets sur le cancer du poumon.

Au cours de 1994 à 2003, des baisses significatives d'environ 2 % des taux de mortalité ont été enregistrés annuellement dans tous les groupes d'âge de dix ans, chez les hommes de plus de 30 ans. Chez les femmes, une diminution marquée a aussi été observée chez les 0 à 19 ans (3 % par an) et les 30 à 49 ans (> 2 % par an). Chez celles de 50 à 69 ans, la baisse a été plus modeste, quoique statistiquement significative.

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

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

Tableau 10

Répartition de tous les cancers combinés, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007

Groupe d'âge	Population (en milliers) Estimations pour 2007			Nouveaux cas Estimations pour 2007			Décès Estimations pour 2007		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
0-19	7 757	3 973	3 784	1 300	700	580	180	100	80
20-29	4 509	2 292	2 217	1 850	850	1 000	230	120	110
30-39	4 585	2 310	2 275	4 300	1 550	2 800	710	300	410
40-49	5 335	2 675	2 660	12 800	4 500	8 300	3 200	1 350	1 800
50-59	4 539	2 244	2 296	28 800	13 300	15 500	8 900	4 400	4 500
60-69	2 969	1 446	1 523	40 700	23 500	17 200	15 700	8 800	6 900
70-79	1 936	886	1 050	41 400	24 300	17 100	21 600	12 300	9 200
80+	1 192	426	766	28 800	14 000	14 800	22 300	10 900	11 400
Tous les âges	32 822	16 251	16 571	159 900	82 700	77 200	72 700	38 400	34 300

Nota : Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*. Les projections de la population pour 2007 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

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

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

Tableau 11

Répartition de certains cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2007

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
Nouveaux cas								
0-19	10	5	5	10	5	5	–	5
20-29	25	15	10	40	20	20	–	70
30-39	120	50	70	210	110	100	5	840
40-49	1 050	410	660	1 050	550	520	340	3 500
50-59	3 500	1 650	1 800	3 200	1 850	1 350	3 500	6 200
60-69	6 700	3 600	3 100	5 200	3 200	1 950	8 000	5 300
70-79	7 600	4 300	3 200	6 100	3 500	2 600	7 000	3 800
80+	4 400	2 300	2 100	5 000	2 200	2 900	3 400	2 600
Tous les âges	23 300	12 400	10 900	20 800	11 400	9 400	22 300	22 300
Décès								
0-19	–	–	–	10	–	10	–	–
20-29	5	5	5	10	5	5	–	5
30-39	65	25	40	55	25	25	–	110
40-49	730	300	430	290	160	130	15	460
50-59	2 500	1 300	1 250	960	560	400	130	950
60-69	5 300	3 000	2 300	1 750	1 100	630	530	1 000
70-79	6 700	3 900	2 800	2 500	1 500	1 000	1 350	1 150
80+	4 600	2 500	2 100	3 200	1 350	1 800	2 300	1 650
Tous les âges	19 900	11 000	8 900	8 700	4 700	4 000	4 300	5 300

– Moins de 3 cas ou décès.

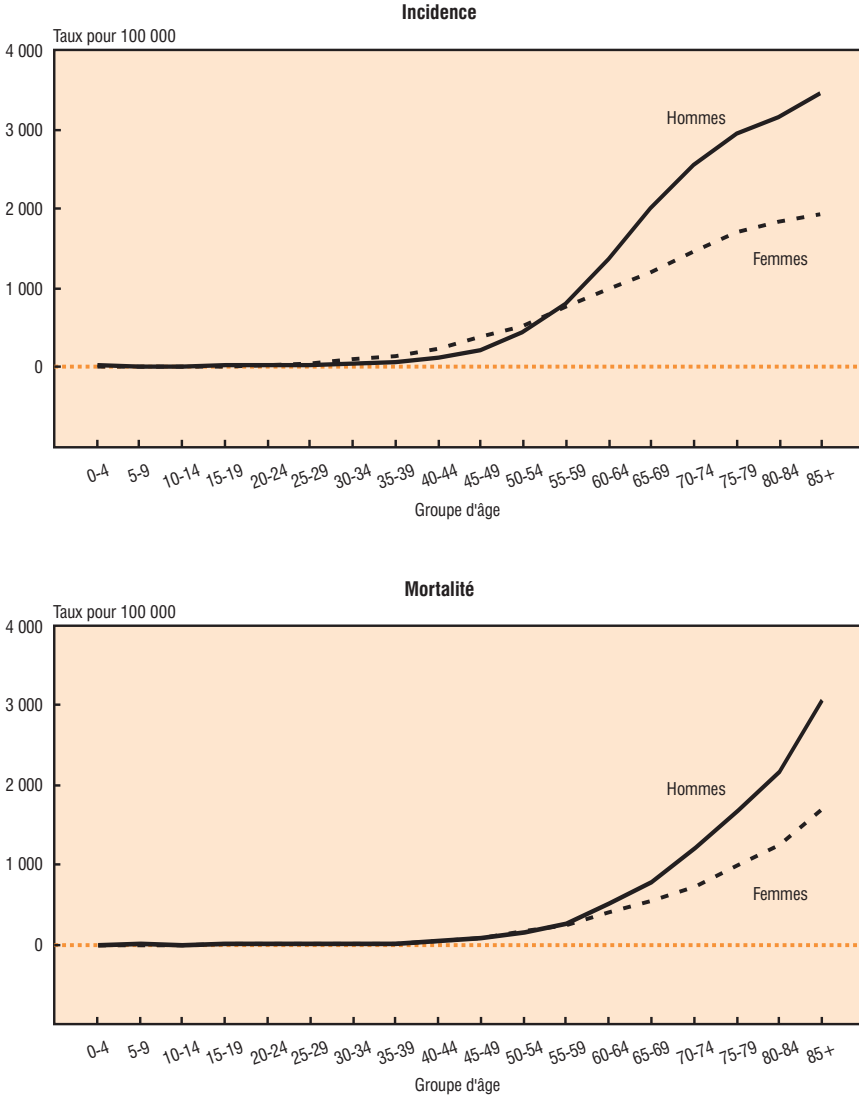
Nota : Les chiffres ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour plus de détails, voir l'*Annexe II : Méthodologie*.

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

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

Figure 8

Taux d'incidence et de mortalité par groupe d'âge pour tous les cancers, selon le sexe, Canada, 2003



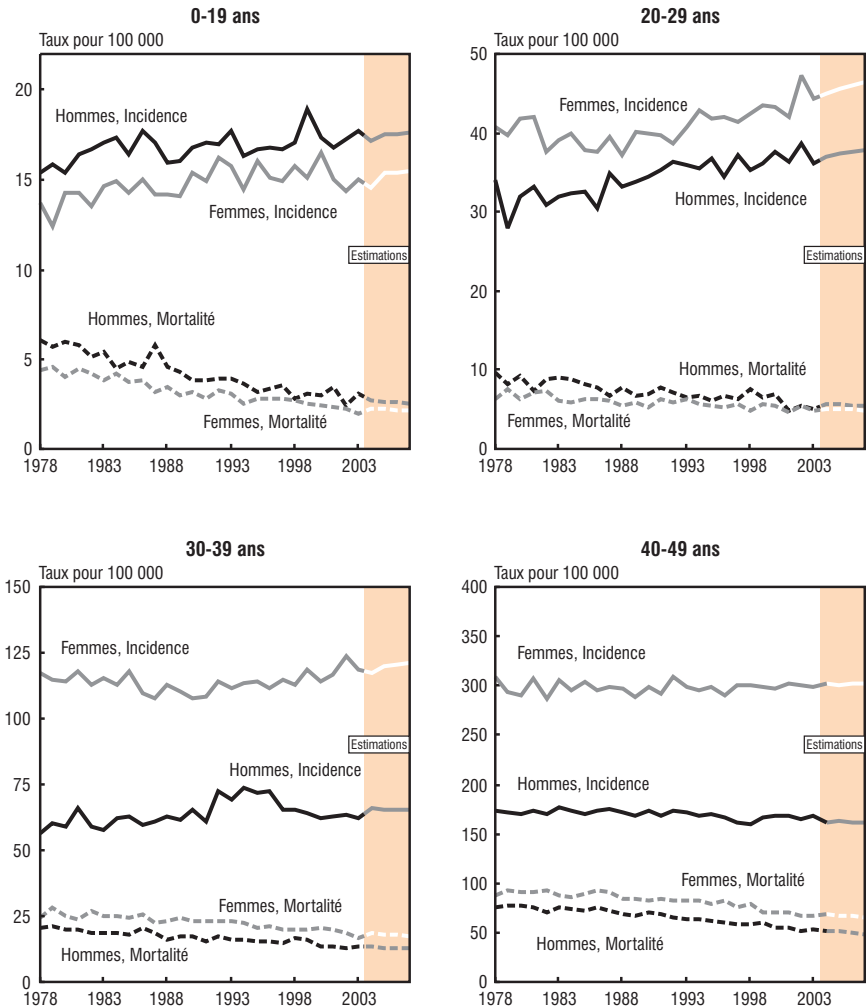
Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

Figure 9

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1978-2007



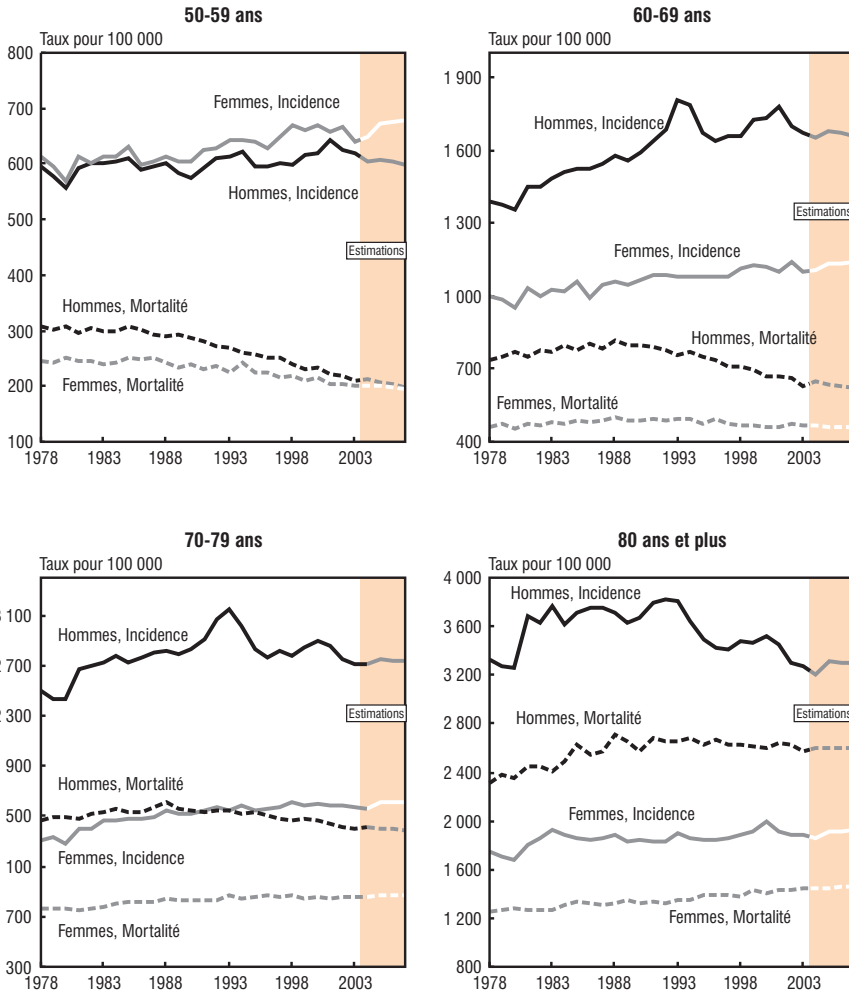
Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004.

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

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

Figure 9 (suite)

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge et pour tous les cancers, Canada, 1978-2007



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004.

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

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

Le calcul de ces probabilités reflète la survenue du cancer dans une cohorte hypothétique. Par exemple, si l'on suit une cohorte de 1 000 femmes de 50 ans jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge de 59 ans, on estime que 62 d'entre elles, soit 6 % (1 sur 16), seront atteintes d'un cancer au cours de cette période de dix ans. Ce pourcentage représente donc le risque qu'une femme de 50 ans souffre d'un cancer avant l'âge de 60 ans. En suivant le même raisonnement, on estime que le risque qu'un homme de 60 ans soit atteint d'un cancer avant l'âge de 70 ans s'établit à 15 % (1 homme sur 7). Pour ce qui est de la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de la vie, les données sont présentées en termes de probabilité (en pourcentage) et de probabilité inverse. Par exemple, dans le cas des hommes, la probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de la vie s'établit à 0,44 (44 %), tandis que la probabilité inverse est de 1 sur 2,3. Ainsi, on prévoit qu'environ 2 hommes sur 5 seront atteints d'une forme de cancer durant leur vie. De même, 1 femme sur 2,6 (un peu plus de 1 femme sur 3) souffrira d'un cancer à un moment de sa vie. Par ailleurs, 1 homme sur 3,5 et 1 femme sur 4,2, soit environ 1 Canadien sur 4, seront emportés par le cancer.

Au cours de sa vie, 1 femme sur 9 sera atteinte du cancer du sein, qui est la forme la plus courante de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome) dont souffrent les femmes, et 1 femme sur 27 sera emportée par cette maladie. De plus, 1 femme sur 16 sera atteinte du cancer colorectal, mais 1 sur 32 seulement en mourra. Enfin, 1 femme sur 16 sera atteinte du cancer du poumon et 1 sur 19 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 8 sera atteint du cancer de la prostate, mais 1 sur 27 seulement en mourra. Par ailleurs, 1 homme sur 12 sera atteint du cancer du poumon, et 1 sur 12 sera emporté par ce dernier, ce qui en fait de loin la principale cause de décès par cancer chez les Canadiens de sexe masculin.

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 années suivantes est un indicateur utile du risque de cancer à court terme. Bien que le risque qu'une femme soit atteinte d'un cancer du sein durant sa vie soit de 11 % (1 femme sur 9) et que ce risque augmente avec l'âge, le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 70 ans n'est que de 3 % (1 femme sur 33). Signalons qu'une femme de 60 ans qui soupèse le risque d'avoir un cancer du sein attache davantage d'importance à cette dernière probabilité statistique qu'à la première. Le tableau 12 montre à quel point le risque d'être atteint du cancer de la prostate augmente avec l'âge. Avant l'âge de 50 ans, il est peu probable qu'un homme souffre de ce cancer. Cependant, le risque pour un homme de 70 ans d'être atteint d'un cancer de la prostate avant l'âge de 80 ans s'établit à 6 % (1 homme sur 16). Il s'agit du risque le plus élevé, tant pour l'homme que pour la femme, de souffrir d'un cancer pendant l'une ou l'autre des décennies de sa vie.

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

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

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

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

Tableau 12

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

	Probabilité à vie :				Probabilité (%) d'être atteint du cancer au cours des 10 années suivantes, par groupe d'âge					
	d'être atteint		de mourir		30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
	%	Un sur	%	Un sur						
Hommes										
Tous les cancers	44,0	2,3	28,2	3,5	0,6	1,7	6,0	14,9	21,5	20,4
Prostate	13,2	7,6	3,7	27,3	–	0,1	1,6	5,2	6,1	4,8
Poumon	8,5	11,7	8,1	12,4	–	0,2	0,8	2,5	4,3	3,6
Côlon et rectum	7,1	14,0	3,6	28,1	–	0,2	0,8	2,0	3,2	3,3
Vessie*	3,5	28,5	1,0	99,7	–	0,1	0,3	0,9	1,7	1,8
Lymphomes non hodgkiniens	2,1	48,4	1,1	93,7	0,1	0,1	0,3	0,6	0,8	0,8
Rein	1,8	56,6	0,7	141,2	–	0,1	0,3	0,5	0,7	0,6
Leucémie	1,7	59,0	1,1	93,8	–	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8
Estomac	1,4	70,7	1,0	103,8	–	–	0,1	0,3	0,6	0,7
Cavité buccale	1,3	74,2	0,5	205,0	–	0,1	0,3	0,4	0,5	0,3
Mélanome	1,3	75,7	0,3	301,6	0,1	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4
Pancréas	1,2	80,8	1,3	75,7	–	–	0,1	0,3	0,6	0,6
Encéphale	0,8	126,0	0,6	172,4	–	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Oesophage	0,7	140,3	0,8	126,2	–	–	0,1	0,2	0,3	0,3
Myélome multiple	0,7	144,2	0,5	191,2	–	–	0,1	0,2	0,3	0,3
Foie	0,6	180,9	0,3	312,5	–	–	0,1	0,2	0,2	0,2
Femmes										
Tous les cancers	38,9	2,6	23,9	4,2	1,2	3,0	6,2	10,2	13,8	13,7
Sein	10,9	9,2	3,7	26,9	0,4	1,2	2,3	3,0	3,1	2,5
Côlon et rectum	6,3	15,8	3,2	31,5	–	0,2	0,6	1,3	2,3	2,8
Poumon	6,1	16,3	5,2	19,1	–	0,2	0,7	1,8	2,5	1,7
Corps de l'utérus	2,4	41,9	0,6	176,2	–	0,1	0,6	0,7	0,7	0,5
Lymphomes non hodgkiniens	1,8	55,8	0,9	109,8	–	0,1	0,2	0,4	0,6	0,6
Ovaire	1,4	69,4	1,1	87,7	–	0,1	0,3	0,3	0,4	0,4
Pancréas	1,4	73,8	1,4	71,5	–	–	0,1	0,3	0,5	0,7
Vessie*	1,2	81,4	0,4	233,4	–	–	0,1	0,2	0,4	0,5
Leucémie	1,2	84,8	0,8	125,7	–	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5
Rein	1,1	89,0	0,4	227,9	–	0,1	0,1	0,3	0,4	0,3
Thyroïde	1,1	89,4	0,1	1 365,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Mélanome	1,0	96,0	0,2	491,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Estomac	0,7	134,4	0,6	165,8	–	–	0,1	0,1	0,2	0,4
Col de l'utérus	0,7	147,1	0,2	437,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Cavité buccale	0,6	154,8	0,2	401,3	–	–	0,1	0,2	0,2	0,2
Encéphale	0,6	157,7	0,5	216,6	–	–	0,1	0,1	0,2	0,1

– Valeur inférieure à 0,05

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

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer (à l'exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux)) selon l'âge et le sexe au Canada en 2003 et sur les tables de mortalité fondées sur les taux pour l'ensemble des causes de 2001 à 2003. La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de personnes qui meurent du cancer à l'intérieur d'une cohorte soumise aux conditions de mortalité s'appliquant dans l'ensemble de la population de 2003. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie.

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

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

La figure 10, qui illustre le classement de 12 causes de décès prématuré au Canada en 2003 représentées en années potentielles de vie perdues (APVP), montre que le cancer vient au premier rang, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les 1 006 000 APVP dues au cancer représentent 32 % du total attribuable à l'ensemble des causes de décès (tableau 13). Les maladies du cœur viennent au deuxième rang.

Les APVP associées aux divers sièges et types de cancer (tableau 13) indiquent que le cancer du poumon a entraîné à lui seul la perte de 266 800 années potentielles de vie, ce qui correspond à 27 % de la mortalité prématurée due au cancer. En 2003, 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 cancers ont été le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal, auxquels on attribue 52 % des APVP à cause du cancer. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'importance relative de ces cancers quant au nombre d'années potentielles de vie perdues n'a pas changé au cours des dernières années. Chez la femme, toutefois, le nombre d'APVP dues au cancer du poumon, qui est supérieur à celui observé pour le cancer du sein, reflète les taux élevés de mortalité par cancer du poumon chez les femmes de 50 à 79 ans. Chez l'homme, bien que le cancer de la prostate soit plus répandu que le cancer du poumon, le nombre d'APVP attribuable au cancer du poumon est quatre fois supérieur au nombre attribuable au cancer de la prostate, ce qui témoigne des taux de mortalité plus élevés associés au cancer du poumon et de l'âge plus jeune auquel les hommes sont atteints de ce type de cancer et en meurent.

Le nombre d'années potentielles de vie perdues est d'autant plus élevé que le cancer est répandu, qu'il se déclare à un jeune âge et qu'il entraîne rapidement la mort. Si l'on prend les cancers les plus fréquents chez l'homme et la femme, on constate que le nombre d'APVP associées au cancer du sein (95 300) dépasse largement celui attribuable au cancer de la prostate (33 400), ce qui tient à l'âge relativement jeune auquel les femmes meurent du cancer du sein. Par contre, dans le cas de la maladie de Hodgkin, ce nombre, qui s'établit à 2 500, indique que ce type de cancer est moins courant et qu'il est relativement curable.

Bien que beaucoup plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes (520 700 contre 485 300), du fait que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que certains décès dus au cancer surviennent à un plus jeune âge chez la femme.

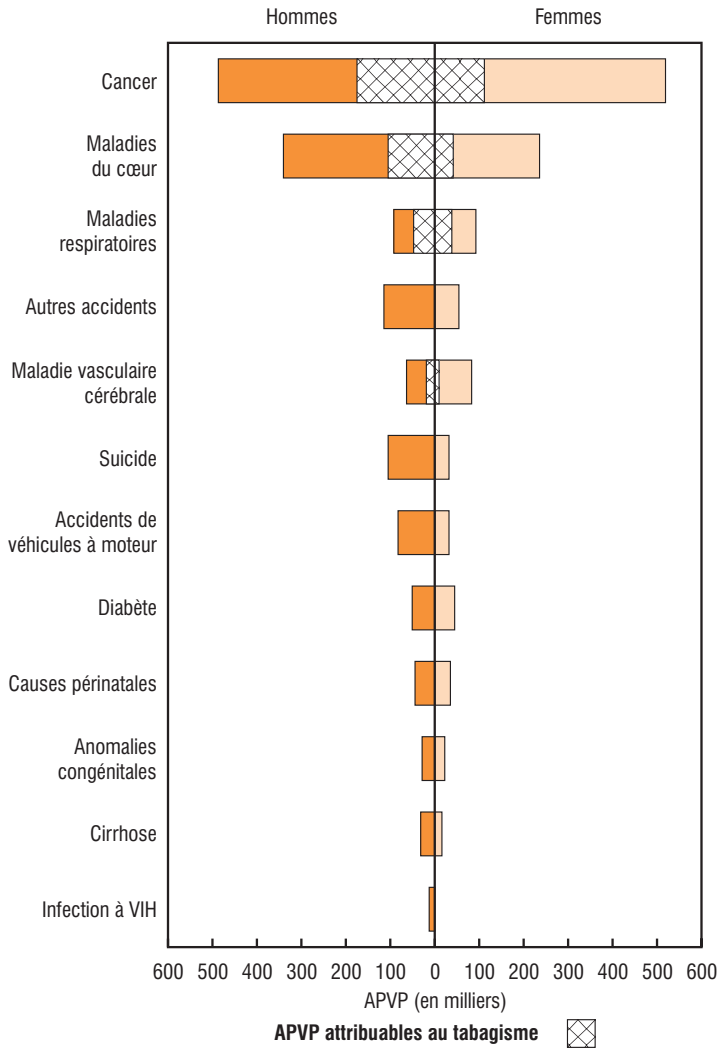
L'usage des produits du tabac constitue la principale cause des décès prématurés évitables dus au cancer. De nombreux décès provoqués par d'autres maladies sont également causés par le tabagisme (figure 10). Chez les hommes, la consommation de tabac est responsable de plus du tiers des APVP découlant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

Le cancer est la principale cause de décès prématuré au Canada. Pour la première fois, il est responsable de plus d'un million d'années potentielles de vie perdues au Canada.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Figure 10

Causes choisies d'années potentielles de vie perdues (APVP),
Canada, 2003



Nota : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres ayant été arrondis et certains sièges ou types de cancer ayant été exclus, la somme des nombres et des pourcentages peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les APVP attribuables à la consommation de tabac sont fondées sur les estimations du risque relatif basé sur le suivi de la cohorte CPS-II et les estimations de la consommation de tabac au Canada en 2003. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Tableau 13

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, Canada, 2003

	Années potentielles de vie perdues (APVP)					
	Total		Hommes		Femmes	
	Années	%	Années	%	Années	%
TOUTES LES CAUSES	3 175 900	–	1 702 500	–	1 473 400	–
Tous les cancers	1 006 000	100	485 300	100	520 700	100
Sièges ou types de cancer						
Poumon	266 800	26,5	142 000	29,3	124 800	24,0
Côlon et rectum	111 300	11,1	58 300	12,0	53 100	10,2
Sein	95 300	9,5	–	–	95 300	18,3
Pancréas	50 300	5,0	24 700	5,1	25 600	4,9
Lymphomes non hodgkiniens	40 600	4,0	22 100	4,6	18 500	3,6
Leucémie	37 000	3,7	20 800	4,3	16 200	3,1
Encéphale	35 700	3,5	19 600	4,0	16 100	3,1
Prostate	33 400	3,3	33 400	6,9	–	–
Estomac	29 000	2,9	17 200	3,5	11 800	2,3
Ovaire	28 400	2,8	–	–	28 400	5,5
Rein	22 700	2,3	14 100	2,9	8 700	1,7
Oesophage	21 700	2,2	16 500	3,4	5 100	1,0
Cavité buccale	17 900	1,8	12 300	2,5	5 600	1,1
Vessie	18 000	1,8	12 300	2,5	5 700	1,1
Myélome multiple	16 100	1,6	8 200	1,7	7 900	1,5
Mélanome	14 300	1,4	8 200	1,7	6 100	1,2
Corps de l'utérus	11 700	1,2	–	–	11 700	2,2
Foie	10 500	1,0	7 900	1,6	2 600	0,5
Col de l'utérus	9 900	1,0	–	–	9 900	1,9
Larynx	7 100	0,7	5 700	1,2	1 400	0,3
Maladie de Hodgkin	2 500	0,2	1 400	0,3	1 100	0,2
Testicule	1 300	0,1	1 300	0,3	–	–

– Sans objet

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

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

La prévalence désigne le nombre total de personnes qui, à un moment précis, vivaient avec un cancer diagnostiqué. Le tableau 14 présente le nombre estimatif de Canadiens qui, en 2003, étaient toujours vivants après un diagnostic de cancer posé au cours des 15 dernières années. L'estimation de la prévalence est fournie pour les quatre cancers les plus courants, les autres cancers confondus et tous les cancers. Le tableau indique le nombre et le pourcentage de Canadiens qui vivaient avec un cancer diagnostiqué au cours des 15 années précédant l'année 2003 et le taux inverse (c.-à-d., la population dont est issu un cas de cancer). Ces estimations sont basées sur les taux de survie pour la Saskatchewan, qui ont été appliqués aux données canadiennes sur l'incidence.

La prévalence globale du cancer dans la population canadienne est de 2,5 % chez les hommes et de 2,8 % chez les femmes. En 2003, environ 387 700 hommes et 445 400 femmes avaient survécu au cancer, soit un total d'environ 833 100 Canadiens (ou 2,6 % de la population), ce qui signifie que 1 Canadien sur 40 et 1 Canadienne sur 36 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 122 400 hommes, soit 0,8 % de la population masculine, suivi du cancer colorectal (53 400 cas) et du cancer du poumon (18 100 cas). Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes (162 600 cas, soit 1 % de la population féminine), également suivi du cancer colorectal (53 600 cas) et du cancer du poumon (19 500 cas). Les taux de prévalence sont influencés par les taux d'incidence et la période moyenne de survie, qui dépendent tous deux de l'âge. Par conséquent, bien que les taux d'incidence et de survie ajustés selon l'âge soient plus élevés, dans l'ensemble, pour le cancer de la prostate que pour le cancer du sein, la prévalence du cancer du sein est plus élevée que celle du cancer de la prostate parce que le cancer du sein est plus fréquent dans les groupes d'âge plus jeunes. Dans le cas du cancer du poumon, les taux de survie sont faibles; ainsi, même si l'incidence est élevée, la prévalence est relativement faible.

Les données sur la survie à l'échelle nationale depuis 15 ans ne sont pas disponibles. Par conséquent, dans l'estimation des taux de prévalence, nous avons tenu pour acquis que les taux de survie pour la Saskatchewan étaient représentatifs des taux pour le Canada. Bien qu'il existe d'autres méthodes d'estimation, celles-ci ne permettent pas de connaître la prévalence nationale pour certains types de cancer. Par exemple, 5,4 % des répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2005) ont fait état d'antécédents de cancer, pourcentage qui, comme prévu, est supérieur à la prévalence estimative mentionnée précédemment pour tous les Canadiens (2,6 %). Ce constat tient peut-être entre autres au fait que les cancers de la peau autres que le mélanome, qui sont répandus et associés à un taux de survie très élevé, sont inclus dans l'ESCC 2005, mais pas dans les estimations des Statistiques canadiennes sur le cancer. Une autre méthode, utilisée par le personnel du Registre des cas de cancer de l'Ontario, consistait à calculer le nombre de personnes atteintes de cancer qui, d'après l'information disponible, n'étaient pas décédées, ce qui a donné un taux de prévalence de 0,3 % pour le cancer colorectal (soit un taux identique aux résultats indiqués au tableau 14). Ainsi, il est rassurant de constater que les estimations obtenues au moyen d'autres méthodes ont donné les mêmes taux de prévalence.

La prévalence est un indicateur utile du fardeau que représente le cancer tant pour la personne touchée que pour le système de santé. Bien qu'un grand nombre de personnes qui survivent au cancer continuent de mener une vie productive et gratifiante, l'expérience du cancer est douloureuse et présente nombre de difficultés d'ordre physique, psychologique et spirituel pour les personnes atteintes de cancer, leur famille et leurs proches. Ces difficultés pourraient persister au-delà de la guérison même de la personne, nécessitant souvent une utilisation importante des services de réadaptation et de soutien. Un grand nombre de Canadiens doivent composer avec les effets du cancer, doivent être soumis à des traitements actifs répétés et ont un besoin constant de ressources et de services de soutien pour lutter contre le cancer. Cette augmentation de la demande et la complexité des besoins de santé des survivants doivent être prises en considération lors de la planification et de la mise en œuvre des services de santé interdisciplinaires.

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

Tableau 14
Prévalence des cancers les plus courants, selon le sexe, Canada, 2003

	Prévalence (nombre de cas) 15 ans			Prévalence en pourcentage de la population de 2003			Prévalence un sur		
	Les deux	H	F	Les deux	H	F	Les deux	H	F
Tous les cancers	833 100	387 700	445 400	2,6	2,5	2,8	38	40	36
Sein	–	–	162 600	–	–	1,0	–	–	98
Prostate	–	122 400	–	–	0,8	–	–	128	–
Côlon et rectum	107 000	53 400	53 600	0,3	0,3	0,3	296	294	298
Poumon	37 600	18 100	19 500	0,1	0,1	0,1	842	867	820
Tous les autres cancers	403 500	193 800	209 700	1,3	1,2	1,3	78	81	76

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

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

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

À l'instar des taux d'incidence et de mortalité, les données sur la survie au cancer dans une population donnent un aperçu du fardeau que représente cette maladie. Elles ont ceci de particulier qu'elles rendent compte de la gravité de la maladie : un faible taux de survie relative à cinq ans, comme c'est le cas pour le cancer du poumon, indique que le patient a peu de chances de vivre cinq ans ou plus après avoir reçu son diagnostic. Ainsi, lorsqu'on les examine selon le type de cancer et la région, les estimations de la survie peuvent servir à définir les priorités en vue d'améliorer le pronostic²⁰. Lorsqu'on les étudie dans une perspective temporelle, conjointement avec les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité, ces estimations représentent un important indicateur des progrès accomplis dans la lutte contre le cancer²¹.

Bien qu'une estimation de la survie dans une population soit un indicateur « moyen » utile²², elle ne rend pas nécessairement compte des chances de survie d'une personne au cours d'une période donnée (p. ex., cinq ans) après le diagnostic, et ce, parce qu'elle est basée sur les expériences d'un groupe de personnes présentant un mélange hétérogène de caractéristiques pathologiques. De même, les intervalles de confiance des estimations de survie rendent compte non pas de l'éventail des pronostics possibles chez chaque patient, mais plutôt de la variation statistique.

Quels sont les déterminants de la survie?

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

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

Le rapport de survie relative (RSR) est le paramètre privilégié lorsqu'il s'agit d'évaluer les chances de survie des patients atteints du cancer dans une population. Le RSR désigne le rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes atteintes du cancer et la survie attendue chez les membres de la même population générale²³. Ainsi, un rapport de survie relative à cinq ans de 80 % indique que les personnes atteintes de ce cancer avaient 80 % de chances d'être en vie au cours d'une période de cinq ans après le diagnostic, par rapport aux membres de la population générale de profil analogue. Une autre façon de voir les choses consisterait à dire que 20 % des personnes atteintes de ce cancer sont décédées dans les cinq années suivant le diagnostic, des suites directes ou indirectes de leur cancer ou en raison des facteurs de risque qui les prédisposaient à souffrir d'un cancer.

Estimation des rapports de survie relative

Les estimations présentées ici ont soit été extraites des résultats plus détaillés publiés par Statistique Canada²⁴, soit été produites par cet organisme pour les besoins précis de la présente monographie. Les rapports de survie relative à cinq ans au Canada, fondés sur les cas diagnostiqués entre 1996 et 1998, sont illustrés au tableau 15 et dans

la figure 11. Les données englobent tous les cancers envahissants combinés et certains cancers, classés par ordre décroissant de survie pour les deux sexes combinés.

Les RSR à cinq ans, tous cancers confondus, étaient de 60 %. Autrement dit, les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 1996 et 1998 avaient 60 % de chances de vivre encore cinq ans par rapport aux membres comparables de la population générale. L'estimation correspondante de la survie à cinq ans observée (c.-à-d., la proportion de cas vivant cinq ans après le diagnostic) s'élevait à 52 % (données non présentées). La survie relative était meilleure chez les femmes (62 %) que chez les hommes (58 %).

Les RSR à cinq ans étaient les plus élevés pour les cancers du testicule (96 %) et de la thyroïde (96 %). Le pronostic était très favorable dans le cas du cancer de la prostate chez les hommes (RSR de 92 %) et du mélanome chez les femmes (93 %) (tableau 15). Le RSR le plus faible a été relevé chez les personnes souffrant d'un cancer du pancréas (hommes : 6 %; femmes : 7 %); venaient ensuite le cancer de l'œsophage (hommes : 12 %; femmes : 16 %) et celui du foie (hommes : 13 %; femmes : 15 %). Pour tous les cancers examinés, la survie était similaire ou supérieure chez les femmes, sauf pour les cancers du larynx (hommes : 68 %; femmes : 60 %) et de la vessie (hommes : 80 %; femmes : 76 %).

Les RSR provinciaux normalisés selon l'âge et les RSR nationaux par âge pour les cancers de la prostate, du côlon et du rectum et du poumon (les cancers les plus souvent diagnostiqués) sont indiqués au tableau 16. Les rapports de survie relative associés au cancer de la prostate variaient de 84 % en Saskatchewan à 94 % à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard. Le RSR provincial normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer du côlon et du rectum a été enregistré à l'Île-du-Prince-Édouard (64 %), et le plus faible en Nouvelle-Écosse (58 %) et en Alberta (58 %); sinon, les RSR provinciaux étaient de 60 % ou de 61 %. Le RSR provincial normalisé selon l'âge pour le cancer du sein a atteint un sommet (89 %) à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, et il était le plus bas en Nouvelle-Écosse (84 %). On a noté peu de variation d'une province à l'autre en ce qui concerne le RSR normalisé selon l'âge associé au cancer du poumon.

Plusieurs raisons, réelles ou artéfactuelles, peuvent expliquer la variation observée dans les rapports de survie provinciaux. Au nombre des facteurs réels figurent la diversité des profils d'utilisation et de diffusion des tests de dépistage et de détection précoce, la variabilité des méthodes de diagnostic et les différences sur les plans de l'existence et de l'accessibilité des traitements spécialisés contre le cancer et les différences relatives aux profils démographiques. Ainsi, il est possible que la survie au cancer soit sensiblement meilleure en Saskatchewan qu'en Nouvelle-Écosse en raison, entre autres, de la plus forte participation de sa population féminine aux activités de dépistage du cancer du sein¹⁴. Faute de données sur le stade de la maladie au moment du diagnostic et de détails sur le traitement, il est difficile de déterminer lequel des deux pourrait jouer un rôle important.

Les RSR à cinq ans étaient constants dans tous les groupes d'âge pour le cancer du côlon et du rectum et le cancer du sein, à une exception près : la survie relative au cancer du sein (79 %) était la plus faible chez les personnes dont le cancer avait été diagnostiqué avant l'âge de 40 ans (tableau 17). C'est chez les personnes de 50 à 69 ans que le pronostic après un diagnostic de cancer de la prostate était le plus favorable (environ 95 %). La survie relative au cancer du poumon était la meilleure dans le groupe le plus jeune, puis diminuait généralement avec l'âge. Le RSR à cinq ans pour

SURVIE RELATIVE À CINQ ANS, 1996-1998

le cancer du poumon est passé de 29 % chez les sujets âgés de 20 à 39 ans au moment du diagnostic à 13 % chez ceux de 70 à 99 ans. La survie relative des cas diagnostiqués à un âge plus avancé est en général moins bonne. En effet, il arrive que les traitements administrés à ces patients soient moins fréquents en raison de la présence d'autres affections ou problèmes de santé (phénomène appelé « co-morbidité ») qui nuisent à la capacité de l'organisme de tolérer les traitements anticancéreux et d'y réagir. Autre possibilité, les traitements reçus sont moins agressifs (indépendamment de la co-morbidité)^{25,26}.

La comparaison des estimations relatives à la survie peut aider à cerner les lacunes et à déterminer les changements systémiques prioritaires qui peuvent contribuer à améliorer la survie.

Tableau 15

Rapport de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le siège ou type de cancer et selon le sexe, Canada à l'exclusion du Québec*, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers[†]	60 (60-60)	58 (58-58)	62 (62-62)
Testicule	96 (94-97)	96 (94-97)	–
Thyroïde	96 (95-96)	92 (89-94)	97 (96-98)
Prostate	92 (91-92)	92 (91-92)	–
Mélanome	89 (88-90)	86 (84-87)	93 (92-94)
Sein	86 (86-87)	85 (78-92)	86 (86-87)
Corps de l'utérus	86 (85-87)	–	86 (85-87)
Maladie de Hodgkin	86 (84-87)	85 (82-88)	86 (83-89)
Vessie (y compris <i>in situ</i>)**	79 (77-80)	80 (78-82)	76 (73-78)
Col de l'utérus	72 (70-74)	–	72 (70-74)
Larynx	66 (64-69)	68 (65-70)	60 (54-66)
Rein	65 (63-66)	63 (62-65)	67 (65-69)
Cavité buccale	62 (61-64)	61 (60-63)	64 (62-67)
Côlon et rectum	60 (60-61)	60 (59-61)	61 (60-62)
Lymphomes non hodgkiniens	58 (57-59)	55 (53-56)	61 (59-63)
Leucémie	47 (45-48)	47 (45-49)	47 (45-49)
Ovaire	38 (36-39)	–	38 (36-39)
Myélome multiple	30 (28-32)	31 (28-33)	30 (27-33)
Estomac	24 (22-25)	22 (20-23)	27 (25-29)
Encéphale	24 (22-25)	22 (20-24)	25 (23-28)
Poumon	16 (15-16)	14 (13-15)	18 (17-19)
Foie	14 (12-15)	13 (11-15)	15 (12-19)
Oesophage	13 (12-15)	12 (11-14)	16 (13-19)
Pancréas	6 (6-7)	6 (5-7)	7 (6-8)

– Sans objet

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

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

† Les cancers ont été classés par ordre décroissant du taux de survie relative. Les estimations sont fondées sur les personnes ayant reçu un diagnostic à l'âge de 15 à 99 ans.

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

Source : Statistique Canada. 2006. Statistiques sur la survie au cancer. No 82-226-XIF-2006001 au catalogue. Ottawa : ministre de l'Industrie. (Accessible à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-226-XIF/82-226-XIF2006001.htm>).

Tableau 16

Rapport de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge (%) et intervalle de confiance à 95 %, pour les deux sexes combinés et selon la province* pour certains cancers, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)			
	Prostate	Sein	Côlon et rectum	Poumon
Canada	91 (91-92)	86 (86-87)	60 (60-61)	16 (15-16)
Î.-P.-É.**	94 (88-100)	89 (83-94)	64 (56-72)	15 (10-20)
N.-É.	94 (91-97)	84 (82-86)	58 (55-61)	15 (13-17)
N.-B.	93 (90-95)	87 (84-89)	60 (56-63)	16 (14-18)
Ont.	92 (91-92)	86 (86-87)	60 (59-61)	16 (16-17)
Man.	90 (88-93)	87 (85-89)	60 (57-63)	16 (14-17)
Sask.	84 (82-87)	89 (87-91)	61 (58-64)	14 (12-16)
Alb.	88 (87-90)	85 (84-86)	58 (56-60)	14 (13-15)
C.-B.	93 (92-94)	87 (86-88)	61 (59-62)	14 (13-15)

* Les rapports de survie à T.-N.-L. ne sont pas indiqués parce qu'ils sont artificiellement élevés. En effet, pendant les années étudiées, les cancers étaient sous-déclarés puisque le registre du cancer ne recevait pas d'information tirée des certificats de décès du bureau provincial de la statistique de l'état civil. De manière générale, la survie de ces cas « non signalés » est moins favorable²⁷. Les chiffres ne comprennent pas les données du Québec, entre autres parce que sa méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer diffère de celle utilisée dans les autres registres et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

** Toutes les proportions pour la survie prévue à l'île-du-Prince-Édouard ont été tirées des tables de mortalité canadienne car il était impossible de produire des estimations stables pour chaque âge dans cette province à cause de la petite taille de la population. Les estimations de la survie relative à l'île-du-Prince-Édouard peuvent être biaisées dans la mesure où la survie prévue de la population générale n'était pas la même dans cette province que dans l'ensemble du Canada. Les estimations de survie à l'échelle nationale comprennent les données des territoires, mais les rapports de survie relative dans les territoires normalisés selon l'âge ne sont pas présentés, le nombre de cas étant trop faible pour permettre la production d'estimations fiables normalisées selon l'âge.

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

Source : Statistique Canada. 2006. *Statistiques sur la survie au cancer*. No 82-226-XIF-2006001 au catalogue. Ottawa : ministre de l'Industrie. (Accessible à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-226-XIF/82-226-XIF2006001.htm>).

Tableau 17

Rapport de survie relative à cinq ans (%) et intervalle de confiance à 95 %, selon le groupe d'âge pour certains cancers, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998, Canada à l'exclusion du Québec

	Rapport de survie relative (%) (et intervalle de confiance à 95 %)				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-99
Prostate	–	87 (83-90)	94 (93-95)	95 (95-96)	89 (88-90)
Sein	79 (77-81)	87 (86-87)	87 (86-88)	89 (88-89)	88 (86-89)
Côlon et rectum	61 (57-65)	64 (61-66)	62 (60-63)	61 (60-62)	59 (58-60)
Poumon	29 (24-34)	18 (16-20)	20 (19-21)	17 (16-18)	13 (12-13)

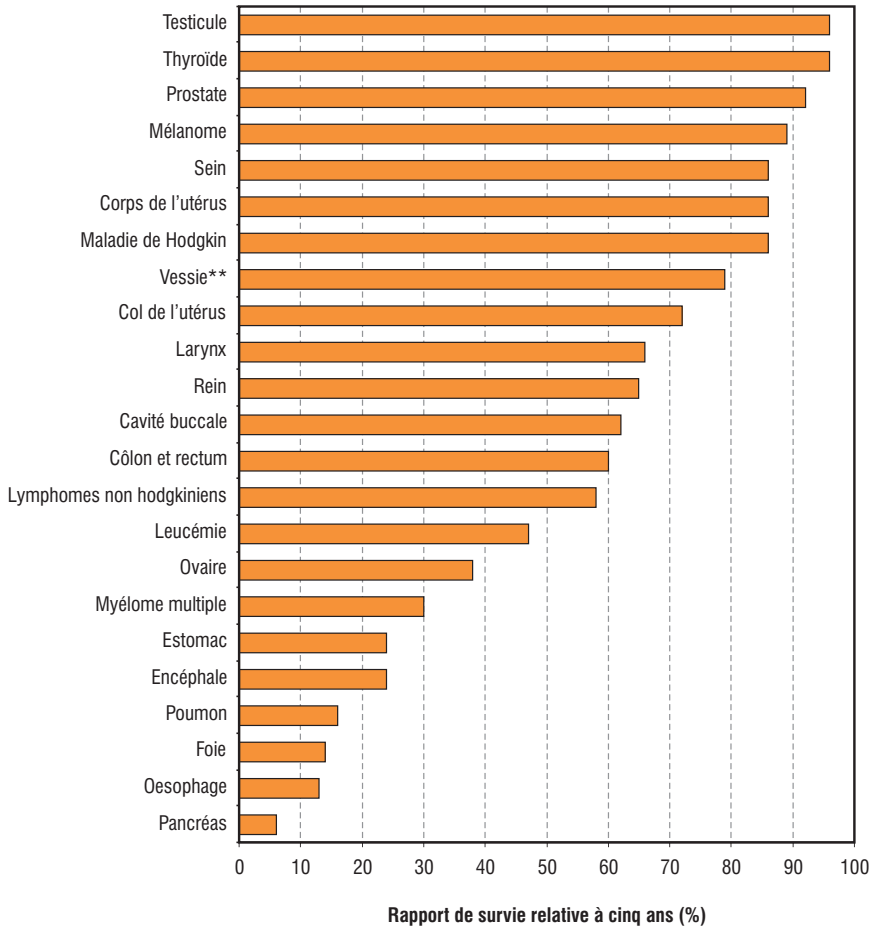
– Estimations non disponibles

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

Source : Statistique Canada. 2006. *Statistiques sur la survie au cancer*. No 82-226-XIF-2006001 au catalogue. Ottawa : ministre de l'Industrie. (Accessible à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-226-XIF/82-226-XIF2006001.htm>).

Figure 11

Rapport de survie relative à cinq ans (%) selon le cancer, les deux sexes combinés, Canada à l'exclusion du Québec*, cas diagnostiqués entre 1996 et 1998



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

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

Source : Statistique Canada. 2006. *Statistiques sur la survie au cancer*. No 82-226-XIF-2006001 au catalogue. Ottawa : ministre de l'Industrie. (Accessible à : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-226-XIF/82-226-XIF2006001.htm>).

Le tableau 18 présente le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge, et le nombre de décès et les taux de mortalité normalisés selon l'âge (1999-2003) chez les enfants et les jeunes canadiens de 0 à 19 ans. En moyenne, durant cette période, 1 289 cas de cancer ont été diagnostiqués chez des enfants et 210 enfants sont morts du cancer chaque année. La leucémie a été à l'origine de 25 % des nouveaux cas et de 29 % des décès dus au cancer chez les enfants; elle demeure le cancer infantile le plus répandu. Les lymphomes, qui représentent le deuxième groupe le plus fréquent de cancers infantiles, sont actuellement responsables d'environ 17 % des nouveaux cas et de 8 % des décès, alors que les cancers de l'encéphale et de la moelle épinière ont produit 17 % des nouveaux cas et 24 % des décès.

Le rapport du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, qui peut être calculé à partir des données indiquées au tableau 18, donne une indication du pronostic de la maladie. Pour l'ensemble des cancers infantiles réunis, ce rapport est d'environ 0,16, ce qui indique qu'environ le sixième des cas se sont soldés par un décès. Les rapports les plus élevés ($> 0,25$) s'observent chez les enfants atteints d'un cancer du foie, de tumeurs du système nerveux sympathique, en particulier de neuroblastomes, de tumeurs osseuses ainsi que certaines tumeurs de l'encéphale et de la moelle épinière. Le rapport élevé dans le cas des neuroblastomes témoigne du stade avancé auquel est souvent diagnostiquée cette maladie. Parmi les sarcomes des tissus mous (0,18), le rhabdomyosarcome (0,26) a un pronostic relativement sombre. Le rapport relativement élevé pour l'ensemble des leucémies s'explique par le rapport beaucoup plus élevé enregistré pour la leucémie aiguë non lymphocytaire (0,34) que pour la leucémie aiguë lymphocytaire (0,10). Bien que le pronostic associé aux lymphomes soit en général assez bon, le rapport décès-nouveaux cas pour la maladie de Hodgkin (0,02) est beaucoup plus faible que celui des lymphomes non hodgkiniens (0,14). Enfin, les faibles rapports associés aux rétinoblastomes et aux tumeurs des cellules germinales indiquent le faible taux de mortalité 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. La figure 12 illustre les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers, la leucémie, les tumeurs de l'encéphale et du système nerveux central ainsi que les lymphomes chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans entre 1985 et 2007. Si les taux globaux d'incidence sont demeurés relativement constants au cours de la période, on constate une baisse des taux de mortalité associés à toutes les principales formes de cancer infantile, surtout à la leucémie. Depuis le début des années 50, les taux de mortalité par cancer infantile ont reculé de plus de 50 %, les baisses les plus importantes étant survenues après 1970. L'amélioration de la survie a été particulièrement spectaculaire dans le cas du cancer infantile le plus fréquent, la leucémie aiguë lymphocytaire, de même que pour les lymphomes et le cancer du rein. Il y a 50 ans, pratiquement personne ne survivait à la leucémie infantile²⁸, mais aujourd'hui, environ 80 % des enfants et des adolescents canadiens atteints de leucémie aiguë lymphocytaire vivent encore, cinq ans après le diagnostic²⁹. 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 de trouver 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 et réduit la morbidité. Avec l'amélioration de la survie associée aux cancers infantiles, il devient plus important d'assurer un suivi à long terme auprès du nombre croissant de survivants.

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

Tableau 18

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge et décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour divers types histologiques chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans, Canada, 1999-2003

Groupe diagnostique ²	Nouveaux cas (1999-2003) ¹		TINA pour 1 000 000 par an	Décès (1999-2003)		TINA pour 1 000 000 par an	Ratio décès : cas
	Nombre	%		Nombre	%		
Leucémie	1 628	25,3	42,5	302	28,7	7,6	0,19
Aiguë lymphocytaire	1 197	18,6	31,4	125	11,9	3,1	0,10
Aiguë non lymphocytaire	244	3,8	6,3	83	7,9	2,1	0,34
Lymphome	1 102	17,1	26,6	81	7,7	1,9	0,07
Maladie de Hodgkin	600	9,3	14,3	14	1,3	0,3	0,02
Lymphomes non hodgkiniens	488	7,6	12,0	67	6,4	1,6	0,14
Encéphale et moelle épinière	1 068	16,6	27,1	252	24,0	6,3	0,24
Astrocytome	492	7,6	12,4	66	6,3	1,6	0,13
T. neuro-ectodermique primitive	240	3,7	6,2	70	6,7	1,8	0,29
Épendymome	84	1,3	2,2	18	1,7	0,5	0,21
Carcinome	581	9,0	13,9	28	2,7	0,7	0,05
Thyroïde	236	3,7	5,6	0	0,0	0,0	0,00
Mélanome	172	2,7	4,1	2	0,2	0,0	0,01
Tissus mous	423	6,6	10,6	77	7,3	1,9	0,18
Rhabdomyosarcome	168	2,6	4,3	44	4,2	1,1	0,26
Fibrosarcome	78	1,2	2,0	3	0,3	0,1	0,04
À cellules germinales et autres t. gonadiques	419	6,5	10,2	26	2,5	0,6	0,06
T. gonadiques à cellules germinales	269	4,2	6,4	5	0,5	0,1	0,02
Os	327	5,1	7,9	106	10,1	2,5	0,32
Ostéosarcome	159	2,5	3,8	54	5,1	1,3	0,34
Sarcome d'Ewing	126	2,0	3,1	47	4,5	1,1	0,37
Système nerveux sympathique	318	4,9	9,0	96	9,1	2,5	0,30
Neuroblastome	302	4,7	8,6	96	9,1	2,5	0,32
Rein	254	3,9	6,9	33	3,1	0,8	0,13
Tumeur de Wilm	222	3,4	6,1	24	2,3	0,6	0,11
Rétinoblastome	104	1,6	3,0	3	0,3	0,1	0,03
Tumeurs hépatiques	75	1,2	2,1	22	2,1	0,6	0,29
Autres cancers	147	2,3	3,8	26	2,5	0,6	0,18
Total (5 ans)	6 446	100,0	163,7	1 052	100,0	26,3	0,16
Moyenne par année	1 289			210			

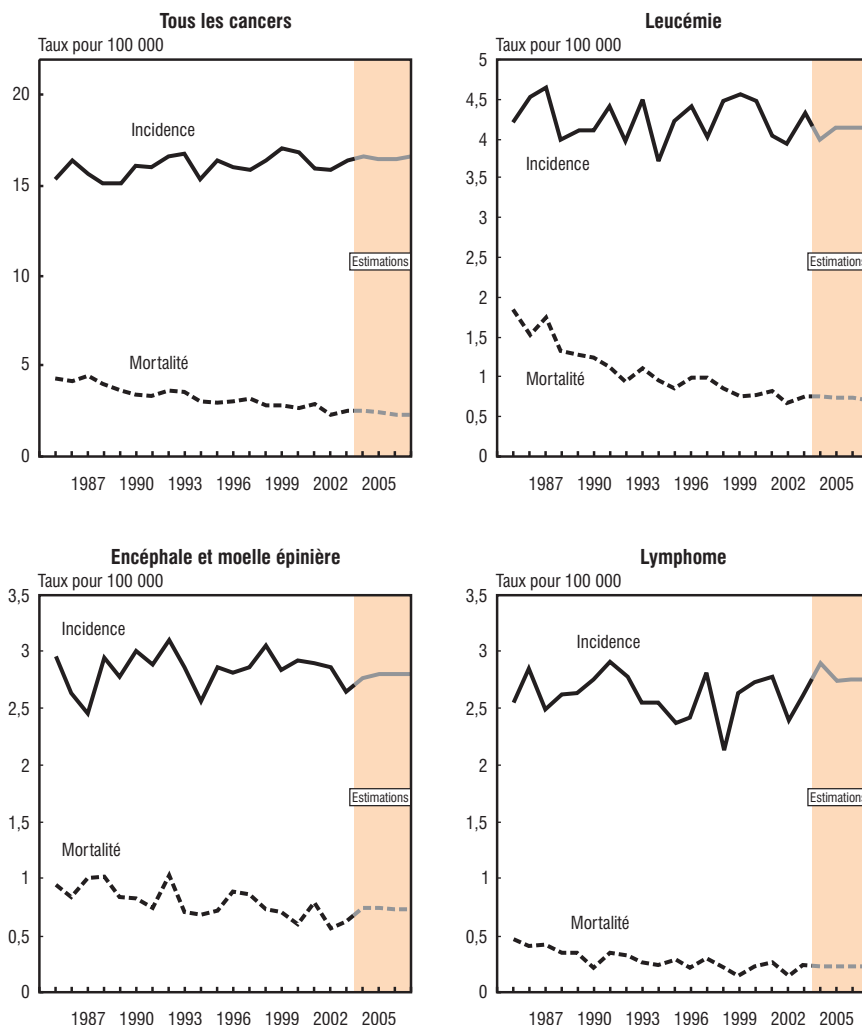
¹ Les données présentées portent sur la plus récente période de cinq ans disponible et excluent les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et les carcinomes in situ, à l'exception du cancer de la vessie. Les données sont groupées selon l'International Classification Scheme for Childhood Cancer de l'Organisation mondiale de la santé (1996) et classées selon le nombre de cas. Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unité pour un million par année.

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

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

Figure 12

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge associés à certains cancers chez les enfants et les jeunes âgés de 0 à 19 ans, Canada, 1985-2007



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les types de cancer. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004.

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

Introduction

Au Canada et partout dans le monde, le cancer du sein est un enjeu de taille en santé publique. Quelle que soit la façon de l'évaluer, il s'agit d'un phénomène répandu, qui représente une cause importante de décès prématuré chez la femme. Comme les chances de survie associées au cancer du sein sont bonnes, de nombreuses femmes vivent longtemps après avoir reçu un tel diagnostic. Cet état de choses a des répercussions sur l'utilisation de ressources et les questions liées à la survie, notamment les cas de récurrence, les effets à long terme des traitements et les conséquences pour la famille. À cela s'ajoutent les sommes considérables investies chaque année dans les programmes de dépistage par la mammographie, visant à détecter les cancers du sein à un stade précoce.

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus répandue dans la population féminine, à l'échelle mondiale¹ : il représente 22 % de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les femmes et environ 10 % de tous les cas, pour les deux sexes confondus. Il est à l'origine de 7 % des décès par cancer, soit plus de 7,6 millions, enregistrés partout dans le monde.

Au Canada, le cancer du sein est le cancer le plus courant chez la femme : il est associé à plus de 22 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année (tableau 1). Chaque année, il enlève la vie à plus de 5 000 Canadiennes, devançant ainsi tout autre cancer, sauf le cancer du poumon (tableau 1). Une femme sur neuf recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie et 1 sur 27 en mourra (tableau 12). Ce cancer est à l'origine d'un nombre estimatif de 95 300 années potentielles de vie perdues (tableau 13). Heureusement, grâce surtout à l'amélioration des traitements adjuvants et à la participation accrue aux programmes de dépistage au Canada et dans d'autres pays industrialisés, les taux de mortalité attribuable au cancer du sein sont en baisse. C'est dire qu'un nombre croissant de femmes vivent avec un diagnostic de cancer du sein. Ainsi, à l'heure actuelle, on estime à 162 600 le nombre de Canadiennes, soit une sur cent, qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein à un moment donné au cours des 15 dernières années (tableau 14).

Il arrive, mais rarement, que cette forme de cancer touche également les hommes. En 2007, la maladie sera diagnostiquée chez environ 170 Canadiens, ce qui représente moins de 1 % de tous les cas estimatifs de cancer du sein. De nombreux facteurs de risque sont les mêmes chez l'homme et chez la femme, entre autres : l'âge, les antécédents familiaux de cancer du sein et/ou de l'ovaire, l'obésité et l'exposition aux rayonnements de la paroi thoracique, la plupart du temps par suite d'un traitement contre les lymphomes non hodgkiniens ou la maladie de Hodgkin. Bon nombre de stratégies de réduction du risque, de signes et de symptômes de la maladie, de méthodes de diagnostic, de modalités de traitement et de mesures des résultats sont également identiques chez les deux sexes. Compte tenu de ces similitudes, les éléments d'information fournis dans cette section particulière s'appliqueront en grande partie aussi bien à l'homme qu'à la femme.

Cancer du sein chez la femme, Canada Statistiques sommaires 2007 (estimations)

Nombre de nouveaux cas	22 300
Taux d'incidence	104 pour 100 000
% de tous les cancers chez la femme	29 %
Rang pour l'incidence chez la femme	1*
Nombre de décès	5 300
Taux de mortalité	23 pour 100 000
Survie relative à 5 ans	86 %**
Rang pour les APVP chez la femme	2 (18 % de toutes les APVP à cause du cancer)
Prévalence (15 ans)	162 600

* À l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome

** Taux réel de survie relative chez les femmes ayant reçu un diagnostic au cours de 1996-1998

Variation entre les pays

Les taux de cancer du sein chez la femme au Canada figurent parmi les plus élevés qui soient au monde. Les taux d'incidence aux États Unis, en Europe du Nord et en Australie sont comparables à ceux du Canada, alors que les taux enregistrés en Asie, en Amérique latine et en Afrique sont sensiblement plus faibles (environ le tiers de ceux du Canada)². Au Canada, ils sont plus faibles chez les femmes des Premières nations et les femmes inuites que dans l'ensemble de la population^{3,4}. Ces écarts peuvent s'expliquer en partie par la variation des facteurs de risque tels que les tendances relatives à la procréation, la taille, le niveau d'activité physique, le recours aux hormones et sans doute l'intensité du dépistage.

Incidence et mortalité selon l'âge

L'incidence du cancer du sein, comme de la plupart des cancers épithéliaux, augmente de manière abrupte avec l'âge. Contrairement à ce que l'on observe à l'égard de la plupart des cancers épithéliaux, l'incidence du cancer du sein est déjà significative à l'âge de 25 ans (figure 13.1). Les taux de mortalité aussi grimpent avec l'âge, mais sont considérablement plus faibles que les taux d'incidence à chaque âge jusqu'à environ 85 ans, ce qui rend compte du taux de survie relativement élevé.

Dans chaque groupe d'âge de la population adulte, le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les femmes : il représente plus de 30 % de tous les cas de cancer diagnostiqués dans la population féminine âgée de 20 à 49 ans et de 50 à 69 ans, et 20 % des cas diagnostiqués chez les femmes d'âge plus avancé (figure 13.2). C'est la principale cause de décès par cancer chez les jeunes femmes (figure 13.3); il arrive au second rang et au troisième rang respectivement, dans les groupes d'âge plus avancé.

Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

Les figures 13.4a et b illustrent l'écart considérable observé entre les taux d'incidence et de mortalité dans chaque groupe d'âge. Elles montrent aussi que les taux d'incidence, tous âges confondus, sont en hausse depuis 1969 (figure 13.4a) : une augmentation de

1 % par an jusqu'à 1999, soit de 30 % au cours de la période de 30 ans. Depuis 1999, les taux d'incidence, tous âges confondus, sont demeurés stables (une baisse non significative de 1,8 % par an, tableau 19).

Les tendances relatives à l'incidence varient énormément selon l'âge au moment du diagnostic (figures 13.4a et b). Les résultats de l'analyse statistique de ces tendances observées au cours de la période de 1969 à 2003 sont présentés au tableau 19. Voici les constats selon le groupe d'âge au moment du diagnostic qui se dégagent des figures et des analyses :

- ◆ 20-39 ans : les taux d'incidence ont légèrement fléchi (de 0,2 % par an) pendant toute la période, et le déclin est statistiquement significatif;
- ◆ 40-49 ans : les taux d'incidence semblent avoir été plus ou moins stables jusqu'à 1982; après quoi, ils ont augmenté entre 1982 et 1992 (la hausse de l'incidence a été significative au cours de cette période; données non présentées); entre 1992 et 2003, ils ont nettement chuté de 0,7 % par an;
- ◆ 50-59 ans : avant 1999, les taux d'incidence étaient en hausse; entre 1999 et 2003, ils semblent avoir régressé, quoique de manière non statistiquement significative (sans doute parce que la tendance à la baisse est trop brève, ne portant que sur quelques années récentes);
- ◆ 60-69 ans : les taux d'incidence progressent depuis 1969. Depuis 1989, ils augmentent de 0,6 % par an. Même si selon la figure 13.4b, les taux d'incidence se sont peut-être stabilisés ou ont reculé au cours des quelques années précédant immédiatement 2003 (à l'instar de ce que l'on observe chez les femmes de 50 à 59 ans), l'analyse statistique n'a révélé aucun changement de tendance. Il faudra attendre d'avoir en main les données de quelques autres années afin de confirmer la tendance récente;
- ◆ 70 ans et plus : après avoir suivi pendant de nombreuses années une courbe ascendante, les taux d'incidence ont commencé à décliner en 1991. Entre 1991 et 2003, on a observé sur ce plan une baisse statistiquement significative de 0,9 % par an.

Les raisons qui expliquent ces tendances sont sans doute complexes. La hausse prolongée de l'incidence est probablement attribuable en partie à une participation accrue aux programmes de dépistage chez les femmes qui font partie de l'intervalle d'âge cible (50-69 ans) et à l'amélioration de la qualité du dépistage, d'où la détection de petites tumeurs impossibles à diagnostiquer par un examen clinique. Il est possible, comme on l'a observé dans le cas des cancers de la prostate, que le dépistage ait permis de déceler presque tous les cancers qui existent dans la population soumise au dépistage, ce qui a entraîné les reculs récents, après quoi les taux redeviennent conformes à la tendance enregistrée avant le dépistage. Il est possible que la même explication soit valable pour les femmes de 40 à 49 ans et de 70 ans et plus qui, dans bien des cas, ont aussi été soumises à un dépistage. D'autres explications sont avancées, par exemple l'évolution des facteurs génésiques et hormonaux (soit le nombre d'enfants, l'âge au moment du premier accouchement, l'âge à la première apparition des règles, le recours aux contraceptifs oraux et l'hormonothérapie de substitution). Ainsi, un âge plus avancé au moment du premier accouchement accroît le risque de cancer du sein chez la femme; entre 1965 et 2003, l'âge moyen au moment du premier accouchement chez les Canadiennes est passé de moins de 24 ans en 1965 à près de 28 ans en 2003⁵.

Les tendances temporelles relatives à la mortalité sont étonnantes : le taux de mortalité par cancer du sein, normalisé selon l'âge, chez les femmes au Canada a chuté de 25 % depuis 1986, passant de 32 à 24,1 cas pour 100 000 (tableau 8.2), soit un déclin de 1 % par an jusqu'à 1994, et un recul encore plus marqué de 2,5 % par an, par la suite (tableau 19). La mortalité suit une tendance prolongée à la baisse (depuis 1969) chez les 20-39 ans, les 40-49 ans et les 50-59 ans (figure 13.4a), le fléchissement étant nettement plus marqué depuis la fin des années 80 ou le milieu des années 90 (tableau 19). Chez les femmes d'âge plus avancé, la mortalité a été stable ou a légèrement augmenté jusqu'à tout récemment. Chez les femmes de 60 à 69 ans, les taux ont chuté de manière radicale entre 1990 et 1999 (de 3,5 % par an), mais ils se sont ensuite stabilisés, alors que chez les femmes de 70 ans et plus, ils ont commencé à diminuer en 1995, tendance qui s'est poursuivie (baisse significative de 1,9 % par an). Ces reculs sont généralement attribués à deux facteurs : d'une part, une amélioration du dépistage, qui explique que la mise sur pied de programmes structurés de dépistage, la participation accrue au dépistage (surtout chez les femmes de 50 à 69 ans) et l'amélioration de la qualité de la mammographie depuis la fin des années 80 ont permis de détecter un plus grand nombre de cancers du sein à un stade plus précoce où le traitement est plus efficace, et, d'autre part, les progrès enregistrés sur le plan des traitements.

Bien qu'il soit difficile de distinguer les effets du dépistage de ceux du traitement, Berry et ses collaborateurs ont conclu que le dépistage par la mammographie et le recours aux traitements systémiques adjuvants ont contribué à peu près également à l'amélioration de l'issue des cancers du sein aux États-Unis⁶. La figure 13.5 illustre le recours accru à la chimiothérapie et au tamoxifène, surtout en association, l'un après l'autre, au cours de la période pendant laquelle on a observé une baisse de la mortalité. Plus récemment, les traitements ciblés ont permis d'améliorer le pronostic chez les patientes atteintes d'un cancer, en cas de surexpression de l'oncogène her-2. Il est prouvé que l'irradiation de la paroi thoracique après une mastectomie a également contribué à l'amélioration de la survie chez certains groupes de patientes^{7,8}.

Survie

Le taux de survie relative à cinq ans, associé au cancer du sein partout au Canada, sauf au Québec, chez les femmes ayant reçu un diagnostic au cours de la période de 1996 à 1998 est de 86 % (tableau 15). Il oscille entre 87 et 89 % chez les femmes âgées de 40-49 ans, de 50-59 ans, de 60-69 ans et de 70 ans et plus, mais il n'est que de 79 % chez les femmes de moins de 40 ans, ce qui indique que le cancer du sein est plus agressif chez les jeunes femmes (tableau 17). Sur le plan géographique, les taux de survie sont comparables dans les huit provinces qui disposent de données (tableau 16).

Les données de l'Ontario permettent un examen des tendances relatives à la survie, observées à long terme. Entre 1975 et 1999, la survie s'est améliorée de manière constante (figure 13.6), mais la baisse n'est significative que depuis 1989 (0,8 % par an, par la suite). On observe une nette tendance à l'amélioration de la survie à chaque âge (figure 13.7), mais elle est plus marquée dans les groupes d'âge les plus touchés par le dépistage (50-59 ans et 60-69 ans), ce qui indique que l'amélioration des traitements a été profitable pour les femmes de tous âges, et que les bienfaits supplémentaires du dépistage ne se sont fait sentir que dans certains groupes d'âge.

Le stade de la maladie est un important déterminant de la survie. Le tableau 20 montre le taux estimatif de survie à cinq ans pour les patientes ayant reçu un diagnostic au milieu des années 90 et suivies dans un des centres spécialisés de traitement du cancer de l'Ontario. La majorité des cas ont été diagnostiqués à un stade précoce où la survie est excellente (96 % et 86 % respectivement, pour les stades I et II); le pronostic est nettement moins favorable dans le cas des cancers diagnostiqués aux stades III ou IV, d'où l'importance du dépistage permettant de détecter les cancers encore débutants. Le tableau 21 montre les stades des cancers diagnostiqués chez les femmes à l'échelle de la population en 2003 et en 2004, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard combinés. Chez presque la moitié des patientes, le cancer en était au stade I lorsqu'il a été diagnostiqué; dans la vaste majorité des cas, le cancer en était au stade I ou II, soit à un stade où il était curable. Les données de stadification ne sont pas encore accessibles à l'échelle nationale.

Malheureusement, il arrive que le cancer récidive de nombreuses années après un traitement apparemment réussi. La figure 13.8 montre la diminution continue des taux de survie au fil des ans qui suivent le diagnostic en Ontario : la survie relative à 20 ans n'est que de 70 % (contre 86 %, cinq ans après le diagnostic). Les données nationales sur la survie à long terme pourront être obtenues du Registre canadien du cancer.

Dépistage

L'introduction et l'accessibilité maintenant généralisée du dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans ont entraîné une augmentation prévue des taux d'incidence du cancer du sein et une plus forte proportion de cancers diagnostiqués à un stade précoce. Aux États-Unis, l'introduction de la mammographie et de l'examen clinique du sein est associée à une réduction de 27 % des cas de cancer avancé et à une augmentation du nombre de cas de cancer de stade plus précoce, qui sont généralement traités avec plus de succès⁹.

Une méta analyse publiée récemment¹⁰ a mis en doute des estimations antérieures selon lesquelles les programmes organisés de dépistage consistant en la réalisation d'une mammographie et d'un examen clinique des seins tous les deux ans pouvaient entraîner une baisse des taux de mortalité par cancer du sein pouvant atteindre 25 %. Il est cependant évident que l'impact maximal du dépistage dépendra en grande partie de notre capacité d'accroître et de maintenir les taux de participation au fil du temps. Au Canada, bien que les données que l'on possède indiquent que la participation est en hausse dans la plupart des provinces et des territoires, aucun programme provincial ou territorial de dépistage n'a encore atteint la cible nationale de 70 %, pour ce qui est du taux de participation. Il faudra adopter une démarche à volets multiples pour joindre les femmes qui n'ont pas subi de dépistage ou qui se soumettent au dépistage à une fréquence inférieure à celle qui est recommandée, comme l'explique de manière assez détaillée la section de l'édition de 2006 des *Statistiques canadiennes sur le cancer*, qui est consacrée au dépistage organisé du cancer du sein (sujet particulier)¹¹.

Facteurs de risque

On sait que le risque de cancer du sein est tributaire d'un ensemble de comportements modifiables et de caractéristiques non modifiables, comme les facteurs génésiques et hormonaux, le mode de vie et l'hérédité. Ensemble, les facteurs réellement modifiables (tels que la masse corporelle, l'inactivité physique, la consommation d'alcool) n'expliquent qu'une faible proportion de cas de cancer du sein (contrairement à ce que l'on observe à l'égard du cancer du poumon, entre autres, où la majorité des cas sont réputés être causés par le tabac).

Facteurs de risque du cancer du sein

Facteurs génésiques/ hormonaux	Mode de vie	Autres facteurs
<ul style="list-style-type: none"> ■ Parité plus faible ■ Première grossesse à terme à un âge avancé ■ Absence de recours à l'allaitement maternel ■ Menstruations précoces ■ Menstruations irrégulières ■ Ménopause tardive ■ Recours aux hormones exogènes (p. ex. contraceptifs oraux, hormonothérapie combinée) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obésité (cancer du sein postménopausique) ■ Inactivité physique ■ Consommation d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antécédents familiaux de cancer du sein ■ Mutations du gène BRCA1 ou BRCA2 ■ Exposition (médicale ou professionnelle) aux rayonnements ionisants ■ Affection mammaire bénigne

Adaptation de la publication « Le cancer chez les jeunes adultes au Canada » (p. 80), Action Cancer Ontario

Possibilités en matière de prévention primaire

Si l'on se fie aux connaissances actuelles, les meilleurs moyens de réduire les risques de cancer du sein consistent à adopter une alimentation saine et à demeurer physiquement actif tout au cours de la vie (ce qui permet de maintenir un poids santé), à limiter sa consommation d'alcool et à éviter la prise d'hormones non essentielles. La participation régulière aux programmes de dépistage de qualité contribuera à réduire la mortalité et à améliorer le pronostic associés au cancer du sein, abaissant ainsi le fardeau que représente cette maladie.

Conclusions et répercussions

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les Canadiennes, tant avant qu'après la ménopause. C'est aussi une cause importante de décès prématuré. Bien que l'incidence de cette maladie demeure élevée, entre autres parce que les possibilités de prévention primaire sont limitées, la mortalité baisse de manière significative à tous les âges, et la survie augmente. Ces améliorations s'expliquent par une intensification et une amélioration du dépistage et par l'accès à de nouveaux traitements, surtout le traitement systémique adjuvant.

Si l'on veut alléger davantage le fardeau associé au cancer du sein, il faudra s'efforcer de combler des besoins évidents :

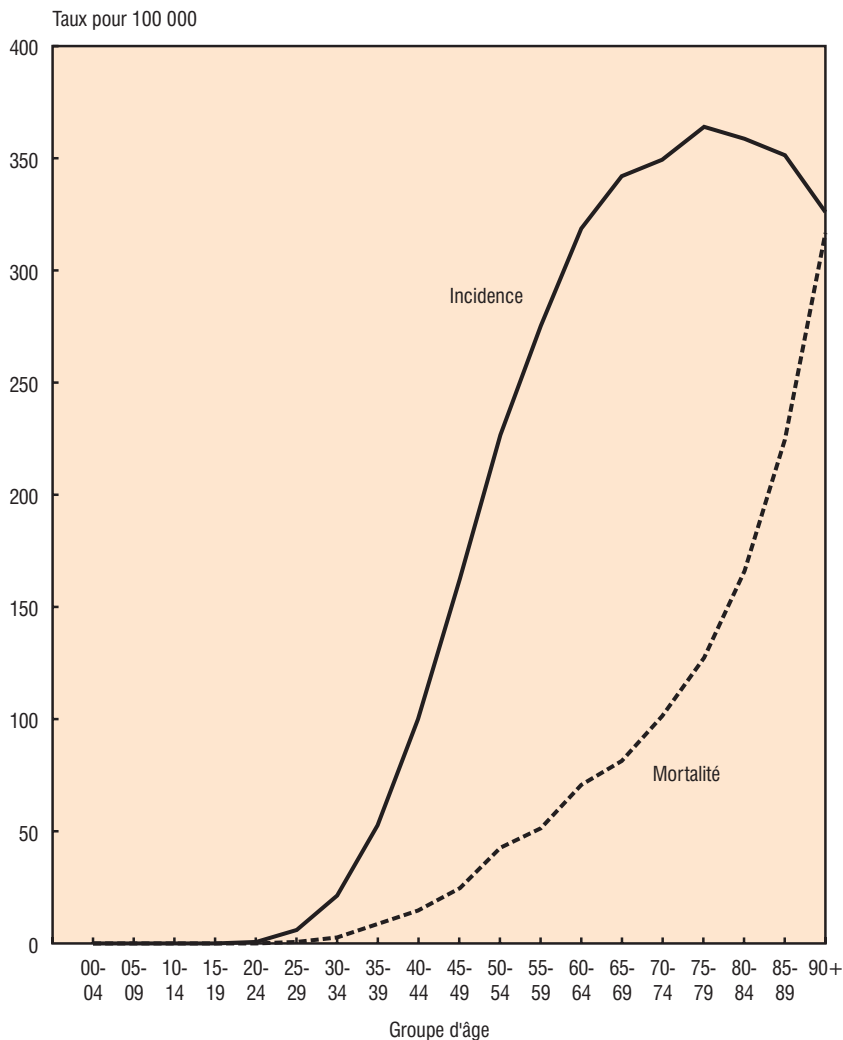
- ◆ Pousser plus loin les recherches en vue de déceler d'autres facteurs de risque modifiables, tels que l'exposition d'origine professionnelle et environnementale et la vitamine D.
- ◆ Accroître la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans en mettant au point des méthodes efficaces de recrutement et de fidélisation.
- ◆ Intensifier la recherche en vue de repérer d'autres facteurs génétiques pour que les femmes à haut risque puissent prendre les mesures qui s'imposent.
- ◆ Continuer d'offrir des traitements de qualité optimale, et développer et mettre à l'essai de nouveaux traitements.

References

1. Centre international de recherche sur le cancer. *Handbooks of Cancer Prevention: Breast cancer screening*. Lyon : CIRC, 2002.
2. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2004*, Toronto, Canada, 2004; (sujet particulier).
3. Marrett LD, Chaudhry M. *Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968-1991*. *Cancer Cause Control* 2003; 14:259-68.
4. Miller AB, Gaudette LA. *Breast cancer in Circumpolar Inuit, 1969-1988*. *Acta Oncologica* 1996; 35:577-80.
5. Statistique Canada. 2006. *Rapport sur l'état de la population au Canada – 2003 et 2004*. N° 91-209-XIF2003000 au catalogue. Ottawa : Ministère de l'Industrie. (Affiché à l'adresse : http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub_f.cgi?catno=91-209-XIF2003000).
6. Berry D, Cronin K, Plevritis S et al. *Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality from Breast Cancer*. *NEJM* 2005;353,1784-1792.
7. Ragaz J, Olivotto I, Spinelli J et al. *Locoregional Radiation Therapy in Patients with High-Risk Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy: 20-Year Results of British Columbia Randomized Trial*. *JNCI* 2005, Vol.97, No.2, 116-126.
8. Danish Breast Cancer Cooperative Group, Nielsen HM, Overgaard M, Grau C et al. *Study of failure pattern among high-risk breast cancer patients with or without postmastectomy radiotherapy in addition to adjuvant systemic therapy: long-term results from the Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82 b and c randomized studies*. *J Clin Oncol*. 2006, May; 20;24 (15): 2268-75.
9. Garfinkel L, Boring CC, Heath CW. Jr. *Changing trends. An overview of breast cancer incidence and mortality*. *Cancer*. Jul 1 1994;74 (1 Suppl):222-227.
10. Gotzsche PC, Nielsen M. *Screening for breast cancer with mammography*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.:CD001877.
11. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2006*, Toronto, Canada, 2006; (sujet particulier).

Figure 13.1

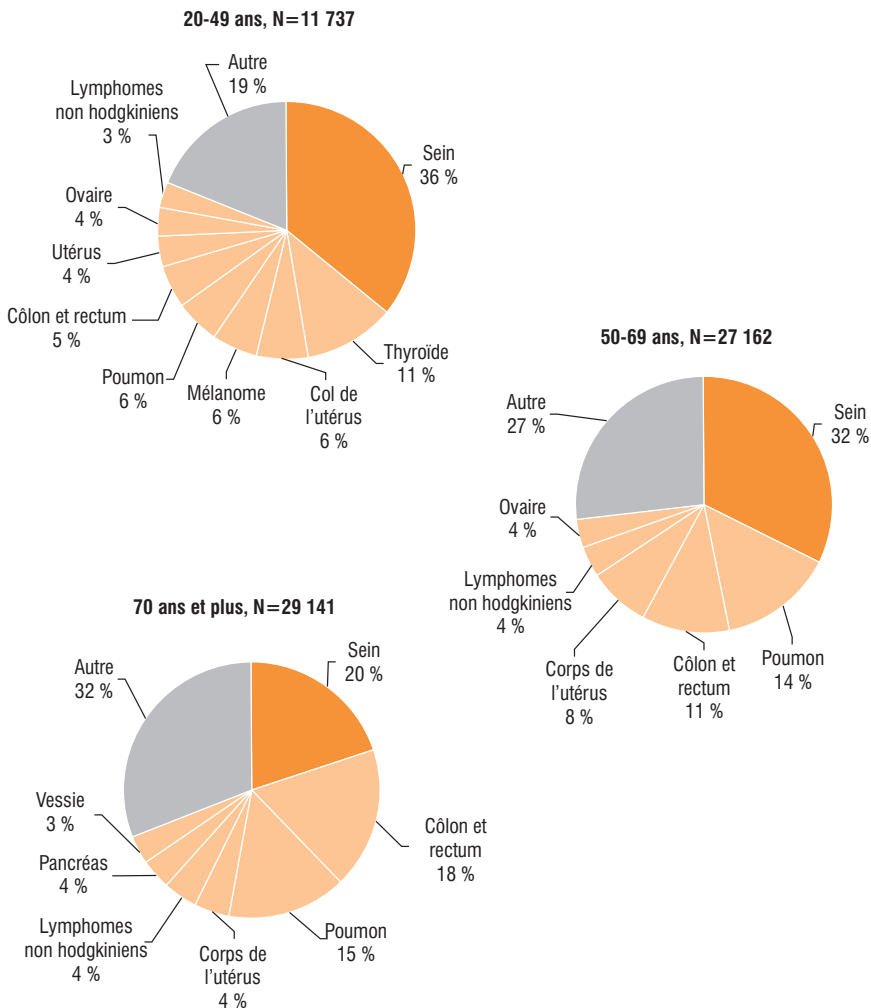
Taux d'incidence et de mortalité selon l'âge pour le cancer du sein, femmes, Canada, 1999-2003



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

Figure 13.2

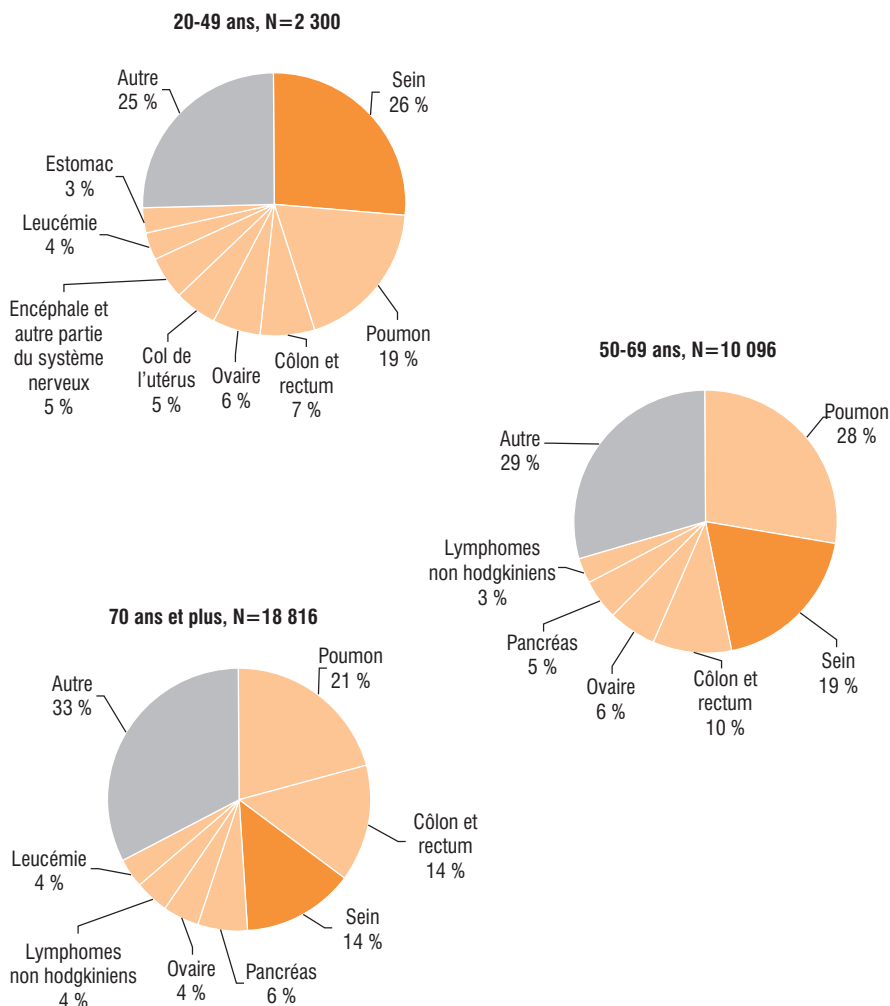
Principaux cancers chez les femmes, pourcentage de nouveaux cas, Canada, 2003



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

Figure 13.3

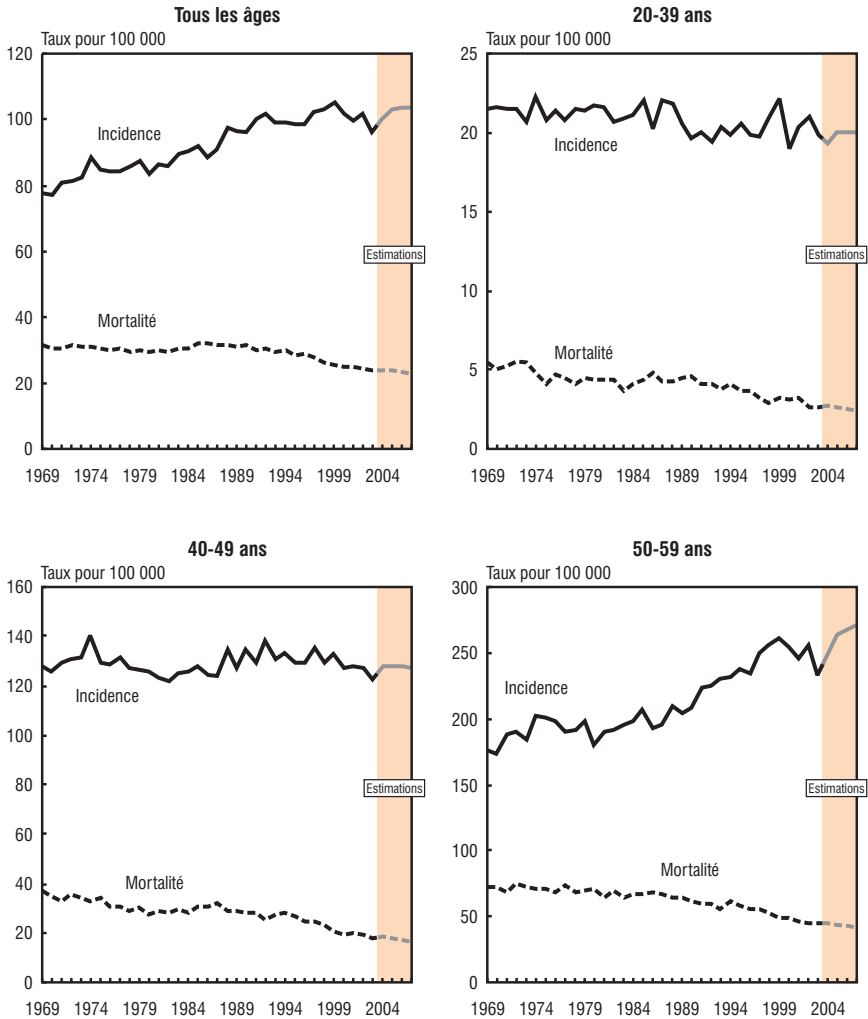
Principales causes de décès dus au cancer chez les femmes, pourcentage de décès, Canada, 2003



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

Figure 13.4a

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par groupe d'âge, cancer du sein, femmes, Canada, 1969-2007

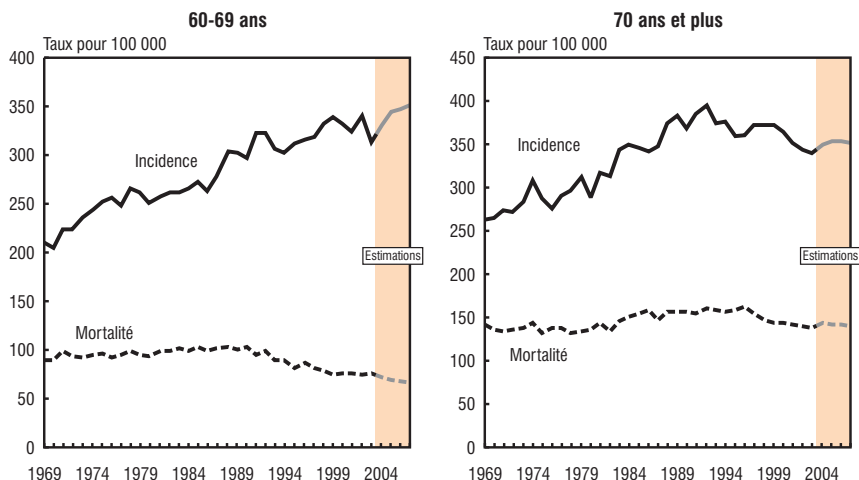


Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les six groupes d'âge. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004.

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

Figure 13.4b

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, par groupe d'âge, cancer du sein, femmes, Canada, 1969-2007

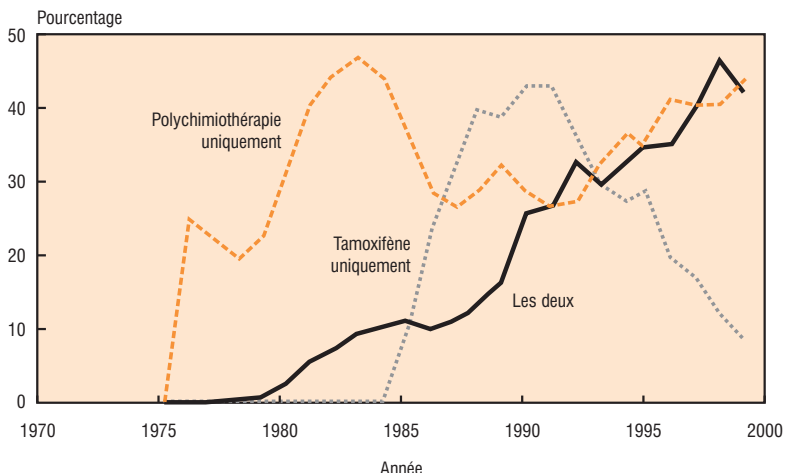


Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les six groupes d'âge. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2004, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et en Ontario où l'incidence est estimée pour 2004.

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

Figure 13.5

Évolution des tendances relatives à l'utilisation du traitement adjuvant chez les femmes de 50 à 69 ans atteintes d'un cancer du sein de stade II ou IIIA, avec atteinte des ganglions*



* Ces données sont tirées des registres du programme SEER (États-Unis); elles ont été corrigées pour tenir compte de la sous-déclaration mise en évidence par des études sur les tendances relatives aux traitements (SEER).

Source : New England Journal of Medicine 2005; 353(17):1784-1792

Figure 13.6

Rapport de survie relative à cinq ans (%) (et intervalle de confiance à 95 %) selon l'année du diagnostic, cancer du sein, femmes, cas diagnostiqués, Ontario, entre 1975 et 1999

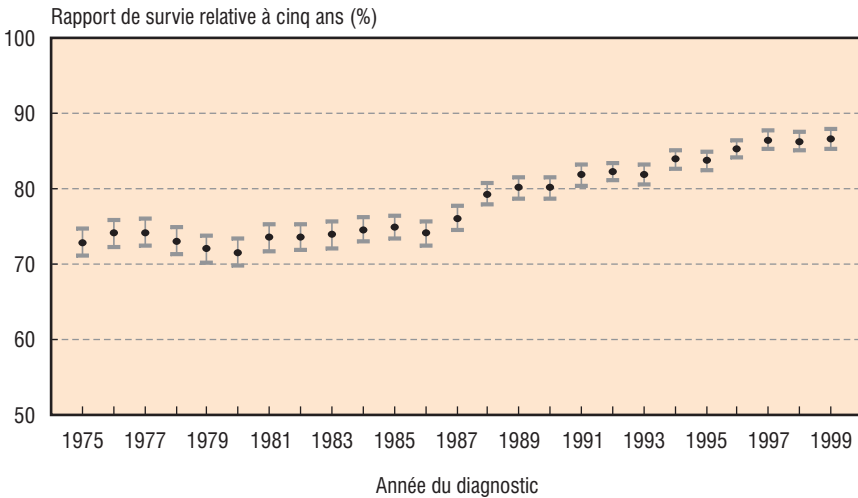


Figure 13.7

Rapport de survie relative à cinq ans (%) selon l'âge par période de diagnostic de cinq ans, cancer du sein, femmes, cas diagnostiqués, Ontario, entre 1975 et 1999

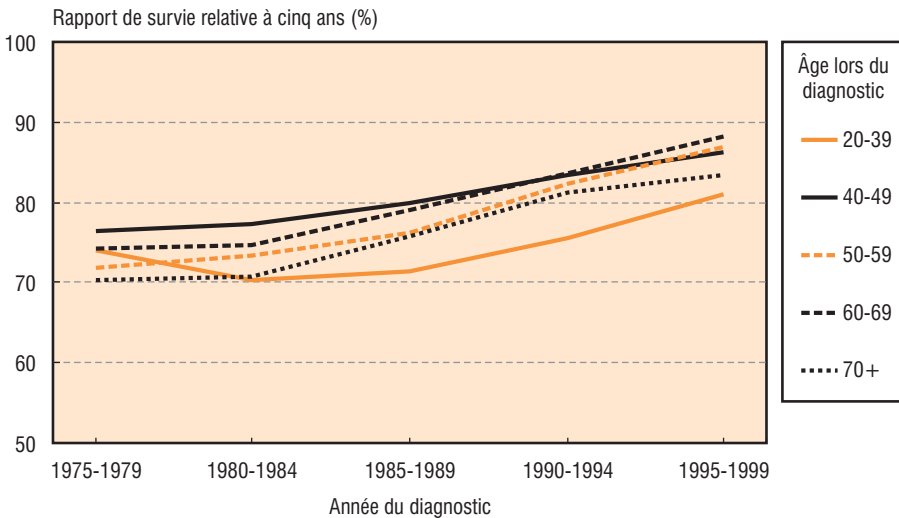
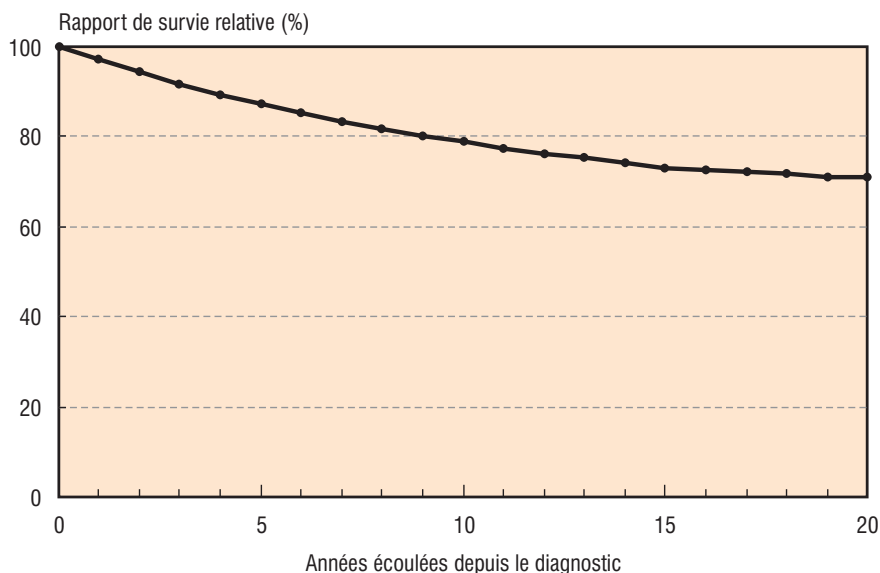


Figure 13.8

Rapport de survie relative (%) selon le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic, cancer du sein, femmes, Ontario*



* Données fondées sur les patients observés au cours de 2001 à 2003, ayant reçu un diagnostic 1 à 20 ans plus tôt (« analyse de la survie par période »)

Source : Action cancer Ontario (Registre du cancer de l'Ontario, 2006)

Tableau 19

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge entre 1969 et 2003, pour le cancer du sein chez les femmes selon l'âge au moment du diagnostic, Canada

Groupe d'âge	Incidence 1969-2003		Mortalité 1969-2003	
	VAMP	Point de retournement†	VAMP	Point de retournement†
Tous les âges	-1,8	1999	-2,5*	1994
20-39	-0,2*		-3,7*	1989
40-49	-0,7*	1992	-4,7*	1995
50-59	-2,2	1999	-3,5*	1994
60-69	0,6*	1989	0,3	1999
70+	-0,9*	1991	-1,9*	1995

* Significatif à p = 0,01

† Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la courbe a changé après 1969. Pour plus de détails, voir l'Annexe II : Méthodologie.

Nota : Il est possible que les valeurs diffèrent de celles du tableau 9, la période étudiée étant plus longue.

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

Tableau 20

Cancer du sein, femmes, rapport de survie relative à cinq ans selon le stade¹, 1994-1997

TNM : stade*	Nombre (%)	Rapport de survie relative à cinq ans (%) (et intervalle de confiance à 95 %)
Stade I	812 (42)	96 (93-98)
Stade II	843 (44)	86 (82-89)
Stade III	155 (8)	59 (48-69)
Stade IV	112 (6)	26 (16-36)

* Ne comprend pas les 270 cas non stadifiés.

¹ Adaptation de Ugnat et coll. 2004 qui a utilisé les données du Centre régional de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa.

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

Tableau 21

Cancer du sein, femmes, répartition selon le stade, Île-du-Prince-Édouard et Nouveau-Brunswick, 2003-2004

TNM : stade ¹	Âge au moment du diagnostic					Total
	0-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)
Stade I	82 (37)	137 (46)	129 (49)	111 (55)	51 (35)	510 (45)
Stade II	104 (46)	110 (37)	103 (40)	59 (29)	58 (40)	434 (38)
Stade III	29 (13)	48 (16)	27 (10)	22 (11)	27 (18)	153 (14)
Stade IV	9 (4)	4 (1)	2 (1)	11 (5)	11 (8)	37 (3)
						1 134 (100)

¹ AJCC 6^e édition. Ne comprend pas les 185 cas non stadifiés.

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

Âge	Âge de la personne (en années révolues) au moment du diagnostic ou du décès.
CIM-O-3	Classification internationale des maladies – Oncologie – troisième édition ³⁰ .
CIM-10	Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ³¹ .
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués pendant l'année. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de cancer plutôt que la personne.
Mortalité	Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer qui surviennent pendant l'année. Sont inclus les décès des cas de cancer diagnostiqués dans le passé et pendant l'année et les cas de cancer diagnostiqués après le décès.
Proportion de survie observée	Un (1) moins la proportion de personnes atteintes d'un cancer qui sont mortes, quelle que soit la cause, au cours d'une période donnée.
Années potentielles de vie perdues (APVP)	Mesure des répercussions relatives de diverses maladies basée sur la mortalité prématurée.
Province et territoire	En ce qui concerne l'incidence du cancer et la mortalité par cancer, il s'agit de la province ou du territoire où la résidence permanente de la personne était située au moment du diagnostic ou du décès. Cette province ou ce territoire peut différer de la province ou du territoire où on a enregistré le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer.
Rapport de survie relative	Rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes atteintes du cancer et la survie attendue chez les membres de la population générale, chez qui le cancer étudié semble pratiquement absent et qui présentent les mêmes facteurs influant sur la survie (p. ex., sexe, âge, lieu de résidence) que les personnes atteintes d'un cancer. Les estimations du rapport de survie relative peuvent dépasser 100 %, ce qui indique que la survie observée des personnes atteintes d'un cancer est meilleure que celle à laquelle on s'attend dans la population générale.

Taux d'incidence, de mortalité et de prévalence

Taux brut Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans la population.

Taux par âge Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans un groupe d'âge donné.

Taux normalisé selon l'âge Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer pour 100 000 personnes qu'on aurait relevés dans la population type (population canadienne de 1991) si les taux par âge réels observés dans une population donnée avaient correspondu à ceux de la population type.

Indice des taux normalisés selon l'âge Le taux normalisé selon l'âge de l'année de base (1978) est fixé à 1. Les points d'indice pour les années suivantes sont calculés en divisant le taux normalisé selon l'âge pour l'année en cause par le taux de 1978.

Prévalence Proportion d'une population atteinte d'une maladie à un moment déterminé, appelée prévalence complète. Dans le présent document, notre estimation correspond plutôt à la prévalence durant une période de durée limitée, soit 15 ans. Il s'agit, en l'occurrence, de la prévalence des cas diagnostiqués au cours des 15 années précédentes le moment où l'estimation est établie. Cette estimation devrait toujours être inférieure à la prévalence complète, et l'ampleur de la sous-estimation dépend du siège ou du type de cancer³².

Population canadienne en 1991/population type mondiale

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

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

Source : La distribution de la population canadienne est fondée sur les estimations finales de la population canadienne au 1^{er} juillet 1991 après le recensement, rajustée pour le sous-dénombrement lors du recensement. La population type mondiale est utilisée dans *Cancer Incidence in Five Continents*.

Définition des cancers

Les données sur le cancer figurant dans la présente monographie sont, sauf indication contraire, classées selon les catégories suivantes :

Cancer	CIM-O-3 Siège/type 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
Foie	C22.0	C22.0, C22.2-C22.7
Pancréas	C25	C25
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	C56
Prostate	C61	C61
Testicule	C62	C62
Vessie (y compris in situ)	C67	C67
Rein	C64-C66,C68	C64-C66,C68
Encéphale	C70-C72	C70-C72
Thyroïde	C73	C73
Maladie de Hodgkin ¹	Types 9650-9667	C81
Lymphomes non hodgkiniens ¹	Types 9590-9596,9670-9719,9727-9729 Types 9823, tous les sièges sauf C42.0.,1.,4 Types 9827, tous les sièges sauf C42.0.,1.,4	C82-C85,C96.3
Myélome multiple ¹	Types 9731,9732,9734	C90
Leucémie ¹	Types 9733, 9742, 9800-9801, 9805, 9820, 9826, 9831-9837, 9840, 9860-9861, 9863, 9866-9867, 9870-9876, 9891, 9895-9897, 9910, 9920, 9930-9931, 9940, 9945-9946, 9948, 9963-9964 Types 9823 et 9827, sièges C42.0.,1.,4	C91-C95
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges/types C00-C80, C97 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers sauf le cancer du poumon	C00-C97 sauf C33-C34	C00-C97 sauf C33-C34
Tous les autres cancers et les cancers non précisés (groupés seulement dans les tableaux 1 et 2 de l'annexe)	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) C44.0-C44.9 sauf 8050-8084, 8090-8110, 8720-8790, 9590-9989	C44,C46,C76-C80, C88, C96.0-.2, C96.7-.9, C97
Tous les cancers	Tous les cancers envahissants	Tous les cancers envahissants

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

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies - Oncologie. Les chiffres concernent les cancers envahissants, notamment le cancer in situ de la vessie, mais non les cancers de la peau autres que le mélanome.

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

Le présent document vise surtout à présenter les estimations pour l'année en cours obtenues après analyse des données réelles et à faire des prévisions à court terme à l'aide de techniques statistiques (voir l'Annexe II). Si l'on a besoin des *données réelles* plutôt que des *estimations* pour l'année en cours, les tableaux de la présente annexe résument les statistiques réelles sur l'incidence et la mortalité tirées des données nationales les plus récentes. Ces données s'appliquent à l'année la plus récente dans la longue série de données utilisées pour calculer les estimations de l'année courante. Les tableaux A1 et A2 de l'annexe donnent un aperçu du nombre réel de nouveaux cas (2003) et de décès (2003) survenus au Canada et précisent les codes CIM-O-3 utilisés pour définir chaque groupe diagnostique. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres types de cancer; ainsi, on trouvera aux tableaux A1 et A2 de l'annexe un plus grand nombre de types de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 de l'annexe donnent les chiffres réels pour le nombre de nouveaux cas et de décès et les taux d'incidence et de mortalité pour les principaux types de cancer, selon la province et le territoire.

En plus des explications et des analyses fournies dans les pages précédentes, plusieurs autres points méritent d'être mentionnés. Comme nous l'avons indiqué aux tableaux A3 à A6 de l'annexe, les populations des territoires étant de petite taille, il n'a été possible de fournir que des résumés (moyenne de cinq ans) pour les cancers les plus courants. Les tableaux de l'annexe montrent également qu'il y avait une certaine variation entre les provinces et les territoires dans les années pour lesquelles nous disposons de données (en septembre 2006, au début de ces analyses). De plus, les données proviennent de fichiers dynamiques qui sont systématiquement mis à jour pour intégrer les nouvelles données. Les utilisateurs qui ont besoin de données réelles plus récentes pour le Canada peuvent communiquer avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada ou la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Pour obtenir les données les plus récentes pour chaque province ou territoire, prière de communiquer avec les registres provinciaux du cancer (voir la section *Pour en savoir plus sur le cancer*).

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

Tableau A1

Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type et selon le sexe, Canada, 2003

Cancer	Siège/type CIM-O-3 ¹	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	Tous les cancers envahissants	143 466	74 848	68 618
Cavité buccale et pharynx	C00-C14	3 153	2 162	991
Lèvres	C00	344	268	76
Langue	C01-C02	727	492	235
Glandes salivaires	C07-C08	361	201	160
Bouche	C03-C06	623	357	266
Nasopharynx	C11	214	145	69
Oropharynx	C10	140	101	39
Autres et non précisés	C09,C12-C14	744	598	146
Appareil digestif	C15-C26,C48	29 960	16 482	13 478
Oesophage	C15	1 382	1 008	374
Estomac	C16	2 902	1 897	1 005
Intestin grêle	C17	507	277	230
Côlon	C18,C26.0	12 352	6 232	6 120
Rectum et anus	C19-C21	6 528	3 812	2 716
Foie	C22.0	1 129	824	305
Vésicule biliaire	C23	400	143	257
Pancréas	C25	3 449	1 663	1 786
Autres et non précisés	C22.1,C24,C26.1-.9,C48	1 311	626	685
Appareil respiratoire	C30-C36,C38.1-.9,C39	21 970	12 688	9 282
Larynx	C32	1 103	888	215
Poumon	C33-C34	20 560	11 619	8 941
Autres et non précisés	C30-31,C35-36,C38.1-.9,C39	307	181	126
Os	C40-C41	284	160	124
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	887	521	366
Peau (mélanome)	Type 8720-8790	3 959	2 142	1 817
Sein	C50	18 996	172	18 824
Organes génitaux	C51-C63	28 555	20 439	8 116
Col de l'utérus	C53	1 339	-	1 339
Corps de l'utérus	C54	3 697	-	3 697
Utérus, sans précision	C55	133	-	133
Ovaire	C56	2 286	-	2 286
Prostate	C61	19 472	19 472	-
Testicule	C62	787	787	-
Autres et non précisés	C51-52,C57,C58,C60,C63	841	180	661
Organes urinaires	C64-C68	10 591	7 277	3 314
Vessie	C67	6 301	4 649	1 652
Rein et autres organes urinaires	C64-C66,C68	4 290	2 628	1 662
Oeil	C69	252	137	115
Encéphale et système nerveux central	C70-C72	2 329	1 314	1 015
Glandes endocrines	C37,C73-C75	3 117	721	2 396
Thyroïde	C73	2 922	621	2 301
Autres glandes endocrines	C37,C74-C75	195	100	95
Maladie de Hodgkin¹	Types 9650-9667	857	461	396
Lymphomes non hodgkiniens¹	Voir le glossaire	5 823	3 150	2 673
Myélome multiple¹	Types 9731,9732,9734	1 727	948	779
Leucémie¹	Voir le glossaire	4 049	2 377	1 672
Mésothéliomes¹	Types 9050-9055	391	325	66
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le glossaire	6 566	3 372	3 194

- Sans objet

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

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies - Oncologie. Les données concernent les cancers envahissants et ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome. Pour plus d'information, consulter le site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/index.html>.

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

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

Tableau A2

Données réelles sur les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, Canada, 2003

Cancer	CIM-10	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	C00-C97	65 990	34 701	31 289
Cavité buccale et pharynx	C00-C14	1 018	691	327
Lèvres	C00	16	12	4
Langue	C01-C02	239	150	89
Glandes salivaires	C07-C08	81	52	29
Bouche	C03-C06	185	103	82
Nasopharynx	C11	105	76	29
Oropharynx	C10	91	66	25
Autres et non précisés	C09,C12-C14	301	232	69
Appareil digestif	C15-C26,C48	17 396	9 569	7 827
Oesophage	C15	1 413	1 052	361
Estomac	C16	1 944	1 188	756
Intestin grêle	C17	155	78	77
Côlon	C18,C26.0	6 582	3 387	3 195
Rectum et anus	C19-C21	1 542	921	621
Foie	C22.0,C22.2-.7	609	456	153
Vésicule biliaire	C23	277	82	195
Pancréas	C25	3 441	1 687	1 754
Autres et non précisés	C22.1,C22.9,C24,C26.1-.9,C48	1 433	718	715
Appareil respiratoire	C30-C36,C38.1-.9,C39	17 938	10 637	7 301
Larynx	C32	465	375	90
Poumon	C33-C34	17 374	10 203	7 171
Autres et non précisés	C30-31,C35-36,C38.1-.9,C39	99	59	40
Os	C40-C41	134	72	62
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	346	170	176
Peau (mélanome)	C43	748	455	293
Sein	C50	5 097	37	5 060
Organes génitaux	C51-C63	6 588	3 736	2 852
Col de l'utérus	C53	377	-	377
Corps de l'utérus	C54	383	-	383
Utérus, sans précision	C55	348	-	348
Ovaire	C56	1 573	-	1 573
Prostate	C61	3 658	3 658	-
Testicule	C62	38	38	-
Autres et non précisés	C51-52,C57,C58,C60,C63	211	40	171
Organes urinaires	C64-C68	3 064	2 015	1 049
Vessie	C67	1 586	1 100	486
Rein et autres organes urinaires	C64-C66,C68	1 478	915	563
Oeil	C69	34	16	18
Encéphale et système nerveux central	C70-C72	1 587	897	690
Glandes endocrines	C73,C74-C75	251	106	145
Thyroïde	C73	150	58	92
Autres glandes endocrines	C74,C75	101	48	53
Maladie de Hodgkin	C81	107	59	48
Lymphomes non hodgkiniens	C82-C85,C96.3	2 550	1 380	1 170
Myélome multiple	C90	1 217	634	583
Leucémie	C91-C95	2 303	1 308	995
Mésothéliomes	C45	343	284	59
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le glossaire	5 269	2 635	2 634

- Sans objet

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

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

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

Tableau A3

Données réelles sur l'incidence des cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente¹, Canada

	Nouveaux cas													
	Canada	T.-N.-L.*	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	74 800	1 150	410	2 800	2 000	18 800	28 000	2 700	2 700	6 400	9 400	50	40	25
Prostate	19 500	260	120	730	550	3 900*	7 700	680	950	1 950	2 500	10	5	–
Poumon	11 600	180	60	450	350	3 700	3 800	410	340	780	1 350	10	5	10
Côlon et rectum	10 000	240	55	390	240	2 600	3 600	390	360	810	1 300	10	10	5
Vessie**	4 600	70	25	180	130	1 450	1 400	170	180	420	610	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	3 200	30	20	120	100	720	1 200	110	120	290	440	–	–	–
Rein	2 600	40	15	100	95	700	1 000	130	90	220	240	–	–	–
Leucémie	2 400	20	20	70	45	560	1 000	80	110	180	280	–	–	–
Cavité buccale	2 200	45	5	85	50	560	780	90	65	160	270	–	5	–
Mélanome	2 100	35	10	95	55	290	1 000	70	45	230	360	–	–	–
Estomac	1 900	40	10	65	45	480	710	80	50	140	230	–	–	–
Pancréas	1 650	15	15	60	65	470	530	80	50	120	220	–	–	–
Encéphale	1 300	25	5	40	30	330	530	35	35	100	170	–	–	–
Oesophage	1 000	15	5	40	30	200	400	25	30	80	160	–	–	–
Myélome multiple	950	10	10	25	25	260	390	40	35	95	130	–	–	–
Foie	820	5	5	15	15	220	320	25	10	80	130	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	68 600	1 000	330	2 400	1 700	17 600	26 400	2 600	2 100	5 700	8 500	40	40	25
Sein	18 800	290	95	610	430	4 800	7 200	710	580	1 700	2 400	15	20	5
Poumon	8 900	85	55	330	250	2 600	3 100	370	280	680	1 200	5	5	10
Côlon et rectum	8 800	200	55	350	210	2 300	3 300	340	320	630	1 050	5	5	5
Corps de l'utérus	3 800	50	20	120	80	940	1 500	180	130	340	460	5	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	2 700	35	15	80	75	650	1 050	130	80	210	360	–	–	–
Ovaire	2 300	20	10	50	70	580	970	95	60	180	270	–	–	–
Thyroïde	2 300	30	5	50	70	460	1 250	65	30	250	180	–	–	–
Pancréas	1 800	10	10	70	50	550	610	70	60	140	230	–	–	–
Mélanome	1 800	30	15	95	50	230	830	55	55	220	300	–	–	–
Rein	1 650	30	5	65	50	470	640	55	55	140	130	–	–	–
Leucémie	1 650	20	5	50	45	440	660	60	60	120	190	–	–	–
Vessie**	1 650	20	10	60	50	490	510	60	45	130	200	–	–	–
Col de l'utérus	1 350	25	5	60	40	270	530	50	45	140	140	–	–	–
Estomac	1 000	35	5	40	25	260	390	35	30	80	120	–	–	–
Encéphale	1 000	15	5	35	20	280	420	35	25	55	110	–	–	–
Cavité buccale	990	15	5	40	25	250	380	50	30	80	130	–	–	–

– Moins de 3 cas

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

** Variation interprovinciale. L'Ontario ne signale pas les cas de cancer *in situ* de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer *in situ* survenus en Ontario se traduirait par 2 100 cas de cancer de la vessie chez les hommes et de 820 cas chez les femmes. Voir texte.

¹ 2003 pour le Canada, Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec, l'Ontario; 2004 pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 2000-2004 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

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

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

Tableau A4

Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, année la plus récente¹, Canada

	Taux pour 100 000													
	Canada	T.-N.-L.*	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	455	399	535	524	476	476	448	436	488	434	395	416	341	493
Prostate	119	92	160	137	129	100*	123	111	172	135	105	89	63	–
Poumon	71	62	78	85	83	94	61	65	60	54	56	73	58	245
Côlon et rectum	61	82	73	74	56	65	58	62	63	56	53	73	106	67
Vessie**	29	25	36	34	30	37	23	27	31	29	26	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	19	9	24	22	24	18	19	18	21	20	18	–	–	–
Rein	16	14	21	19	22	17	16	20	16	14	10	–	–	–
Leucémie	15	7	24	14	12	15	16	13	20	12	12	–	–	–
Cavité buccale	13	16	5	16	12	13	12	14	11	10	11	–	18	–
Mélanome	13	13	15	18	14	7	16	11	8	15	15	–	–	–
Estomac	12	15	14	12	11	12	11	13	9	10	10	–	–	–
Pancréas	10	5	16	12	16	12	9	12	9	8	9	–	–	–
Encéphale	8	8	5	7	8	8	8	6	7	7	7	–	–	–
Oesophage	6	5	7	8	7	5	6	4	5	5	7	–	–	–
Myélome multiple	6	4	10	4	6	7	6	6	6	7	5	–	–	–
Foie	5	2	3	3	3	5	5	4	2	5	5	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	347	308	360	367	333	351	352	349	326	335	313	312	330	625
Sein	96	86	105	95	85	96	97	97	93	97	90	99	126	40
Poumon	45	27	61	51	49	52	41	48	43	41	43	32	54	297
Côlon et rectum	42	59	54	51	38	43	42	42	44	36	37	45	65	122
Corps de l'utérus	19	15	19	19	16	19	20	25	22	20	17	24	–	–
Thyroïde	14	10	8	10	16	11	19	11	6	15	8	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	14	11	16	13	15	13	14	16	13	12	13	–	–	–
Ovaire	12	6	7	8	13	11	13	13	10	10	10	–	–	–
Mélanome	10	8	19	15	11	5	12	7	9	13	12	–	–	–
Pancréas	8	2	8	10	9	10	8	9	8	8	8	–	–	–
Col de l'utérus	8	8	7	11	10	6	8	8	8	9	6	–	–	–
Rein	8	9	5	11	10	9	9	8	8	9	5	–	–	–
Leucémie	8	7	7	8	9	9	9	7	9	7	7	–	–	–
Vessie**	8	6	12	9	9	9	6	8	6	7	7	–	–	–
Encéphale	6	5	4	6	4	6	6	5	4	3	5	–	–	–
Cavité buccale	5	5	4	7	5	5	5	7	5	5	5	–	–	–
Estomac	5	10	4	6	5	5	5	4	3	4	4	–	–	–

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

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

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

¹ 2003 pour le Canada, Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec, l'Ontario; 2004 pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique; moyenne de 2000-2004 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

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

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

Tableau A5

Données réelles sur la mortalité pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2003¹

	Décès													
	Canada	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	34 700	650	170	1 250	990	9 200	12 800	1 350	1 250	2 700	4 200	30	25	15
Poumon	10 200	190	50	400	330	3 300	3 400	330	310	710	1 150	10	5	10
Côlon et rectum	4 300	85	20	180	110	1 100	1 650	160	130	290	520	5	5	5
Prostate	3 700	65	15	110	120	770	1 350	170	230	360	440	–	–	–
Pancréas	1 700	30	10	75	50	430	590	65	65	150	230	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	1 400	15	5	40	45	340	530	70	55	100	180	–	–	–
Leucémie	1 300	10	10	45	25	330	520	70	50	95	160	–	–	–
Estomac	1 200	30	10	40	30	320	470	50	35	75	130	–	–	–
Vessie	1 100	20	5	35	30	260	430	50	40	80	150	–	–	–
Oesophage	1 050	20	–	35	20	210	420	40	45	95	160	–	–	–
Rein	920	15	5	30	25	250	340	35	35	75	100	–	–	–
Encéphale	900	25	–	30	25	240	330	20	25	85	130	–	–	–
Cavité buccale	690	10	–	25	20	180	260	30	15	60	90	–	–	–
Myélome multiple	630	5	5	15	20	150	280	20	15	45	80	–	–	–
Mélanome	460	10	–	15	10	75	210	15	15	45	60	–	–	–
Foie	460	–	–	5	–	110	200	15	5	40	75	–	–	–
Femmes														
Tous les cancers	31 300	530	180	1 200	820	8 200	11 700	1 250	1 050	2 500	3 900	15	20	15
Poumon	7 200	100	45	280	180	2 000	2 500	290	230	540	930	5	5	5
Sein	5 100	90	20	220	130	1 250	1 900	220	170	410	610	5	5	–
Côlon et rectum	3 800	85	35	170	110	1 050	1 400	140	130	270	440	–	5	–
Pancréas	1 750	30	10	50	50	470	650	70	50	150	240	–	–	–
Ovaire	1 550	30	5	45	45	330	640	55	50	130	240	–	–	–
Lymphomes non hodgkiniens	1 150	10	5	35	25	280	490	40	45	85	160	–	–	–
Leucémie	1 000	10	5	35	25	250	380	40	35	100	110	–	–	–
Estomac	760	25	5	25	15	230	270	25	15	70	80	–	–	–
Corps de l'utérus	730	10	5	20	10	200	300	25	20	55	80	–	–	–
Encéphale	690	15	5	25	15	180	250	15	20	60	95	–	–	–
Rein	560	10	5	20	20	140	210	20	20	45	70	–	–	–
Vessie	490	5	–	20	10	130	190	10	20	40	60	–	–	–
Col de l'utérus	380	5	–	15	20	60	150	20	10	40	50	–	–	–
Cavité buccale	330	–	–	10	10	80	110	20	15	25	55	–	–	–
Mélanome	290	10	–	15	15	50	110	10	10	20	55	–	–	–

– Moins de 3 décès

¹ Moyenne de 1999-2003 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

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

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

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

Tableau A6

Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers les plus courants, selon le sexe et la région, Canada, 2003¹

	Taux pour 100 000													
	Canada	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	215	239	236	241	245	240	210	216	210	198	183	287	233	350
Poumon	63	71	69	77	82	84	55	54	53	52	49	117	77	199
Côlon et rectum	27	31	24	35	28	29	27	26	23	21	23	39	42	71
Prostate	24	26	24	21	31	22	24	27	36	29	19	-	-	-
Pancréas	10	10	14	14	12	11	10	11	11	11	10	-	-	-
Lymphomes non hodgkiniens	8	4	8	8	12	9	9	11	9	7	8	-	-	-
Leucémie	8	3	14	9	7	9	9	11	9	7	7	-	-	-
Estomac	7	10	11	8	7	8	8	8	6	6	6	-	-	-
Vessie	7	9	8	7	8	7	7	8	7	6	6	-	-	-
Oesophage	6	7	-	7	5	5	7	6	8	7	7	-	-	-
Rein	6	5	8	6	6	6	5	6	6	6	4	-	-	-
Encéphale	5	8	-	6	6	6	5	3	5	5	5	-	-	-
Cavité buccale	4	4	-	5	4	4	4	5	3	4	4	-	-	-
Myélome multiple	4	1	4	3	5	4	4	3	3	3	4	-	-	-
Mélanome	3	4	-	3	2	2	3	3	3	3	3	-	-	-
Foie	3	-	-	1	-	3	3	2	1	3	3	-	-	-
Femmes														
Tous les cancers	148	153	184	172	152	153	147	149	143	145	137	172	217	431
Poumon	35	31	48	42	37	40	33	38	34	33	34	38	47	232
Sein	24	24	23	32	23	24	24	27	24	24	21	35	31	-
Côlon et rectum	17	25	36	23	19	18	17	16	17	15	15	-	34	-
Pancréas	8	8	10	7	9	9	8	8	6	8	8	-	-	-
Ovaire	8	9	5	7	9	6	8	7	7	8	8	-	-	-
Lymphomes non hodgkiniens	5	3	7	5	5	5	6	5	5	5	5	-	-	-
Leucémie	5	2	4	5	5	5	5	5	4	6	4	-	-	-
Encéphale	4	6	3	4	3	4	3	2	3	4	4	-	-	-
Estomac	3	8	4	4	2	4	3	3	1	4	3	-	-	-
Corps de l'utérus	3	3	5	3	2	4	4	3	3	3	3	-	-	-
Rein	3	3	4	3	3	2	3	2	3	3	2	-	-	-
Cavité buccale	2	-	-	1	2	1	1	2	2	1	2	-	-	-
Col de l'utérus	2	2	-	3	4	1	2	3	2	3	2	-	-	-
Vessie	2	2	-	3	2	2	2	1	3	2	2	-	-	-
Mélanome	1	2	-	2	3	1	1	1	2	1	2	-	-	-

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

¹ Moyenne de 1999-2003 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

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

Sources et traitement des données

Les données réelles sur l'incidence du cancer et la mortalité par cancer utilisées pour préparer la présente monographie proviennent de trois sources, à savoir les fichiers de données sur la mortalité (1950 à 2003)³³, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, 1969 à 1991) et le Registre canadien du cancer (RCC, 1992 à 2004)¹. Ces bases de données sont toutes tenues à jour par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada.

L'Agence de santé publique du Canada a utilisé les données réelles sur la mortalité pour l'ensemble des provinces et territoires pour la période de 1969 à 2003. Les données sur l'incidence étaient disponibles pour toutes les provinces et tous les territoires pour la période de 1969 à 2004, sauf Terre-Neuve et Labrador, le Québec et l'Ontario, où l'incidence a été déclarée jusqu'à 2003. Les dénombrements de cas uniquement mentionnés dans les certificats de décès en Ontario en 2003 ont été obtenus du Registre du cancer de l'Ontario, puisque ces renseignements ne figuraient pas dans le RCC lors de la diffusion des données en août 2006.

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

Les chiffres de population pour le Canada, les provinces et les territoires ont été tirés d'estimations intercensitaires pour la période de 1971 à 2000³⁴, d'estimations post-censitaires pour la période de 2001 à 2005³⁴ et du scénario 3 des projections de la population pour 2006 à 2007³⁵. Les estimations démographiques de 1971 à 2005 et les projections démographiques incluent les résidents non permanents. En outre, des corrections ont été faites pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour au pays, et la date de référence pour les estimations annuelles est désormais le 1^{er} juillet plutôt que le 1^{er} juin. Les projections sont fondées sur les hypothèses d'accroissement démographique naturel, d'immigration et de migration interne, qui correspondent le mieux à la réalité canadienne. Ces hypothèses sont révisées régulièrement pour tenir compte des changements les plus récents.

Les estimations de l'incidence et de la mortalité pour 2007 ont été extrapolées à partir de modèles adaptés à un sous-ensemble des données décrites ci-dessus. Nous avons sélectionné les séries de données de manière à ce qu'elles commencent en 1986, à la fois pour les données sur l'incidence et celles sur la mortalité. Cette méthode garantit que les estimations de la mortalité et de l'incidence sont cohérentes et qu'elles représentent bien les tendances actuelles. Pour estimer les taux de mortalité, les données pour la période de 1986 à 2003 ont été utilisées; pour les estimations de l'incidence, nous avons eu recours aux données de 1986 à l'année la plus récente pour laquelle des données étaient disponibles.

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

sein), nous avons calculé séparément les taux pour les groupes d'âge de 0 à 19 ans, de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, et de 80 ans et plus. Depuis l'édition de 2003, nous avons calculé et analysé les taux par groupe d'âge de cinq ans : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite jusqu'à 80 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Nous avons calculé les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour chaque siège ou type de cancer en nous fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991. Par contre, pour les éditions antérieures à 1995, le calcul des taux était basé sur la population mondiale³⁶. 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 Nunavut³⁷.

Pour tous les cancers, même ceux associés à une survie courte, tels que les cancers du pancréas et du poumon, le nombre annuel de nouveaux cas devrait être comparable ou supérieur au nombre de décès. Dans certaines situations, cependant, le nombre de décès observés ou prévus dépasse le nombre correspondant de nouveaux cas. À Terre-Neuve-et-Labrador, ce dépassement est dû au fait que le registre ne reçoit pas l'information sur tous les certificats de décès portant la mention cancer, ce qui entraîne une sous-estimation du nombre de cas pour les années ayant servi à produire les estimations. Lorsque le registre de Terre-Neuve et Labrador recevra des données lui permettant de comptabiliser ces cas, cet écart devrait disparaître. 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 2007

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

La méthodologie utilisée aux fins des projections a été modifiée dans le cadre de l'édition de 2003. Dans les éditions antérieures à 2003, un modèle distinct où l'année est la seule variable indépendante a servi à établir les taux d'incidence bruts pour chaque province et territoire, chaque groupe d'âge, siège de cancer et chaque sexe. La nouvelle méthodologie prévoit un facteur à 18 niveaux pour l'âge, et l'inclusion des paramètres relatifs aux tendances a été déterminée au moyen de l'algorithme de sélection progressive disponible dans le logiciel S-plus 2000. Nous avons obtenu les estimations pour 2007 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 2007 (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); Île-du-Prince Édouard (prostate, poumon, leucémie chez l'homme; poumon chez la femme); Nouvelle-Écosse (prostate chez l'homme; poumon chez la femme); Nouveau Brunswick (prostate, mélanome, thyroïde, lymphomes non hodgkiniens chez l'homme; pancréas, thyroïde, lymphomes non hodgkiniens, poumon chez la femme); Québec (prostate, mélanome, testicule, myélome multiple chez l'homme); Ontario (prostate chez l'homme); Manitoba (prostate, estomac, pancréas, mélanome, rein chez l'homme; estomac, utérus, ovaire, encéphale, thyroïde, poumon, rein, leucémie chez la femme); Saskatchewan (prostate chez l'homme; poumon chez la femme); Alberta (prostate chez l'homme); Colombie-Britannique (prostate chez l'homme); Territoires du Nord-Ouest (tous les cancers, prostate chez l'homme; tous les cancers chez la femme); Yukon (tous les cancers, prostate chez l'homme; tous les cancers chez la femme); et Nunavut (tous les cancers, prostate chez l'homme; tous les cancers chez la femme).

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

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée pour l'édition de 2003, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cette observation des taux sommairess ne s'applique pas aux taux selon l'âge. Depuis 1981, les taux selon l'âge au Canada chez les hommes de moins de 40 ans ont révélé peu de changements et n'ont signalé aucune tendance; chez les 40 à 59 ans, une tendance à la hausse marquée a débuté autour de 1991, et n'a pas encore changé de cap; chez les hommes de 60 à 74 ans, les taux suivent les tendances des taux normalisés selon l'âge depuis 1991; et chez les hommes de plus de 75 ans, la brève montée des taux du début au milieu des années 90 a été suivie d'une baisse abrupte pour atteindre les niveaux de 1981 ou plus bas. Par conséquent, les projections des taux selon l'âge basées sur le modèle de régression de Poisson adapté aux données obtenues entre 1981 et 1989 ont été abandonnées en faveur des modèles de régression de Poisson adaptés aux données de 1991 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données sur l'incidence étaient disponibles (2003 pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec, l'Ontario et 2004, pour ailleurs). Toutefois, les modèles adaptés aux données de 1991 et plus n'ont pas permis d'obtenir des projections fiables parce que l'incidence du cancer de la prostate ne suit pas une courbe linéaire. C'est pourquoi nous avons eu recours à la moyenne quinquennale pour établir des projections relatives au cancer de la prostate dans toutes les provinces et dans les territoires.

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 2007

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

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

Dans les cas où les données originales présentent d'importantes fluctuations, le modèle n'a pas pu fournir des résultats avec une précision satisfaisante. Pour ces exceptions, nous avons estimé le nombre de décès pour 2007 (à la suite de consultations avec les provinces et les territoires) en utilisant une moyenne quinquennale des données les plus récentes disponibles : Nouveau-Brunswick (lymphomes non hodgkiniens chez l'homme; poumon, pancréas chez la femme); Québec (lymphomes non hodgkiniens chez l'homme); Manitoba (pancréas, lymphomes non hodgkiniens, rein chez l'homme; estomac, poumon chez la femme); Saskatchewan (estomac chez la femme); Territoires du Nord-Ouest (tous les cancers chez l'homme; tous les cancers chez la femme); Yukon (tous les cancers chez l'homme; tous les cancers chez la femme); et Nunavut (tous les cancers chez l'homme; tous les cancers chez la femme).

Estimations des taux d'incidence (TINA) et de mortalité (TMNA) normalisés selon l'âge en 2007

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. Nous avons calculé les variances en supposant que les dénombrements

par âge qui ont servi au calcul des taux normalisés selon l'âge suivent des distributions de Poisson indépendantes. Les régressions ont été effectuées pour l'ensemble du Canada et pour chaque province ou territoire, selon le siège ou le type de cancer et selon le sexe, au moyen d'un modèle linéaire où l'année était la seule variable indépendante.

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 2007 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 2007 à partir des taux de mortalité réels normalisés selon l'âge sur une période de cinq ans pour chacune des régions et chacun des sièges ou types de cancer combinés présentés dans la section « Estimations de la mortalité ».

La méthodologie utilisée pour la projection des nouveaux cas de cancer de la prostate a été modifiée à compter de l'édition de 2003, à la suite de la baisse anticipée des taux normalisés selon l'âge observée à partir du pic de 1993 jusqu'en 1995, moment où une tendance nouvelle à la hausse est apparue. Cependant, cette nouvelle tendance n'a pas atteint le niveau projeté d'après un modèle linéaire adapté aux données de 1981 à 1989. Plusieurs options ont été explorées, et nous croyons que nous avons obtenu les projections les plus précises simplement en calculant le taux normalisé selon l'âge à partir des nombres projetés selon l'âge (tel que décrit ci-dessus) en utilisant les données réelles à partir de 1991. Au même titre que la projection des nombres de nouveaux cas, les projections applicables à l'année en cours pour toutes les provinces et pour les territoires étaient fondées sur la moyenne quinquennale.

Exactitude et précision des estimations

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

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

Les estimations de l'incidence et de la mortalité ont été arrondies comme suit : au nombre le plus près comportant le chiffre 5 pour les dénombrements de 0 à 99; à la dizaine près pour les dénombrements de 100 à 999; à la cinquième dizaine (50) la

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

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

Nous avons calculé la variation annuelle moyenne en pourcentage pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle fondé sur l'hypothèse que le taux de variation des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge est constant, autrement dit en appliquant un modèle linéaire à ces taux normalisés selon l'âge après transformation logarithmique. Puis, nous avons de nouveau transformé la pente estimée au moyen de cet ajustement pour obtenir un pourcentage d'augmentation ou de diminution. Nous avons eu recours à l'analyse par point de retournement pour déterminer la tendance linéaire la plus récente en utilisant les données simples relatives aux TINA ou aux TMNA de 1986 à 2003 tant pour l'incidence que pour la mortalité. Pour déceler une tendance nouvelle, il fallait au moins cinq données simples, de sorte que la dernière tendance nouvelle qui pouvait être décelée débiterait en 1999. Nous avons utilisé les données de 1994 à 2003 pour l'incidence et pour la mortalité, à moins que l'analyse par point de retournement n'ait permis de déceler une tendance nouvelle ayant débuté après 1994, auquel cas nous avons utilisé la dernière tendance linéaire pour estimer la VAMP.

Estimations de l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome en 2007 au Canada

Les estimations relatives au cancer de la peau autre que le mélanome pour 2007 correspondaient à la moyenne des estimations obtenues par l'application des taux de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick à la population canadienne. Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinome basocellulaire et carcinome squameux). On croit toutefois qu'il y a une certaine sous-déclaration du cancer de la peau autre que le mélanome. Pour produire une estimation minimale du nombre de cas au Canada dans son ensemble, nous avons appliqué les taux d'incidence selon l'âge et selon le sexe en Colombie-Britannique en 2003 aux estimations de la population canadienne. Pour le Manitoba, nous avons obtenu les estimations en appliquant à la population canadienne les taux par âge et par sexe prévus pour 2007 dans les graphiques de Demers et coll.³⁸. Pour le Nouveau-Brunswick, des dénombrements sommaires des nouveaux cas de carcinomes basocellulaires et squameux entre 1992 et 2004 par groupe d'âge ont été fournis par le registre du cancer et les taux ont été projetés jusqu'en 2007 au moyen d'une régression linéaire.

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

Les probabilités ont été calculées d'après les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer, selon l'âge et le sexe, enregistrés au Canada en 2003, et d'après les

taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 2001 à 2003. La méthodologie employée est celle de Zdeb³⁹ et de Seidman et coll.⁴⁰. 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 2003. Nous avons calculé l'indicateur en déterminant la proportion de décès attribués aux différentes formes de cancer pour chaque sexe et groupe d'âge, en multipliant cette proportion par le nombre correspondant de décès tirés de la table de mortalité, en additionnant les nombres de décès de la table de mortalité pour les deux sexes et tous les groupes d'âge afin d'obtenir la probabilité de décès attribuable à chaque cause.

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

Les figures 3.1 et 3.2 illustrent les déterminants de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, respectivement. Les trois séries de données représentées par chaque courbe sont basées sur des données à partir de l'année de référence, soit 1978. La courbe supérieure rend compte des dénombrements réels ou prévus des cas/décès liés au cancer. La courbe intermédiaire reflète une estimation de l'incidence du cancer ou des décès si la répartition des âges de 1978 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 1978 étaient demeurées constants 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, $P^{F,1978}$ représente la population féminine totale au Canada en 1978. 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 1978 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 1978 multipliée par le taux normalisé selon l'âge pour l'année t ou, en symboles, $P^{i,1978} TNA^{i,t}$.

Niveau de référence : Nombre observé de cas de cancer ou de décès par cancer dans la population de sexe i survenus en 1978.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur a été calculé en déterminant le nombre de décès pour les groupes de moins de 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans, ... et de 90 ans et plus au Canada en 2003, et l'espérance de vie au point milieu des groupes d'âge. Les APVP sont le nombre total d'années de vie perdues calculées en multipliant, pour chaque groupe d'âge, le nombre de décès par l'espérance de vie des survivants⁴¹.

Fraction étiologique du risque

Les estimations de la fraction étiologique du risque ont été établies en combinant les données sur la mortalité, le tabagisme et les estimations du risque relatif selon le sexe, l'âge et la maladie. L'estimation du tabagisme a été établie à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003⁴², tandis que les estimations du risque relatif ont été établies au moyen du programme SAMMEC II⁴³. Par conséquent, la mortalité attribuable au tabagisme a été calculée⁴⁴ pour les types de maladies qui comportent un risque relatif élevé connu se situant à l'intérieur de l'intervalle de variation pour la maladie. Le taux de mortalité attribuable au tabagisme s'entend du produit de la fraction attribuable au tabagisme (FAT) et du nombre de décès selon le sexe, l'âge et le type de maladie. Le calcul de cette fraction a été fait selon la formule suivante :

$$FAT = ([P^0 + P^1 (RR^1) + P^2 (RR^2)] - 1) / [P^0 + P^1 (RR^1) + P^2 (RR^2)],$$

où P⁰, P¹ et P² dénotent respectivement qu'une personne n'a jamais fumé, qu'elle fume et qu'elle a déjà fumé, et où RR¹ et RR² indiquent respectivement le risque relatif actuel et passé. Le calcul de la fraction étiologique du risque a été fait en divisant la mortalité totale attribuable au tabagisme par le nombre de décès pour chaque sexe, âge et groupe de maladies.

Prévalence

La prévalence du cancer chez les Canadiens a été évaluée selon le siège ou le type de cancer à la lumière des diagnostics posés dans les 15 années précédant l'année cible. Les données sur l'incidence du cancer proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer (avant 1992) et du Registre du cancer du Canada (1992-2004), et les données sur la survie proviennent de la Division de la gestion de l'information de la Saskatchewan Cancer Agency. Pour chaque siège ou type de cancer, les données ont été ventilées selon le mois du diagnostic, l'âge lors du diagnostic et le sexe. Nous avons ensuite multiplié le taux brut de survie selon l'âge par le nombre de nouveaux cas pour établir les prévisions quant à la prévalence. Les estimations par strate ont été combinées pour chaque siège ou type de cancer.

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

Les données nationales annuelles sur l'incidence du cancer ont été stratifiées selon l'année du diagnostic, le siège ou le type de cancer, le sexe et les groupes d'âge de 0 à 1 an, 2 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, et ainsi de suite, par groupes d'âge de cinq ans

jusqu'au groupe des 85 ans et plus. Nous avons ensuite réparti ces données également sur chaque mois de l'année en divisant par 12 le nombre de cas dans chaque strate.

Compte tenu d'un nombre maximal de 15 années de survie, nous avons estimé la prévalence pour 2003 en multipliant le taux de survie brut par le nombre de cas correspondant. Nous avons limité les estimations à un nombre maximal de 15 années de survie, lequel est très semblable à la prévalence à vie, et avons utilisé des estimations de la survie dans la mesure où celles-ci étaient fiables.

Survie relative

Les cas de cancer sont définis d'après la troisième édition de la Classification internationale des maladies – Oncologie⁴⁵. Pour définir les types de cancer, nous avons utilisé les groupes du programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), en classant la maladie de Kaposi et le mésothéliome dans des groupes séparés⁴⁶. Les définitions des sièges diffèrent à certains égards de celles figurant dans le *Glossaire* (voir référence 46). Nous avons limité les analyses aux premiers enregistrements de tumeur primitive envahissante diagnostiquée entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 1998, inclusivement. Ces années d'incidence ont été retenues parce que 2003 était l'année la plus récente pour laquelle nous disposions de données sur la mortalité à des fins d'analyse. Nous avons recueilli, le cas échéant, les antécédents tumoraux avant 1992 des personnes inscrites dans le RCC en couplant les données du RCC avec celles de son prédécesseur, le Système national de déclaration des cas de cancer, une base de données fixe axée sur les tumeurs répertoriant des cas pouvant remonter jusqu'à 1969. Des renseignements supplémentaires sur la province de l'Ontario ont également été utilisés.

Les cas diagnostiqués dans la province de Québec n'ont pas été inclus, en partie parce que la méthode de détermination de la date de diagnostic des cas de cancer dans cette province différait nettement de celle employée par les autres registres provinciaux du cancer⁴⁷ et en partie en raison de problèmes liés à la détermination du statut vital exact des cas. Les enregistrements étaient exclus lorsque le diagnostic reposait uniquement sur les résultats de l'autopsie ou le certificat de décès.

La durée de survie correspondait à la différence en jours entre la date du diagnostic et la date de la dernière observation (date du décès ou le 31 décembre 2003, la date la plus rapprochée étant retenue) jusqu'à concurrence de cinq ans. Pour un faible pourcentage de sujets pour lesquels nous ne disposions pas d'information sur le jour/mois du diagnostic, et/ou le jour/mois du décès, la durée de survie a été estimée⁴⁷. Nous avons déterminé si la personne était encore en vie ou non au cours des cinq premières années au moyen de recoupements avec la Base canadienne de données sur la mortalité ou de renseignements communiqués par les registres provinciaux/territoriaux du cancer. Lorsque les décès étaient signalés par un registre provincial mais n'étaient pas confirmés par le processus de couplage des données, nous avons présumé que la personne était morte à la date indiquée par la province déclarante.

L'analyse de survie s'appuyait sur un algorithme rédigé par Paul Dickman⁴⁸ qui a été légèrement adapté. Les rapports de survie relative ont été estimés de la façon suivante : rapport de la survie observée des personnes atteintes de cancer à la survie prévue dans la population générale du même âge, sexe, de la même province de résidence et durant la même période. Les proportions de la survie observée ont été estimées à l'aide de la méthode des cohortes. Les proportions de la survie prévue ont été dérivées des tables

complètes de mortalité provinciales selon le sexe produites par Statistique Canada, au moyen de la méthode Ederer II⁴⁹. Toutes les proportions de la survie prévue pour l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ont été tirées des tables de mortalité canadiennes car des estimations stables pour chaque âge ne pouvaient être produites pour ces régions à cause de la petite taille de leur population.

Les estimations de la survie par âge et pour tous les âges (de 15 à 99 ans) nous renseignent sur la survie réelle du groupe de patients. Des estimations de la survie normalisées selon l'âge ont été fournies à des fins de comparaison. Les estimations normalisées selon l'âge ont été obtenues au moyen de la méthode directe. Plus précisément, les estimations selon l'âge pour un cancer donné ont été pondérées en fonction de la répartition par âge des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 1992 et 2001. Les estimations de la survie normalisées selon l'âge peuvent être interprétées comme l'estimation globale de la survie qui aurait été obtenue si la répartition par âge du groupe de patients étudié était la même que celle de la population type. À moins d'avoir été normalisées en fonction de la même population, les estimations de la survie provenant d'autres sources ne devraient pas être comparées avec celles de la présente analyse.

ANNEXE III – SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

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

- ◆ progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage (2006)
- ◆ progrès dans la prévention du cancer : facteurs de risque modifiables (2005);
- ◆ variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997 (2004);
- ◆ répercussions économiques du cancer au Canada, 1998 (2004);
- ◆ lymphomes non hodgkiniens (2003);
- ◆ incidence du cancer chez les jeunes adultes (2002);
- ◆ taux de survie (2002, 1995, 1991-1993);
- ◆ cancer colorectal (2001, 1995);
- ◆ progrès réalisés dans la lutte contre le cancer (2000);
- ◆ répercussions relatives de la croissance démographique et du vieillissement de la population sur l'incidence du cancer au Canada (1999);
- ◆ surveillance du cancer au Canada (1999);
- ◆ comparaisons internationales (1998);
- ◆ examen des statistiques sur le cancer pour une période de dix ans (1997);
- ◆ évaluation de la validité des estimations (1996);
- ◆ cancer de la prostate (1996);
- ◆ répercussions économiques du cancer (1996, 1990);
- ◆ estimations de la prévalence (1995);
- ◆ cancer du sein (1993);
- ◆ tabagisme et cancer du poumon (1991);
- ◆ cancer chez les Autochtones (1991);
- ◆ tendances selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer chez la femme (1990);
- ◆ taux d'incidence du cancer selon le revenu (1990).

1. Statistique Canada. *Les statistiques sur le cancer*, Statistique Canada, n° 82-231-XIF-2006001 au catalogue, Ottawa : Ministre de l'Industrie. (Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-231-XIF/82-231-XIF2006001.htm>).
2. Le ND, Marrett LD, Robson DL, Semenciw RM et coll. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995, n° H49-6/1-1996, 1995 au catalogue.
3. Ellison JH, Wu XC, McLaughlin C et coll. (éds.). *Cancer in North America, 1999-2003. Volume one: Incidence; volume two: Mortality*. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries Inc., mai 2006.
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB (éds.). *Cancer incidence in five continents, volume VIII*, Lyon : Publication scientifique du CIRC n° 155, Centre international de recherche sur le cancer, 2002.
5. Brisson J, Major D, Pelletier E. *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec*, Institut national de la santé publique du Québec, 2003.
6. Stephens M, Siroonian J. *L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire*, Rapports sur la santé 1998;9:31-7.
7. Harris JR, Lippman ME, Veronsei U, Willett WC. *Breast Cancer*. N Engl J Med 1992; 327(3 parties):319-28, 390-8, 473-80.
8. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. *Reproductive factors and breast cancer*. Epidemiol Rev 1993;15:36-47.
9. Hébert-Croteau N, Brisson J, Latreille J, Rivard M, Abdelaziz N, Martin G. Related Articles, Links *Compliance with consensus recommendations for systemic therapy is associated with improved survival of women with nodenegative breast cancer*. J Clin Oncol. 2004 Sep 15;22(18):3685-93.
10. Olivotto IA, Mates D, Kan L, Fung J, Samant R, Burhenne LJ. Related Articles, Links *Prognosis, treatment, and recurrence of breast cancer for women attending or not attending the Screening Mammography Program of British Columbia*. Breast Cancer Res Treat. 1999 Mar;54(1):73-81.
11. Heikki Joensuu; Tiina Lehtimäki; Kaija Holli; Liisa Elomaa; Taina Turpeenniemi-Hujanen; Vesa Kataja; Ahti Anttila; Mikael Lundin; Jorma Isola; Johan Lundin, *Risk for Distant Recurrence of Breast Cancer Detected by Mammography Screening or Other Methods*. JAMA. 2004;292:1064-1073.
12. Gaudette LA, Gao RN, Wysocki François, Marek. *Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995*. Rapports sur la santé, n° 82-003, 1997 au catalogue; 9(1):31-4.
13. Levy IG. Prostate cancer: the epidemiologic perspective. In: Fradet Y, Myer F, eds. Canadian Workshop on Screening for Prostate Cancer proceedings, March 24-27, Quebec City. Can J Oncol 1994;(4 suppl 1):4-7.
14. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2006*, Toronto, Canada, 2006; (sujet particulier)
15. Hartge P, Wang SS, Bracci PM, Devesa SS, Holly EA. Non-Hodgkin lymphoma. In Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr Eds. *Cancer Epidemiology and Prevention, Third Edition*, Oxford University Press 2006. p. (898-918).
16. McLaughlin JK, Lipworth L, Tarone RE, Blot WJ. Renal Cancer. In Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr Eds. *Cancer Epidemiology and Prevention, Third Edition*, Oxford University Press 2006. p. 1087-1100.

17. Ward EM, Tun MJ, Hannan LM, Jemal A. *Interpreting Cancer Trends*. Ann NY AcadSci 2006;1076:29-53.
18. Duchesne D. Les personnes âgées au travail. *L'emploi et le revenu en perspective* (Statistique Canada, n° 75 001 XIF au catalogue) 2002;3(5).
19. Action Cancer Ontario : *Le cancer chez les jeunes adultes au Canada*. Toronto, Canada, 2006, mai 2006.
20. Du WB, Chia KS, Sankaranarayanan R, Sankila R, Seow A, Lee HP. *Population-based survival analysis of colorectal cancer patients in Singapore, 1968-1992*. International Journal of Cancer 2002;99:460-465.
21. Dickman PW, Adami HO. *Interpreting trends in cancer patient survival*. J Int Med 2006; 260:103-117.
22. Black RJ, Sankaranarayanan R, Parkin DM. *Interpretation of population-based cancer survival data*. Dans : Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, (éds.) *Cancer survival in developing countries*. Publication scientifique du CIRC n° 145, Lyon : Centre international de recherche sur le cancer, 1998.
23. Ederer F, Axtell LM, Cutler SJ. *The relative survival rate: a statistical methodology*. National Cancer Institute monographs 1961;6:101-121.
24. Statistique Canada, 2006. *Statistiques sur la survie au cancer*, Statistique Canada, n° 82 226 XIF 2006001001 au catalogue. Ottawa : Ministre de l'Industrie. (Affiché à l'adresse <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-226-XIF/82-226-XIF2006001.htm>).
25. Brenner H, Arndt V. *Recent increase in cancer survival according to age: higher survival in all age groups but widening age gradient*. Cancer Causes Control 2004; 15:903-10.
26. Ellison LF, Gibbons L. *Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période*. Rapports sur la santé (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2006;17(2):19-30.
27. Berrino F, Estève J, Coleman MO. Basic Issues in estimating and comparing the survival of cancer patients. In Berrino F, Dante M, Verdecchia A, et al. *Cancer patients in Europe. The Eurocare Study*. Publication scientifique du CIRC n° 132, Lyon : Centre international de recherche sur le cancer, 1995:1-14.
28. 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.
29. 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.
30. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies – Oncologie*, 3^e édition, Genève, 2000.
31. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10^e révision, volumes 1 à 3, Genève, 1992.
32. Capocaccia R, De Angelis R. *Estimating the completeness of prevalence based on cancer registry data*. Stat Med 1997;16:425-40.
33. Statistique Canada. 2006. *Causes de décès*, Statistique Canada. N° 84-208-XIF-2005002 au catalogue, Ottawa. (Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/84-208-XIF/84-208-XIF2005002.htm>).

34. Statistique Canada. 2006. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*. Statistique Canada. N° 91-213-XIB-2005000 au catalogue. Ottawa : Ministre de l'Industrie. (Affiché à l'adresse : http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub_f.cgi?catno=91-213-XIB2005000).
35. Statistique Canada. *Statistiques démographiques annuelles, 2001*. Ottawa : Ministre de l'Industrie, N° 91 520-XWF-2005001 au catalogue. (Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/91-520-XIF/0010591-520-XIF.htm>).
36. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y et coll. (éds.). *Cancer incidence in five continents, volume VII*. Lyon : Publication scientifique du CIRC n° 143, Centre international de recherche sur le cancer, 1997.
37. Statistique Canada. 1999. *Classification géographique type (CGT), supplément*, Ottawa. (Affiché à l'adresse : http://stds.statcan.ca/francais/sgc/1996/1996-sgc-searchstruc1_f.asp?criteria=24).
38. Demers A, Nugent Z, Mihalciou C, Wiseman M, Kliewer E. *Trends of nonmelanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population*. J Am Acad Dermatol 2005;53:320-8.
39. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
40. 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.
41. 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.
42. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003 (cycle 2.1)*, 1996, Ottawa, Santé Canada et Statistique Canada, 2003.
43. 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.
44. Illing EM, Kaiserman MJ. *Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991*. Can J Public Health 1995;86(4):257-65.
45. Fritz A et coll. (éds). *International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
46. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, Clegg L, Eisner MP, Horner MJ, Howlader N, Hayat M, Hankey BF, Edwards BK (éds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003*, National Cancer Institute. Bethesda, MD. (Affiché à l'adresse : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003/), d'après les données présentées en vue du SEER de novembre 2005, affichées sur le site web du SEER, 2006).
47. Ellison LF, Gibbons L, et le groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada. *Taux relatifs de survie à cinq ans - cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon*. Rapports sur la santé (Statistique Canada, n° 82 003 au catalogue) 2001;13(1):23-24.
48. Dickman PW. Population-based cancer survival analysis. (Affiché à l'adresse : <http://www.pauldickman.com/teaching/tampere2004/index.php>. Consulté en août 2005).
49. Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates, methodological note 11, End Results Evaluation section*, National Cancer Institute, août 1959.

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 118. Le bureau de la SCC de votre région figure dans les pages blanches de l'annuaire téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par l'**Institut national du cancer du Canada (INCC)** grâce à des fonds fournis par la SCC et par la Fondation Terry Fox, communiquez avec l'INCC à l'adresse indiquée à la page 118.

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

Pour obtenir des détails sur la méthodologie, communiquez avec la Division de la surveillance, Agence de santé publique du Canada, 120, chemin Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9. Tél. (613) 952-3335; fax (613) 941-2057.

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

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

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

Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents. (Voir les pages 116 et 117 pour les adresses, numéros de téléphone, numéros de télécopieur et sites Web.)

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

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

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

Personnes-ressources aux niveaux fédéral et provincial/territorial

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Sharon Smith
Directrice, Cancer Care Program
Eastern Health
Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre
300 Prince Philip Drive
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3V6
Tél. : (709) 777-7588
Fax : (709) 753-0927
www.nctrf.nf.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

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

QUÉBEC

Monsieur 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
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>

ONTARIO

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

MANITOBA

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

SASKATCHEWAN

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

ALBERTA

D^{re} Heather Bryant
Vice-présidente et DPI, Alberta Cancer Board
Directrice, Division of Population Health & Information
Population and Health Information
Alberta Cancer Board
1331 29th Street North West
Calgary (Alberta) T2N 4N2
Tél. : (403) 521-3901
Fax : (403) 270-3898
www.cancerboard.ab.ca

YUKON

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Mary McBride
Directrice, Cancer Registry
BC Cancer Agency
Cancer Control Research Program
675 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 1L3
Tél. : (604) 707-5925
Fax : (604) 877-1868
www.bccancer.bc.ca

NUNAVUT

Sylvia Healy
Directrice du registre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqaluit (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

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

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA ET SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

Bureau national

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

Division de Terre-Neuve-et- Labrador

Société canadienne du cancer
Viking Building, 2^e étage
P.O. Box 8921
136 Crosbie Road, 2nd floor
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3R9
Tél. : (709) 753-6520
Fax : (709) 753-9314

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

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

Division de la Nouvelle-Écosse

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

Division du Nouveau-Brunswick

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

Division du Québec

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

Division de l'Ontario

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

Division du Manitoba

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

Division de la Saskatchewan

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

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

Société canadienne du cancer
#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

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Vous pouvez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires concernant le contenu du présent rapport nous serviront à préparer les éditions futures. Pour nous aider dans notre planification, vous pouvez remplir le présent formulaire et nous le retourner, d'ici le 31 août 2007, à l'adresse suivante :

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

Toutefois, c'est avec plaisir que nous examinerons vos réponses au formulaire même si elles nous parviennent après cette date.

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des Statistiques canadiennes sur le cancer 2007.

	Pas utile	Un peu utile	Très utile
Faits saillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité actuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répartition géographique du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances de l'incidence et de la mortalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répartition du cancer selon l'âge et le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Années potentielles de vie perdues à cause du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévalence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Survie relative à cinq ans des cas de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer chez les enfants et les jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet particulier			
Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

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

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



**Veillez me faire parvenir la prochaine édition de ce rapport (édition de l'an 2008).
En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : _____

Titre : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Des questions sur le cancer?

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

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

DISTRIBUÉ PAR



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society

113-056