

Statistiques canadiennes sur le cancer

2 0 0 0



Produit par :
Société canadienne du cancer
Institut national du cancer du Canada
Statistique Canada
Régistres du cancer des provinces et des territoires
Santé Canada



Santé
Canada

Health
Canada

<http://www.cancer.ca>

Membres du comité directeur :**John R. McLaughlin (président), Ph.D.**

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

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

PEI Oncology Clinic and Tumour Registry, Île-du-Prince-Édouard

Anthony L.A. Fields, M.D., F.R.C.P.C.

Cross Cancer Institute, Edmonton (Alberta)

Yang Mao, Ph.D.

Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada

Ghislaine Villeneuve, M.A.P.

Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

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

Affaires médicales et contrôle du cancer, Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada

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

«Institut national du cancer du Canada : **Statistiques canadiennes sur le cancer 2000**, Toronto, Canada, 2000».

Avril 2000, ISSN 0835-2984

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

Pour obtenir d'autres exemplaires, s'adresser aux divisions de la Société canadienne du cancer, à Statistique Canada ou au Bureau du cancer de Santé Canada (voir pages 81-84).

This publication is available in English upon request.

REMERCIEMENTS

La présente monographie est l'oeuvre d'un comité directeur qui relève du Comité consultatif du contrôle du cancer de l'Institut national du cancer du Canada. Le comité directeur est formé de représentants de l'Institut national du cancer du Canada, de la Société canadienne du cancer, de Santé Canada, de Statistique Canada et du Conseil canadien des registres du cancer, ainsi que des chercheurs universitaires spécialisés dans le domaine du cancer.

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

- ◆ Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ont fourni les données sur l'incidence du cancer qui ont servi à produire les statistiques présentées ici. Le Comité tient à souligner la contribution indispensable du personnel des registres.
- ◆ Michel Beupré, du Fichier des tumeurs du Québec et la D^{re} Françoise Bouchard ont revu la version française. La D^{re} Françoise Bouchard, du Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), a collaboré au chapitre spécial sur les Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer. Le Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada a établi les estimations, les tendances, les projections, les tableaux et les figures apparaissant dans toutes les sections du présent document. On lui doit aussi d'autres analyses, notamment les probabilités d'être atteint du cancer et d'en mourir, les calculs de décès prématurés, de même que le rôle des facteurs de risque de cancer. Il convient de remercier en particulier MM. Robert Semenciw, Chris Waters et Les Mery pour leur contribution à la production de ces analyses. Le D^r Howard Morrison a contribué à la préparation des sections sur les statistiques du cancer chez l'enfant et les progrès réalisés dans la lutte contre le cancer. Nous reconnaissons aussi le soutien administratif précieux de M^{me} Fadia Gharib.
- ◆ La Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada a fourni les données utilisées dans les tableaux, les figures et plusieurs sections du texte.
- ◆ Mary McBride, de la Division de l'épidémiologie et de la prévention du cancer, B.C. Cancer Agency, a fourni les estimations concernant le cancer de la peau autre que le mélanome.
- ◆ L'Institut national du cancer du Canada finance les travaux du comité directeur et la publication de la monographie grâce à des dons de charité recueillis par les bénévoles de la Société canadienne du cancer.
- ◆ L'Institut national du cancer du Canada fournit le soutien administratif aux fins de la production, de l'impression et de la distribution du présent rapport. Nous remercions particulièrement M^{me} Monika Dixon pour sa contribution.
- ◆ La Société canadienne du cancer, Santé Canada et Statistique Canada distribuent la monographie.

	Page
Introduction	7
Faits saillants	9
Incidence et mortalité actuelles	11
Répartition géographique du cancer	17
Tendances de l'incidence et de la mortalité	23
Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe	43
Probabilité d'être atteint et de mourir du cancer	49
Années potentielles de vie perdues à cause du cancer	53
Cancer chez les enfants âgés de 0 à 19 ans	57
Sujet particulier :	
◆ Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer	59
Glossaire	67
Annexe I : Méthodologie	69
Annexe II : Données réelles pour nouveaux cas et décès	75
Références	77
Pour en savoir plus sur le cancer	81
Bon de commande et formulaire d'évaluation	85

Tableaux

1. Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, 2000	14
2. Population estimée, nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, 2000	18
3. Nombre estimé de nouveaux cas pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000	19
4. Taux estimés d'incidence standardisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000	20
5. Nombre estimé de décès pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000	21
6. Taux estimés de mortalité standardisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000	22
7.1 Taux d'incidence standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000	35
7.2 Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000	36

TABLE DES MATIÈRES

8.1	Taux d'incidence standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000	37
8.2	Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000	38
9.	Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1988-1995) et de mortalité (1988-1997) standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer	39
10.	Répartition selon le groupe d'âge et le sexe, 2000	44
11.	Répartition pour certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, 2000	45
12.	Probabilité d'être atteint du cancer selon l'âge, et probabilité d'être atteint du cancer au cours de la vie et d'en mourir	51
13.	Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, 1997	54
14.	Nouveaux cas et taux d'incidence standardisés selon l'âge (1991-1995) et décès et taux de mortalité standardisés selon l'âge (1993-1997) pour les types de cancer selon le diagnostic histologique chez les enfants âgés de 0 à 19 ans	58

Figures

1.1	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 2000	15
1.2	Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 2000	16
2.1	Nouveaux cas et taux d'incidence standardisés selon l'âge (TISA) pour tous les cancers, 1971-2000	27
2.2	Nombre de décès et taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA) pour tous les cancers, 1971-2000	28
2.3	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, 1971-2000	29
2.4	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, 1971-2000	30
3.1	Taux d'incidence standardisés selon l'âge (TISA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000	31
3.2	Taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000	32
4.1	Taux d'incidence standardisés selon l'âge (TISA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000	33
4.2	Taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000	34

5.	Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence 1988-1995) et de mortalité (1988-1997) standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer	40
6.	Indice des taux de mortalité standardisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, 1971-1997	41
7.	Taux d'incidence et de mortalité, selon l'âge, pour tous les cancers, 1970-2000	46
8.	Taux d'incidence (1995) et de mortalité (1997), selon l'âge, pour tous les types de cancer, selon le sexe	47
9.	Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), 1997	55
10.1	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon et selon la consommation de tabac 20 ans plus tôt	63
10.2	Prévalence du tabagisme selon le sexe, chez les 15 ans et plus et les 15 à 19 ans, 1965-1999	64
10.3	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein et du col de l'utérus standardisés selon l'âge, par groupe d'âge, 1970-2000	65
10.4	Taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA), 1950-2000	66

Annexe II

Tableau 1 :	Données réelles pour les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, 1995	75
Tableau 2 :	Données réelles pour les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, 1997	76

Cette monographie est publiée par la Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada en collaboration avec Santé Canada, Statistique Canada, les registres provinciaux et territoriaux du cancer et des chercheurs universitaires. Elle s'inscrit dans une série annuelle, qui est publiée depuis 1987.

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

Des sujets particuliers sont traités chaque année. Cette année le sujet est «Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer». Voici, à titre d'information, quelques-uns des sujets particuliers qui ont été examinés au cours des dernières années :

- ◆ une analyse des répercussions relatives de la croissance démographique et du vieillissement de la population sur l'incidence du cancer au Canada (1999);
- ◆ un examen d'orientations actuelles en matière de surveillance du cancer au Canada (1999);
- ◆ des comparaisons internationales (1998);
- ◆ une comparaison du cancer au Canada de 1987 à 1997 (1997);
- ◆ une évaluation de la validité des estimations publiées antérieurement (1996);
- ◆ un examen détaillé des données sur le cancer de la prostate (1996), le cancer du côlon et du rectum (1995) et le cancer du sein (1993);
- ◆ les taux de survie (de 1991 à 1993, 1995);
- ◆ les estimations de la prévalence (1995);
- ◆ le tabagisme et le cancer du poumon (1991);
- ◆ le cancer chez les Autochtones (1991);
- ◆ les tendances selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer chez la femme (1990);
- ◆ les taux d'incidence du cancer selon le revenu (1990);
- ◆ les répercussions économiques du cancer (1990, 1996).

Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ainsi que les bureaux de la statistique de l'état civil communiquent leurs données sur l'incidence du cancer et sur la mortalité due à cette maladie à Statistique Canada qui les totalise à l'échelle nationale. Étant donné le temps nécessaire pour recueillir des données complètes sur les cas de cancer dans chaque province et pour compiler ces données à l'échelle du Canada, le délai de publication de données nationales fiables pour une année particulière est considérable. Le présent rapport fournit les taux et les fréquences réels jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle on possède des données complètes (1995 pour l'incidence; 1997 pour la mortalité), ainsi que des estimations jusqu'à l'an 2000. Pour produire ces estimations, on commence par déterminer les tendances chronologiques pour les taux connus; puis, on projette ces tendances jusqu'à l'année en cours pour estimer les taux actuels; enfin, on applique les taux ainsi obtenus aux estimations de la population actuelle.

La méthodologie statistique employée pour produire la présente édition est identique à celle utilisée de 1995 à 1999. On établit désormais les taux d'incidence et de mortalité

standardisés en prenant pour référence la population canadienne en 1991 plutôt que la population mondiale type. Les taux de mortalité standardisés selon l'âge découlant de l'application de cette méthodologie dénotent le fait que la population canadienne comprend une proportion nettement plus forte de personnes âgées, qui représentent un segment de la population où le cancer est beaucoup plus fréquent. La standardisation fondée sur la population du Canada fournit des données davantage pertinentes et utiles aux personnes qui s'intéressent à la question du cancer au Canada. **Néanmoins, il convient de noter qu'il est inapproprié d'établir un parallèle entre les taux standardisés selon l'âge présentés ici et ceux qui sont publiés dans d'autres publications dont les données sont fondées sur une population type différente.**

Les méthodes statistiques suivies pour établir les projections sont décrites à l'annexe I sur la méthodologie. **Il importe de souligner que les chiffres fournis pour 2000 sont des estimations et non des données réelles.**

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

Le lecteur qui désire obtenir des renseignements supplémentaires peut consulter la rubrique *Pour en savoir plus sur le cancer* où figurent le nom et l'adresse des divers organismes concernés, dont Santé Canada, Statistique Canada, la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Il trouvera aussi des informations pertinentes dans d'autres publications, dont les rapports des registres provinciaux et territoriaux du cancer, Incidence du cancer au Canada 1969-1993 et Rapports sur la santé, de Statistique Canada, Maladies chroniques au Canada et Atlas géographique de l'incidence du cancer au Canada publié par Santé Canada, une monographie collective intitulée Développement du registre canadien du cancer, Cancer Incidence in North America, du North American Association of Central Cancer Registries et Cancer Incidence in Five Continents, du Centre international de recherche sur le cancer.

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

Incidence et mortalité actuelles

On estime que 132 100 nouveaux cas de cancer et 65 000 décès dus à cette maladie seront enregistrés au Canada en 2000.

En 2000, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué demeurera le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme.

Le cancer du poumon continue d'être la principale cause de mortalité par cancer chez les deux sexes. Presque le tiers des décès par cancer chez les hommes et presque le quart chez les femmes sont attribuables au cancer du poumon.

Tendances relatives à l'incidence et à la mortalité

Chez les hommes, nous observons depuis 1988, une lente diminution du taux de mortalité pour l'ensemble des cancers réunis, qui est attribuable à la baisse des taux de mortalité due aux cancers du poumon, du côlon et du rectum, et à certains autres cancers.

Depuis les années 70 jusqu'à maintenant, les taux de mortalité pour tous les cancers sauf le cancer du poumon n'ont cessé de régresser de façon marquée dans la population féminine.

Chez les hommes, le cancer de la prostate demeurera le cancer le plus répandu en 2000, au Canada. En 1994, après une période de forte augmentation qui a duré plusieurs années, les taux d'incidence du cancer de la prostate ont commencé à baisser. Vu la stabilité des taux de mortalité pendant cette période, ces tendances s'expliquent par l'augmentation rapide de l'usage des techniques de détection précoce (comme le dosage de l'antigène prostatique spécifique).

Les taux d'incidence du cancer du poumon et de mortalité par cancer du poumon observés chez les femmes continuent d'augmenter rapidement et sont aujourd'hui quatre fois plus élevés que ceux enregistrés en 1971. Ils continuent toutefois à ne représenter qu'un peu moins de la moitié des taux observés chez les hommes.

L'incidence du cancer du sein chez les femmes a régulièrement augmenté au cours des trois dernières décennies, bien que le taux d'augmentation soit quelque peu en perte de vitesse tandis que les taux de mortalité par cancer du sein ont légèrement diminué depuis 1986, particulièrement depuis 1990. L'existence de ces tendances divergentes témoigne du succès des programmes de dépistage et de traitements améliorés.

Pour ce qui est du cancer colorectal, soit le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et la femme, les taux d'incidence et de mortalité ont fléchi progressivement au cours des 15 dernières années, la baisse étant plus prononcée chez les femmes.

Le cancer thyroïdien, un cancer relativement rare, connaît une augmentation rapide au cours des 10 dernières années spécialement chez les femmes. Le taux d'augmentation est moins élevé chez les hommes. Les taux de mortalité chez les hommes et les femmes sont toutefois restés assez stables.

Les taux de mortalité attribuable à la maladie de Hodgkin et au cancer du testicule diminuent rapidement.

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

Le cancer frappe surtout les Canadiens âgés, puisque 70 % des nouveaux cas et 82 % des décès dus à cette maladie surviennent chez les personnes d'au moins 60 ans.

Passé l'âge de 70 ans, le taux de mortalité par cancer chez les hommes est supérieur au taux d'incidence du cancer chez les femmes.

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

Au cours de leur vie, 2 femmes sur 19 seront atteintes du cancer du sein tandis que 1 sur 18 souffrira d'un cancer du côlon et du rectum et 1 sur 20 présentera un cancer du poumon.

Un homme sur 9 sera atteint du cancer de la prostate au cours de sa vie, principalement après 70 ans, 1 sur 11 souffrira du cancer du poumon et 1 sur 16 développera un cancer colorectal.

La probabilité d'être atteint d'un cancer est plus faible chez les jeunes : 1 femme sur 90 femmes de 30 ans sera atteinte du cancer au cours de la prochaine décennie comparativement à 1 femme sur 8 femmes de 70 ans en sera atteinte. La probabilité d'être atteint du cancer de la prostate durant les 10 prochaines années chez les hommes de 70 ans est de 1 sur 16, soit le risque le plus élevé sur 10 ans pour tous les types de cancer et les deux sexes.

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer

Le cancer est la principale cause de décès prématuré au Canada. On lui doit près du tiers des années potentielles de vie perdues (APVP).

Du fait qu'il est relativement fréquent chez les jeunes Canadiens et que les taux de survie sont peu élevés, le cancer du poumon est de loin la principale cause de décès prématuré attribuable au cancer.

Le tabagisme est responsable de près du tiers des APVP dues au cancer, du quart des APVP liées aux maladies du coeur et près de la moitié des APVP attribuables aux maladies respiratoires.

Cancer chez l'enfant de 0 à 19 ans

Au cours des dernières années, un cancer a été diagnostiqué chez 1 279 enfants en moyenne par année au Canada et environ 249 enfants en meurent chaque année. Le cancer le plus répandu chez les enfants est la leucémie, qui est responsable de plus de 26 % des nouveaux cas et de 32 % des décès.

Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer

Depuis 1986, les taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes ont chuté de 24 % par suite de la réduction de la consommation de tabac.

Les taux de mortalité par cancer chez les enfants ont accusé une baisse de plus de 50 % depuis les années 50.

Depuis 1985, les taux de mortalité par cancer du sein ont diminué d'environ 20 pour 100 000 ou 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans.

Le tableau 1 donne trois mesures de l'importance de diverses formes de cancer au Canada en 2000. L'**incidence** s'entend du nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués durant une année. La **mortalité** correspond au nombre de décès attribués à un type particulier de cancer durant l'année. Le **ratio du nombre de décès au nombre de cas** (c.-à-d. le nombre de décès divisé par le nombre de nouveaux cas) est un indicateur grossier de la gravité de la maladie. Le pronostic du cancer en question est d'autant plus sombre que la valeur du ratio se rapproche de 1,0. Les fréquences présentées dans les tableaux 1 à 6 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 (les estimations de l'incidence du cancer de la prostate sont basées sur les données portant sur la période de 1980 à 1989). Elles sont arrondies au 5, 10, 50 ou 100 le plus proche. Les lecteurs qui désirent des données réelles plus précises ou des renseignements sur les sièges ou types de cancer moins courants peuvent consulter les tableaux 1 et 2 à l'*Annexe II* ou les publications de référence^{1,2}.

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

Sources des données

Les données sur l'incidence collectées 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 le patient, émane du Système national de déclaration des cas de cancer axé sur la manifestation de tumeurs et qui a recueilli les données de 1969 à 1991. Le nouveau RCC est mis à jour régulièrement. Grâce au couplage interne des enregistrements, il permet de retracer les patients pour lesquels on a posé un diagnostic de tumeur dans plus d'une province. En outre, les enregistrements sont couplés aux certificats de décès. Les données produites sont publiées par Statistique Canada¹ et par la North American Association of Central Cancer Registries³, ainsi que tous les cinq ans par le Centre international de recherche sur le cancer² et, enfin, dans des rapports spéciaux^{1,4}.

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

Bien que les registres provinciaux et territoriaux du cancer s'efforcent, par l'entremise du Conseil canadien des registres du cancer et de son Comité permanent de la qualité des données, d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes de présentation des rapports varient parfois d'une région à l'autre. Il en est notamment ainsi des cas de cancer de la peau (autre que le mélanome malin) qui sont fréquents, mais difficiles à enregistrer exhaustivement, car on les traite généralement avec succès sans devoir recourir à l'hospitalisation ou à l'examen d'un prélèvement biopsique. **Aussi les 68 000 cas de cancer de la peau autre que le mélanome malin qui, selon les estimations, se manifesteront en 2000 ne sont pas inclus dans les tableaux de la présente monographie***. Les niveaux d'enregistrement du cancer sont

* On estime le nombre de nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome en se basant sur les taux d'incidence établis par le Registre du cancer de la Colombie-Britannique, celui-ci étant le registre qui possède les données les plus complètes. Pour plus de précisions, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

devenus plus comparables d'une région à l'autre du pays, surtout depuis 1981, et ont continué de le devenir jusqu'au milieu des années 80, étant donné que les registres ont uniformisé leurs procédures de recherche de cas, ce qui inclut les liens avec les fichiers provinciaux de données sur la mortalité.

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

Bien que les procédures soient standardisées à l'échelle tant nationale qu'internationale, un certain manque d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui apparaît sur le certificat de décès est ordinairement moins précise que celle que tire le personnel des registres du cancer des dossiers tenus par les hôpitaux et les services de pathologie. Qui plus est, les décès dus au cancer qui surviennent une année donnée sont habituellement le résultat de tumeurs diagnostiquées au cours des années antérieures.

Estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, Canada, 2000

On estime que 132 100 nouveaux cas de cancer et 65 000 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2000. La proportion de nouveaux cas et de décès chez les hommes dépasse de 5,6 % et de 13,8 %, respectivement, celle observée chez les femmes (tableau 1).

Pour les deux sexes, au moins 50 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à trois types particuliers, à savoir le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer du côlon et du rectum chez l'homme, et le cancer du sein, le cancer du poumon, et le cancer du côlon et du rectum chez la femme. À lui seul, le cancer du poumon cause près d'un tiers des décès dus au cancer chez l'homme et près d'un quart, chez la femme (figures 1.1 et 1.2).

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès par cancer chez la femme canadienne en 2000. On estime, en effet, que 7 000 décès lui seront attribuables, comparativement à 5 500 pour le cancer du sein. Cette situation tient au fait que, chez la femme, le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté rapidement au cours des 10 dernières années, tandis que la mortalité par cancer du sein standardisée selon l'âge a diminué légèrement. L'incidence du cancer du poumon chez la femme continue également d'augmenter. Le nombre de nouveaux cas étant estimé à 8 400, le cancer du poumon occupe la deuxième place en terme d'incidence chez les femmes, juste devant le cancer du côlon et du rectum qui, avec 7 900 nouveaux cas prévus, occupe le troisième rang. L'incidence du cancer du sein continue d'être la plus élevée, enregistrant deux fois plus de nouveaux cas que le cancer du poumon.

Chez l'homme canadien, en 2000, le cancer de la prostate, dont on estime à 16 900 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, comparativement à 12 200 pour le cancer du poumon, demeurera le cancer dont l'incidence sera la plus forte. L'augmentation rapide, il y a quelques années, du nombre de cancers de la prostate détectés dans toutes les provinces était attribuable au recours de plus en plus généralisé à des méthodes de détection plus précoces. La diminution du nombre de nouveaux cas récemment observée dans certaines provinces annonce la fin de la récente tendance radicale à la hausse

de l'incidence du cancer de la prostate. Pour illustrer ce fait, nous avons calculé le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate à partir des données d'une période antérieure (voir l'*Annexe I, Méthodologie*), et on peut considérer le résultat obtenu comme une estimation prudente du nombre prévu en 2000.

Le cancer du poumon demeurera la principale cause de décès chez l'homme canadien en 2000; on estime que 10 700 décès seront causés par ce cancer, nombre qui excède de loin les 4 200 décès liés au cancer de la prostate, deuxième cause principale de mortalité par cancer chez l'homme.

Ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas

Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, égal à 49 % dans l'ensemble, est légèrement plus élevé chez l'homme que chez la femme. D'après ce ratio, on pourrait classer arbitrairement les sièges ou types de cancer énumérés au tableau 1 en trois groupes : ceux pour lesquels le pronostic est très favorable (ratio égal ou inférieur à 30 % – cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du corps de l'utérus, mélanome, cancer du col de l'utérus, maladie de Hodgkin, cancer du testicule et cancer de la thyroïde, le cancer de la vessie chez l'homme étant à un niveau limite); ceux pour lesquels le pronostic est passable (ratio supérieur à 30 %, mais inférieur à 50 % – cancer de la cavité buccale et de la vessie chez les femmes, cancer du côlon et du rectum, lymphome de type non hodgkinien, cancer du rein, cancer de la cavité buccale et du larynx chez l'homme); et ceux dont le pronostic est sombre (ratio supérieur à 50 % – cancer du poumon, cancer de l'estomac, leucémie chez l'adulte, cancer du pancréas, cancer de l'ovaire, cancer de l'encéphale, myélome multiple et cancer de l'oesophage).

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Tableau 1

Nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe, 2000

	Nouveaux cas Estimations pour 2000			Décès Estimations pour 2000			Ratio décès/cas Estimations pour 2000		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
Tous les cancers	132 100	67 900	64 300	65 000	34 600	30 400	0,49	0,51	0,47
Poumon	20 600	12 200	8 400	17 700	10 700	7 000	0,86	0,88	0,83
Sein	19 200	–	19 200	5 500	–	5 500	0,28	–	0,28
Côlon et rectum	17 000	9 200	7 900	6 500	3 500	3 000	0,38	0,38	0,39
Prostate ¹	16 900	16 900	–	4 200	4 200	–	0,25	0,25	–
Lymphome non hodgkinien	6 000	3 300	2 700	2 600	1 400	1 250	0,44	0,43	0,46
Vessie	4 800	3 600	1 250	1 500	1 000	450	0,31	0,29	0,36
Rein	3 900	2 400	1 500	1 450	880	540	0,36	0,36	0,36
Mélanome	3 700	1 950	1 750	800	480	320	0,22	0,24	0,18
Corps de l'utérus	3 500	–	3 500	670	–	670	0,19	–	0,19
Leucémie	3 500	1 950	1 500	2 100	1 200	930	0,62	0,62	0,62
Cavité buccale	3 200	2 200	990	1 050	740	320	0,33	0,33	0,32
Pancréas	3 100	1 500	1 600	3 100	1 500	1 650	1,00	0,98	1,02 ²
Estomac	2 800	1 750	1 050	2 000	1 200	790	0,71	0,68	0,75
Ovaire	2 500	–	2 500	1 500	–	1 500	0,60	–	0,60
Encéphale	2 300	1 300	1 050	1 550	880	670	0,66	0,67	0,65
Thyroïde	2 100	500	1 600	170	55	110	0,08	0,11	0,07
Myélome multiple	1 700	940	750	1 250	660	570	0,73	0,70	0,76
Col de l'utérus	1 450	–	1 450	430	–	430	0,29	–	0,29
Oesophage	1 350	920	410	1 450	1 050	390	1,08 ²	1,14 ²	0,94
Larynx	1 250	1 050	230	530	430	95	0,41	0,41	0,41
Maladie de Hodgkin	840	450	390	130	70	60	0,16	0,16	0,15
Testicule	820	820	–	40	40	–	0,05	0,05	–
Tous les autres	9 500	4 900	4 600	8 800	4 600	4 200	0,93	0,94	0,92

– Sans objet.

¹ Le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate a été estimé à partir des données se rapportant aux années 1980 à 1989. Pour plus de détails, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

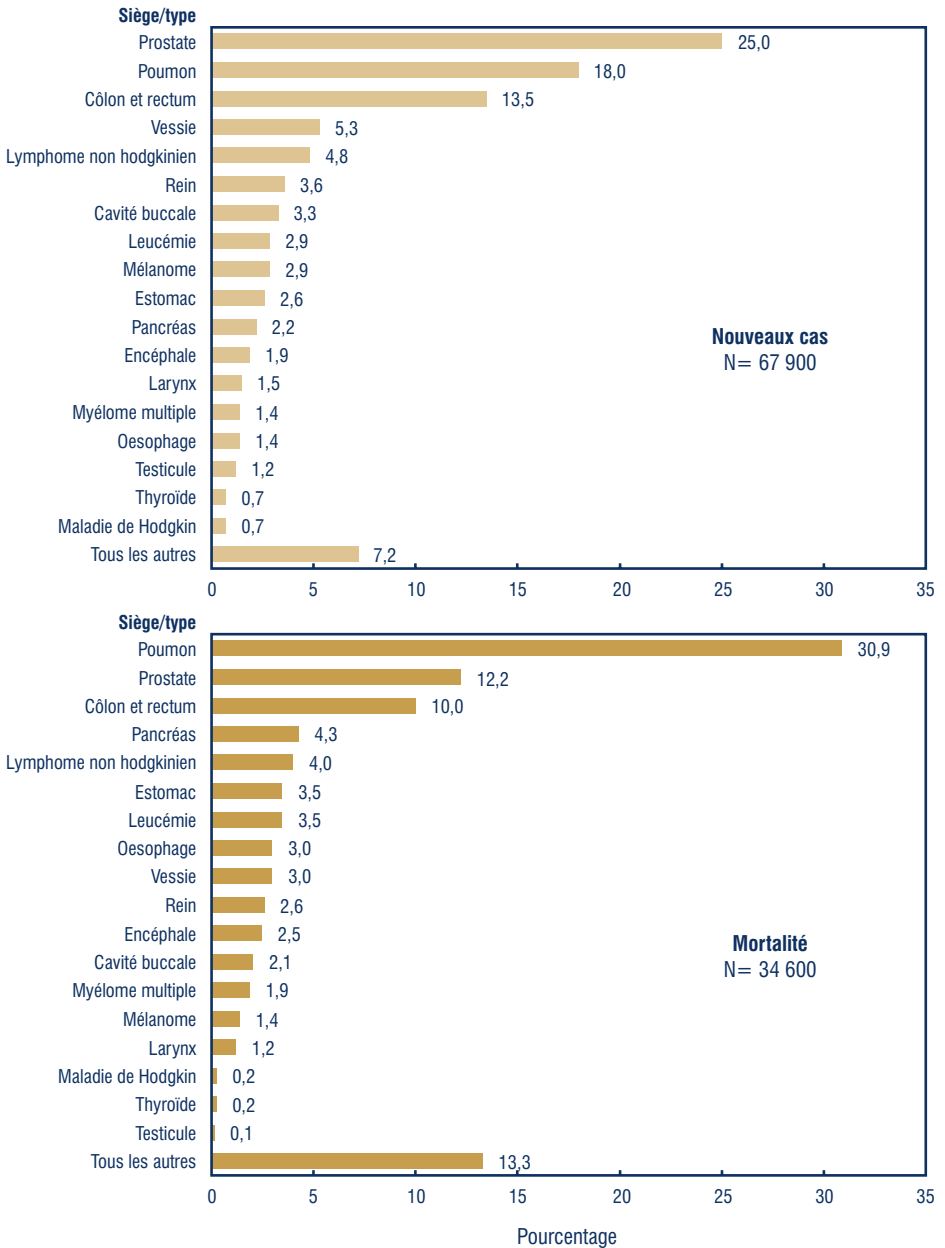
² Le ratio élevé (supérieur à 1,0) enregistré pour le cancer de l'oesophage et du pancréas peut s'expliquer par une inscription incomplète des cas de cancer de ce type avant le décès. Pour plus de détails, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

Nota : Toutes les données d'incidence excluent une estimation de 68 000 nouveaux cancers cutanés sans mélanome (CIM-9, 173). Les totaux peuvent ne pas égaler la somme des parties à cause de l'arrondissement. Pour plus de détails, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Figure 1.1

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 2000



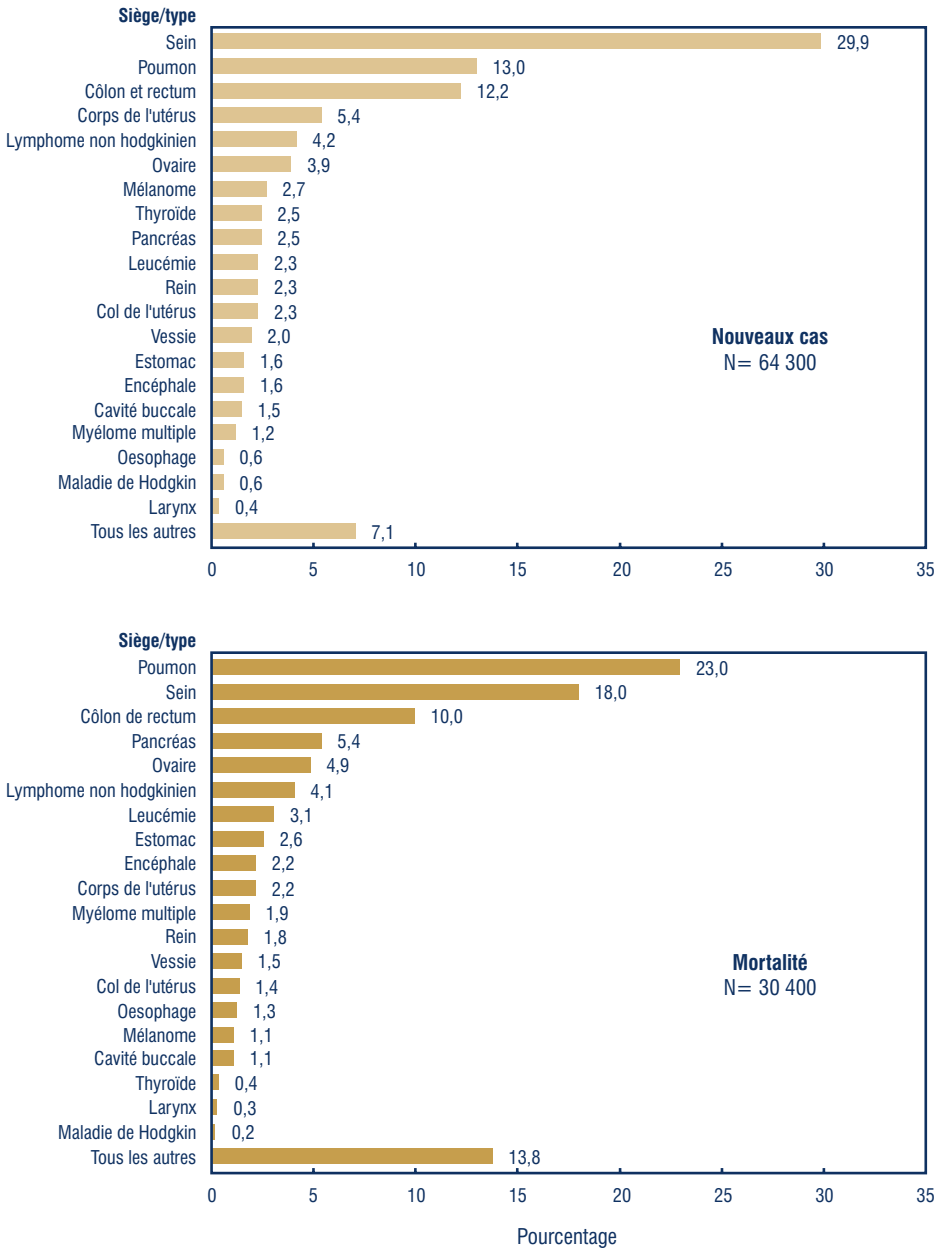
Nota : Toutes les données d'incidence excluent une estimation de 68 000 cas de cancers cutanés sans mélanome (CIM-9, 173).

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

INCIDENCE ET MORTALITÉ ACTUELLES

Figure 1.2

Répartition en pourcentage des nouveaux cas et des décès estimés pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 2000



Nota : Toutes les données d'incidence excluent une estimation de 68 000 cas de cancers cutanés sans mélanome (CIM-9, 173).

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Le tableau 2 contient les prévisions démographiques pour 2000 ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous sièges ou types de cancer confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire. Le tableau 3 donne le nombre estimé de nouveaux cas en 2000 pour chaque province et pour chacun des principaux sièges ou types de cancer. Les estimations des taux d'incidence standardisés selon l'âge présentées au tableau 4 pour les principaux types de cancer tiennent compte de la répartition par âge de la population selon les provinces, ce qui facilite les comparaisons interprovinciales. Les tableaux 5 et 6 contiennent les données, établies de façon similaire, relatives au nombre de décès et aux taux de mortalité standardisés selon l'âge en 2000. Les taux standardisés selon l'âge sont calculés en prenant pour référence les chiffres de la population canadienne de 1991, conformément à la méthode décrite dans le *Glossaire*. Il a fallu faire des ajustements pour le nombre estimé de nouveaux cas dans la plupart des provinces; toutefois, ces ajustements n'ont pas été fait pour les taux standardisés selon l'âge : ceux-ci font l'objet d'une modélisation indépendante.

L'examen des données provinciales relatives aux taux d'incidence et aux taux de mortalité du cancer peut fournir des renseignements utiles pour la recherche, la synthèse des connaissances, la planification et la prise de décisions à l'échelon provincial. Par conséquent, ces données intéresseront les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs. Qui plus est, ces données serviront inévitablement à l'établissement de comparaisons interprovinciales. Pour certains sièges ou types de cancer (p. ex., sein), les taux d'incidence enregistrés paraissent cohérents d'une province à l'autre, tandis que pour d'autres (p. ex., prostate), les variations semblent plus importantes. Ces variations interprovinciales doivent cependant être interprétées avec prudence, car divers facteurs peuvent en être la cause. Premièrement, en raison de la rareté de certaines formes de cancer, le nombre de cas qui se manifestent dans une province durant une année est parfois si petit que les estimations résultantes des taux ne sont pas fiables. Deuxièmement, la corrélation entre l'incidence d'une maladie et la prévalence des facteurs de risque dans une région particulière peut induire en erreur. Pour prouver qu'il existe une relation de cause à effet entre un facteur de risque et une maladie, il est nécessaire d'étudier les cas particuliers de façon plus approfondie. Des courbes différentes de consommation de tabac dans les provinces expliquent cependant une partie de cette variation. Troisièmement, dans le cas de nombreux cancers, l'intervalle de temps entre l'exposition à un facteur de risque et la manifestation de la maladie est long. Or, l'information sur la prévalence des facteurs de risque durant les décennies antérieures fait souvent défaut. Une situation socio-économique précaire a été associée à une surmortalité attribuable au cancer et à une augmentation (col de l'utérus) ou une diminution de l'incidence de certains cancers. Quatrièmement, les programmes de dépistage (p. ex., du cancer du sein, du col de l'utérus) ne sont pas aussi accessibles aux populations cibles et complets dans les différentes provinces et l'accès aux méthodes diagnostiques varie d'une région à l'autre. Enfin, les méthodes suivies pour enregistrer les cas de cancer ne sont pas toujours identiques (p. ex., l'enregistrement de seconds cancers primaires du sein). Ces comparaisons peuvent toutefois se révéler utiles dans certains cas, pour formuler des hypothèses qui entraîneront d'autres études épidémiologiques, lesquelles pourraient mettre en lumière de véritables différences et liens causaux cruciaux pour la planification de la lutte contre le cancer.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 2

Population estimée, nombre estimé de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la région, 2000

	Population (en milliers), Estimations pour 2000 ¹			Nouveaux cas, Estimations pour 2000 ²			Décès, Estimations pour 2000 ²		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
Canada	31 265	15 476	15 789	132 100	67 900	64 300	65 000	34 600	30 400
Terre-Neuve	549	274	276	2 100	1 100	970	1 200	700	500
Île-du-Prince-Édouard	140	69	71	690	360	340	330	190	140
Nouvelle-Écosse	960	474	487	4 800	2 600	2 200	2 500	1 350	1 150
Nouveau-Brunswick	764	378	386	3 600	1 950	1 700	1 800	970	810
Québec	7 522	3 708	3 815	33 400	17 200	16 200	17 600	9 400	8 100
Ontario	11 866	5 863	6 003	49 900	25 200	24 700	23 700	12 500	11 200
Manitoba	1 162	576	586	5 300	2 800	2 600	2 600	1 350	1 250
Saskatchewan	1 036	514	522	4 500	2 400	2 100	2 300	1 250	1 050
Alberta	2 990	1 502	1 488	10 100	4 900	5 200	4 900	2 600	2 300
Colombie-Britannique	4 172	2 067	2 105	17 500	9 200	8 200	8 100	4 300	3 800
Yukon	33	17	16	100	60	45	45	25	20
Territoires du Nord-Ouest	43	22	21	100	45	55	50	25	25
Nunavut	27	14	13	55	30	25	35	20	15

¹ Les projections de la population pour 2000 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

² Les chiffres excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173).

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

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 3

Nombre estimé de nouveaux cas pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000

	Nouveaux cas										
	Canada ¹	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	67 900	1 100	360	2 600	1 950	17 200	25 200	2 800	2 400	4 900	9 200
Prostate	16 900	280	110	810	560	3 300	6 400	710	650	1 100	2 900
Poumon	12 200	150	65	440	380	4 000	4 200	450	340	830	1 350
Côlon et rectum	9 200	220	45	310	240	2 300	3 500	380	310	700	1 150
Vessie	3 600	65	20	170	120	1 350	1 050	160	180	160	310
Lymphome non hodgkinien	3 300	35	20	100	80	860	1 250	130	95	250	440
Rein	2 400	40	15	85	70	590	940	110	75	220	280
Cavité buccale	2 200	65	10	70	45	560	840	110	80	160	270
Mélanome	1 950	40	10	85	65	260	790	65	70	220	340
Leucémie	1 950	15	5	45	50	470	800	65	100	180	210
Estomac	1 750	55	10	60	55	460	640	75	55	140	220
Pancréas	1 500	10	10	40	45	440	530	60	50	130	200
Encéphale	1 300	20	5	40	30	370	490	45	40	110	170
Larynx	1 050	15	5	30	30	370	350	30	35	60	100
Myélome multiple	940	15	10	35	20	250	350	45	25	60	130
Femmes											
Tous les cancers	64 300	970	340	2 200	1 700	16 200	24 700	2 600	2 100	5 200	8 200
Sein	19 200	340	90	660	520	4 500	7 500	740	620	1 650	2 600
Poumon	8 400	80	40	330	240	1 950	3 200	370	250	660	1 200
Côlon et rectum	7 900	150	65	300	210	2 100	3 000	320	250	540	950
Corps de l'utérus	3 500	60	15	110	80	850	1 350	170	110	300	440
Lymphome non hodgkinien	2 700	40	10	85	75	680	1 050	120	85	210	320
Ovaire	2 500	25	10	75	50	720	960	95	100	170	310
Mélanome	1 750	40	10	65	50	290	690	65	55	210	270
Pancréas	1 600	10	10	55	50	430	590	65	55	160	200
Thyroïde	1 600	35	5	30	30	340	790	50	35	130	170
Rein	1 500	25	10	55	55	370	560	65	60	130	160
Leucémie	1 500	20	5	40	35	380	620	60	70	120	150
Col de l'utérus	1 450	30	10	55	35	300	610	60	45	130	180
Vessie	1 250	20	5	75	45	480	370	55	55	60	110
Estomac	1 050	35	5	30	25	300	370	40	35	80	120
Encéphale	1 050	5	5	25	25	290	400	40	35	80	110
Cavité buccale	990	10	5	30	20	210	410	50	30	70	150
Myélome multiple	750	15	5	20	20	200	290	25	25	55	100

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués pour le Canada. Le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate a été estimé à partir des données se rapportant aux années 1980 à 1989. Les totaux pour le Canada et les provinces concernant tous les cancers ne comprennent pas les 68 000 cas estimés de cancer de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). En raison de changements et d'améliorations apportés aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'Annexe I, Méthodologie), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2000 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations pourront varier des chiffres réels. Veuillez communiquer avec les registres provinciaux du cancer pour obtenir les données réelles les plus récentes.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 4

Taux estimés d'incidence standardisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000

	Taux pour 100 000										
	Canada ¹	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	446	387	456	493	505	486	425	476	371	402	450
Prostate	116	92	110	138	149	109	106	137	79	112	160
Poumon	80	54	88	87	97	108	70	75	58	66	61
Côlon et rectum	59	77	60	63	60	61	60	62	54	55	53
Vessie	22	20	24	35	30	36	17	26	29	9	14
Lymphome non hodgkinien	21	12	19	20	23	22	21	23	17	18	20
Rein	16	14	21	16	19	15	16	21	12	16	13
Cavité buccale	14	20	8	13	10	14	14	18	13	12	12
Mélanome	12	10	17	16	16	6	13	14	12	14	15
Leucémie	12	5	9	8	13	13	14	11	14	13	10
Estomac	11	17	9	10	13	12	10	11	8	10	10
Pancréas	10	2	14	8	11	11	9	10	8	10	9
Encéphale	8	7	4	8	7	10	8	7	7	7	8
Larynx	6	6	8	6	7	9	6	4	3	4	4
Myélome multiple	6	4	10	7	5	7	6	7	4	4	6
Femmes											
Tous les cancers	345	306	391	362	348	346	345	368	322	338	325
Sein	106	100	108	109	107	102	105	114	98	105	102
Poumon	47	24	48	54	47	51	43	50	38	43	46
Côlon et rectum	39	46	65	46	41	41	39	41	35	34	35
Corps de l'utérus	18	19	16	19	14	18	19	24	17	20	18
Ovaire	14	8	11	12	10	15	13	13	15	9	11
Lymphome non hodgkinien	14	12	15	13	19	14	15	16	12	14	13
Mélanome	9	10	14	11	10	6	10	11	9	13	11
Thyroïde	9	9	6	5	9	8	12	8	7	8	7
Pancréas	8	3	6	8	11	8	8	8	6	10	7
Col de l'utérus	8	9	14	10	7	7	9	9	8	8	8
Rein	8	7	10	9	11	7	8	9	9	9	7
Leucémie	8	5	6	6	7	8	9	8	10	8	6
Vessie	6	3	7	11	9	9	5	7	8	3	4
Encéphale	6	1	3	5	6	7	6	6	6	5	5
Cavité buccale	5	4	1	5	4	4	6	7	4	4	6
Estomac	5	11	3	4	4	5	5	4	4	5	4
Myélome multiple	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

Nota : Le taux de cancer de la prostate a été estimé à partir des données se rapportant aux années 1980 à 1989. Les taux ne comprennent pas les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. En raison de changements et d'améliorations apportés aux données de référence et aux méthodes, (décrites à l'Annexe I, Méthodologie) il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2000 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations pourront varier des chiffres réels.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 5

Nombre estimé de décès pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000

	Décès										
	Canada ¹	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	34 600	700	190	1 350	970	9 400	12 500	1 350	1 250	2 600	4 300
Poumon	10 700	240	55	430	340	3 500	3 500	360	330	720	1 250
Prostate	4 200	80	30	170	110	900	1 600	180	240	390	540
Côlon et rectum	3 500	60	15	100	65	1 100	1 250	130	130	240	360
Pancréas	1 500	20	10	55	45	390	540	50	55	120	200
Lymphome non hodgkinien	1 400	15	5	65	45	310	530	80	55	100	190
Estomac	1 200	45	5	45	30	370	410	45	40	70	140
Leucémie	1 200	10	5	30	25	290	490	50	50	100	150
Vessie	1 000	20	5	40	25	260	370	45	50	75	140
Encéphale	880	15	–	30	25	260	280	35	30	75	120
Rein	880	25	5	35	30	230	290	55	30	70	110
Cavité buccale	740	15	5	30	20	220	250	30	20	50	90
Myélome multiple	660	10	5	30	20	170	240	30	25	45	90
Mélanome	480	5	–	25	10	85	220	20	15	40	60
Larynx	430	5	–	15	15	160	130	15	15	20	45
Femmes											
Tous les cancers	30 400	500	140	1 150	810	8 100	11 200	1 250	1 050	2 300	3 800
Poumon	7 000	95	50	280	160	2 000	2 400	250	240	460	990
Sein	5 500	95	25	200	140	1 450	2 100	210	170	430	630
Côlon et rectum	3 000	50	20	100	70	1 000	1 050	120	120	160	320
Pancréas	1 650	25	10	65	50	410	590	60	65	150	210
Ovaire	1 500	30	5	50	30	360	560	65	60	120	210
Lymphome non hodgkinien	1 250	15	10	55	40	270	500	65	50	80	160
Leucémie	930	15	5	35	25	220	360	40	45	75	110
Estomac	790	30	5	25	20	250	250	30	30	60	90
Corps de l'urérus	670	10	5	30	20	190	250	30	15	50	70
Encéphale	670	5	5	25	15	210	220	25	20	55	90
Myélome multiple	570	15	–	20	10	150	210	25	20	55	60
Rein	540	10	–	20	25	160	170	25	30	35	65
Vessie	450	10	–	20	15	110	160	25	15	35	65
Col de l'utérus	430	10	5	20	10	90	170	20	15	40	60
Cavité buccale	320	–	–	15	5	70	130	20	10	25	45
Mélanome	320	5	5	5	10	55	150	10	10	25	45

– Moins de 5 cas

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués pour le Canada. Les totaux pour le Canada et les provinces concernant tous les cancers ne comprennent pas les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). En raison de changements et d'améliorations apportés aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'Annexe I : Méthodologie), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2000 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations pourront varier des chiffres réels.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU CANCER

Tableau 6

Taux estimés de mortalité standardisés selon l'âge pour les principaux sièges ou types de cancer selon le sexe et la région, 2000

	Taux pour 100 000										
	Canada ¹	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	229	264	263	270	253	263	218	219	213	206	200
Poumon	70	88	76	87	89	95	59	60	56	58	57
Prostate	30	32	40	35	32	28	30	29	38	33	26
Côlon et rectum	23	23	19	20	17	31	22	22	22	19	17
Pancréas	10	7	11	11	11	11	9	8	8	9	9
Lymphome non hodgkinien	9	5	9	12	11	8	9	12	9	8	8
Estomac	8	17	10	9	6	10	7	6	6	5	6
Leucémie	8	5	7	6	6	8	9	8	8	8	7
Vessie	7	8	6	9	6	8	7	7	7	6	7
Rein	6	8	7	7	8	6	5	9	4	5	5
Cavité buccale	5	5	6	6	4	6	4	5	3	4	4
Encéphale	5	4	4	6	5	7	5	6	6	5	5
Myélome multiple	4	4	7	6	5	5	4	5	4	3	4
Larynx	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2
Mélanome	3	1	3	4	3	2	4	3	3	3	3
Femmes											
Tous les cancers	151	154	150	175	158	160	147	159	141	147	141
Poumon	36	27	50	43	38	40	33	40	34	35	37
Sein	27	29	21	29	27	29	27	28	23	27	23
Côlon et rectum	14	14	15	14	12	19	13	14	10	9	11
Pancréas	8	7	10	9	10	8	8	7	8	9	8
Ovaire	8	8	4	8	7	7	8	9	8	8	8
Lymphome non hodgkinien	6	4	6	8	8	5	7	8	7	5	6
Estomac	4	8	1	3	3	5	3	3	3	3	3
Encéphale	4	2	2	3	4	4	3	3	3	4	4
Leucémie	4	5	2	5	4	4	5	5	6	5	4
Corps de l'utérus	3	2	3	4	4	4	3	4	2	3	3
Myélome multiple	3	4	–	3	2	3	3	2	3	3	2
Rein	3	2	1	3	4	3	2	3	3	2	2
Cavité buccale	2	–	1	2	–	1	2	2	1	2	2
Mélanome	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
Col de l'utérus	2	3	3	3	1	2	2	2	1	3	2
Vessie	2	2	–	1	2	2	2	3	2	2	2

– L'estimation du taux d'incidence standardisé selon l'âge s'établit à moins de 0,5 pour 100 000.

¹ Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. En raison de changements et d'améliorations apportés aux données de référence et aux méthodes (décrites à l'Annexe I : Méthodologie), il faut user de prudence lorsqu'on compare les estimations de 2000 avec les estimations déjà publiées. Ces estimations pourront varier des chiffres réels.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

La détermination des tendances récentes de l'incidence des principaux types de cancer et de la mortalité liée à ces derniers repose sur la comparaison des taux annuels standardisés selon l'âge. On présente aux figures 2.1 et 2.2 le nombre de nouveaux cas et de décès, ainsi que les taux standardisés selon l'âge correspondant pour les hommes et pour les femmes au Canada, de 1971 à 1995 et de 1971 à 1997, respectivement, de même que des prévisions jusqu'en 2000. Les figures 2.3 et 2.4 décrivent l'effet des changements dans les taux de cancer et la taille de la population ainsi que du vieillissement de la population sur le nombre total de nouveaux cas et de décès. Les figures 3 et 4 représentent graphiquement les tendances des taux annuels depuis 1971 pour certains sièges et types de cancer, tandis que les tableaux 7 et 8 fournissent les données ponctuelles. Les données sur la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité, selon le siège ou le type de cancer, depuis 1988 figurent au tableau 9 et sont représentées graphiquement à la figure 5.

La standardisation selon l'âge permet de déterminer les écarts entre années civiles, puisque ces taux tiennent compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans. Les taux standardisés selon l'âge qui figurent dans la présente publication ont été calculés en se fondant sur les chiffres de population au Canada en 1991 et ne peuvent être comparés directement à ceux présentés dans les éditions antérieures à 1995. La hausse rapide des taux d'incidence au cours des années 70, illustrée à la figure 2, reflète en grande partie l'amélioration de l'enregistrement des nouveaux cas durant cette période par plusieurs registres provinciaux. Toutefois, depuis 1981, les taux d'enregistrement se sont généralement stabilisés grâce à la cohérence de plus en plus grande des méthodes d'enregistrement des cas de cancer utilisées au Canada¹.

Tendances pour l'ensemble des sièges ou types de cancer

Chez l'homme, le taux de mortalité par cancer a plafonné en 1988 (figure 2.2, tableau 7.2) et diminue depuis graduellement en raison de la baisse des taux de mortalité due au cancer du poumon, au cancer du côlon et du rectum et à d'autres cancers. En revanche, le taux d'incidence, tous sièges et types confondus, a augmenté légèrement au début des années 1990, à cause de la hausse importante de l'incidence du cancer de la prostate; notons toutefois que ce taux commence ces dernières années à se stabiliser ou affiche une légère baisse. Chez la femme, l'incidence enregistrée pour l'ensemble des sièges et types de cancer a progressé légèrement depuis 1989, et les taux de mortalité sont demeurés relativement stables depuis 1985 (figures 2.1 et 2.2, tableau 8).

Malgré la stabilité relative des taux standardisés 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 vieillit. Ces chiffres, contrairement aux taux, sont d'importants indicateurs de l'ampleur du fardeau que représente le cancer pour la population canadienne et pour le système de santé. Selon les estimations, en 2000, on enregistrera 132 100 nouveaux cas et 65 000 décès. Ces chiffres permettent de planifier l'offre de services aux malades et les installations des établissements de santé nécessaires pour faire face à la demande croissante.

Les figures 2.3 et 2.4 montrent à quel point les changements dans la population totale et la structure démographique ont influé sur les tendances relatives à l'incidence et à la mortalité totales. Le tracé le plus bas dans ces graphiques représente le nombre total de cas (ou de décès) survenus chaque année si seuls les taux avaient changé et que la population était restée la même qu'en 1971. La ligne du milieu représente le nombre

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

La figure 6 représente un indice des taux de mortalité standardisés selon l'âge depuis 1971 pour l'ensemble des sièges et types de cancer, avec et sans le cancer du poumon. Chez l'homme, l'augmentation du taux global de mortalité par cancer est imputable au cancer du poumon jusqu'en 1988, année où ce taux a atteint un maximum. Depuis, le taux global de mortalité par cancer a diminué dans des proportions comparables, que l'on tienne compte ou non du cancer du poumon. Chez la femme, l'indice montre que le taux global de mortalité par cancer est demeuré essentiellement stable entre 1971 et 1997, tandis que la mortalité pour tous les sièges et types, à l'exclusion du cancer du poumon, a diminué de 17 % depuis 1971.

Tendances pour certains sièges et types de cancer

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité depuis 1970 pour certains sièges et types de cancer sont illustrées aux figures 3.1 et 3.2 pour les hommes, et aux figures 4.1 et 4.2 pour les femmes. Les points de données correspondant à ces figures sont présentés dans les tableaux 7.1, 7.2, 8.1 et 8.2. Le tableau 9 et la figure 5 résument les variations annuelles moyennes en pourcentage pour les sièges et types de cancer examinés dans la présente publication. En général, les taux d'incidence et de mortalité pour la majorité des cancers se sont stabilisés ou ont diminué au cours de la dernière décennie. On note toutefois certaines exceptions.

Chez la femme, l'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité due à ce dernier continuent d'augmenter rapidement et sont maintenant près de cinq fois plus élevés que les taux enregistrés en 1971. Les taux estimés pour le cancer du poumon chez la femme en 2000 continuent d'être cependant beaucoup plus faibles que ceux observés chez l'homme. Pour ce dernier, le taux d'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité due à ce cancer ont plafonné au milieu des années 80 et diminuent régulièrement depuis, situation qui reflète le recul de l'usage du tabac amorcé au milieu des années 60 chez l'homme. Chez la femme, par contre, le taux de tabagisme n'a diminué que légèrement au cours des 30 dernières années et les taux de cancer du poumon ont continué d'augmenter⁵.

Le taux d'incidence du cancer de la prostate, qui augmente régulièrement depuis des années, affiche une hausse particulièrement forte de 1989 à 1993. En revanche, le taux de mortalité due à ce cancer a progressé beaucoup plus lentement depuis 1978 et semble s'être stabilisé au début des années 90. La hausse de l'incidence du cancer de la prostate avant 1990 est attribuable, du moins en partie, à la détection plus fréquente de ce cancer à la suite de la résection transurétrale de la prostate (RTUP) pratiquée pour traiter une hypertrophie prostatique soupçonnée d'être bénigne⁶. La forte hausse observée depuis 1990 est due principalement à la détection précoce plus fréquente par dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)⁷. Ce taux commence maintenant à diminuer

(diminution à laquelle on s'attendait pour des motifs théoriques et que l'expérience observée jusqu'ici aux États-Unis a illustré⁸), probablement parce que la détection précoce a épuisé les cancers prévalents parmi ceux chez qui l'APS est utilisé. Par ailleurs, malgré la forte hausse de l'incidence, il convient de souligner qu'aucune variation substantielle du taux de mortalité n'a été observée pour l'instant; en d'autres mots, l'incidence accrue n'a eu aucun impact significatif sur la mortalité, que ce soit à la hausse ou à la baisse. Au nombre des autres méthodes de détection précoce qui ont été examinées figurent le toucher rectal et l'échographie transrectale⁹. La détection précoce explique probablement, en grande partie, la hausse passée de l'incidence du cancer de la prostate, mais la variation de certains facteurs de risque et de protection contribue sans doute également à cette hausse. Cependant, on n'a identifié à ce jour aucun facteur qui puisse expliquer ce changement⁷. Pour illustrer ces tendances, une estimation prudente de l'incidence du cancer de la prostate a été calculée à partir des taux d'une période antérieure (voir l'*Annexe I, Méthodologie*).

L'incidence du cancer du sein chez la femme a également augmenté constamment, mais graduellement, au cours des 10 dernières années. Cette tendance à la hausse est sans doute due, en partie, à la fréquence croissante de la mammographie depuis le milieu des années 80, mais pourrait aussi dépendre des antécédents génésiques. Toutefois, alors que l'incidence du cancer du sein augmente, la mortalité due à ce dernier a diminué continuellement depuis 1986, en particulier depuis 1990. De fait, les données réelles les plus récentes de 1997 indiquent que le taux de mortalité par le cancer du sein n'a jamais été aussi bas depuis 1950¹⁰. Une tendance à la baisse similaire s'observe aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Suède et en Australie¹⁰. On ne pourra déterminer si cette baisse est attribuable à la détection précoce par le dépistage, à l'amélioration du traitement ou à l'évolution de certains facteurs de risque ou de protection qu'en effectuant des recherches plus poussées.

Parmi tous les types de cancer examinés dans le présent rapport, on n'en dénombre que deux chez l'homme et deux chez la femme dont l'incidence a augmenté à un taux moyen annuel supérieur à 2 % depuis 1988 (tableau 9). Il s'agit, chez l'homme, du cancer de la prostate (+5,1 %) et de la thyroïde (+3,5 %) et, chez la femme, du cancer du poumon (+2,5 %) et du cancer de la thyroïde (+6,3 %). L'augmentation du taux d'incidence du cancer de la thyroïde a également été observée en Europe et dans une partie des États-Unis. On a avancé l'hypothèse que l'amélioration des techniques et méthodes de détection précoce (échographie et biopsie à l'aiguille) permet d'identifier des cancers débutants avec une plus grande fréquence qu'auparavant. Comme les traitements modernes assurent une survie normale à la majorité des patients, il est peu probable que le taux de mortalité augmente. Le seul autre type de cancer dont l'incidence augmente sensiblement, mais par moins de 2 %, est le lymphome de type non hodgkinien dans la population des deux sexes.

La mortalité par cancer du poumon a augmenté de 2,5 % par année chez la femme; c'est le seul siège de cancer pour lequel la variation moyenne annuelle du taux dépassait 2,0 %. Chez l'homme comme chez la femme, on observe une hausse statistiquement significative de la mortalité pour le mélanome malin (+1,6 % et +1,8 %) et le lymphome non hodgkinien (+1,1 % et +1,3 %).

Les taux enregistrés pour d'autres sièges de cancer sont, dans l'ensemble, à la baisse. L'incidence du cancer du côlon et du rectum et la mortalité due à ce dernier ont continué de diminuer, particulièrement chez la femme, mais les raisons de ce phénomène ne

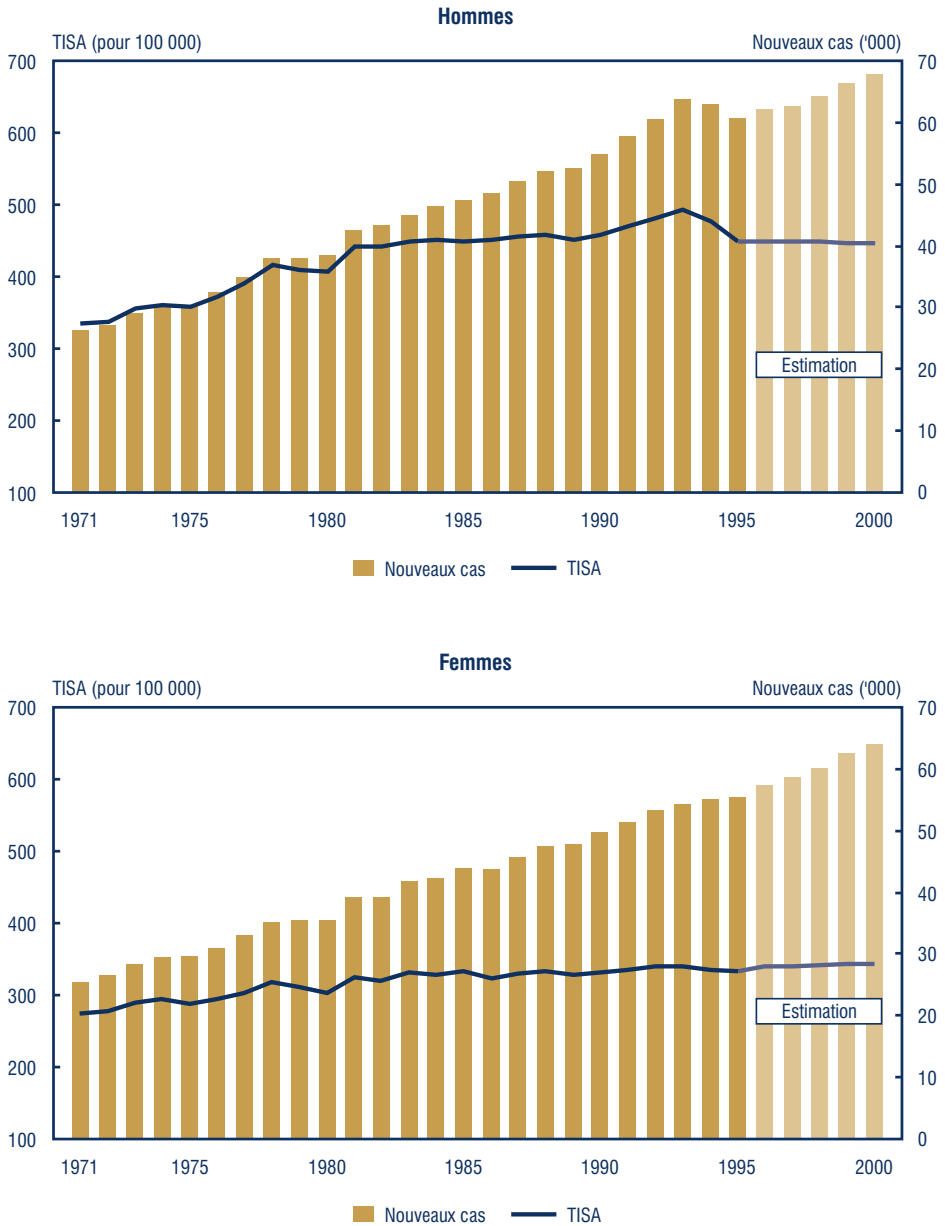
sont pas bien comprises. On semble penser que la baisse des taux s'explique en partie par le changement de style de vie, notamment du régime alimentaire. En outre, il se dégage un consensus international au sujet des avantages du dépistage de masse du cancer colorectal. On étudie la possibilité d'une telle initiative au Canada, et ce aux niveaux national et provincial. Cependant, le dépistage occasionnel est déjà bien répandu au Canada et pourrait avoir contribué à la baisse des taux de mortalité. Une telle hypothèse ne peut toutefois être vérifiée que par la mise en place et l'évaluation de programmes organisés de dépistage.

Les taux d'incidence et de mortalité observés pour le cancer de la vessie diminuent depuis 1987, à un taux annuel d'environ 2 % chez l'homme aussi bien que chez la femme dans le cas de l'incidence, et à un taux annuel légèrement supérieur à 1 % dans le cas de la mortalité. Les nouvelles méthodes d'enregistrement adoptées au Canada expliquent sans doute en partie la diminution de l'incidence¹. Néanmoins, le fait que la mortalité baisse aussi, quoique moins rapidement, pourrait signifier que la survie augmente ou que l'incidence diminue réellement.

Les taux de mortalité observés pour le cancer du testicule (- 3,7 %) et pour la maladie de Hodgkin (-5 % chez l'homme comme chez la femme), ont diminué de façon spectaculaire, grâce à l'amélioration des méthodes de traitement. Cette baisse des taux de mortalité s'est effectuée en dépit de taux d'incidence stables ou à la hausse, ce qui indique une amélioration de la survie. La persistance de la tendance prononcée à la baisse de l'incidence du cancer de l'estomac et de la mortalité due à ce dernier (hommes, -3,6 %; femmes, -2,8 %) reflète sans doute l'amélioration des habitudes alimentaires, tandis que les taux plus faibles observés pour le cancer invasif du col de l'utérus (-1,5 % incidence et -2,3 % mortalité) témoignent de l'effet de la détection précoce grâce au test de Papanicolaou. On note aussi une baisse, plus modeste, mais statistiquement significative, de l'incidence de la leucémie, du cancer de la cavité buccale et du cancer du pancréas chez l'homme ainsi que de la mortalité due au cancer de la cavité buccale, au cancer du pancréas et au cancer du larynx chez l'homme et de la mortalité attribuable au cancer de la cavité buccale, au cancer de l'encéphale et à la leucémie chez la femme.

Figure 2.1

Nouveaux cas et taux d'incidence standardisés selon l'âge (TISA) pour tous les cancers, 1971-2000



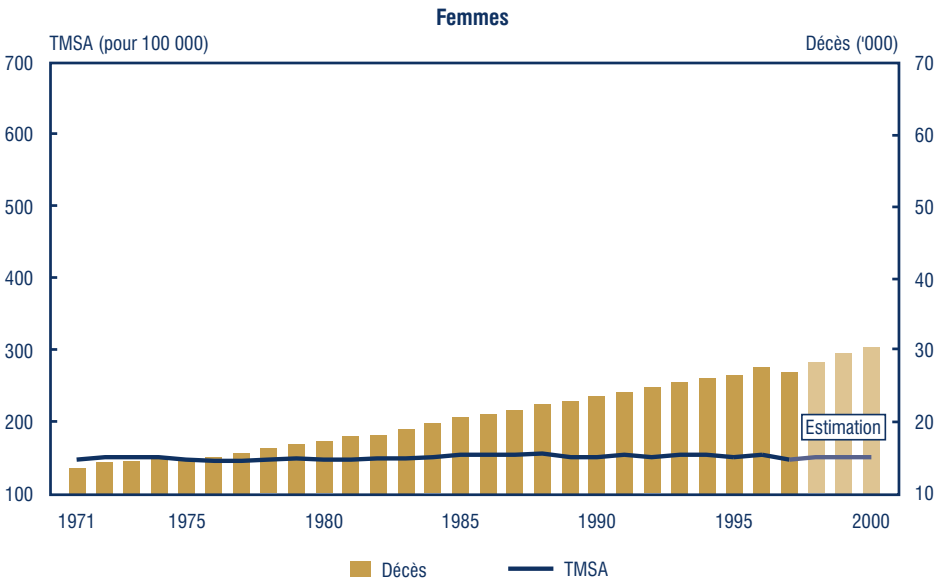
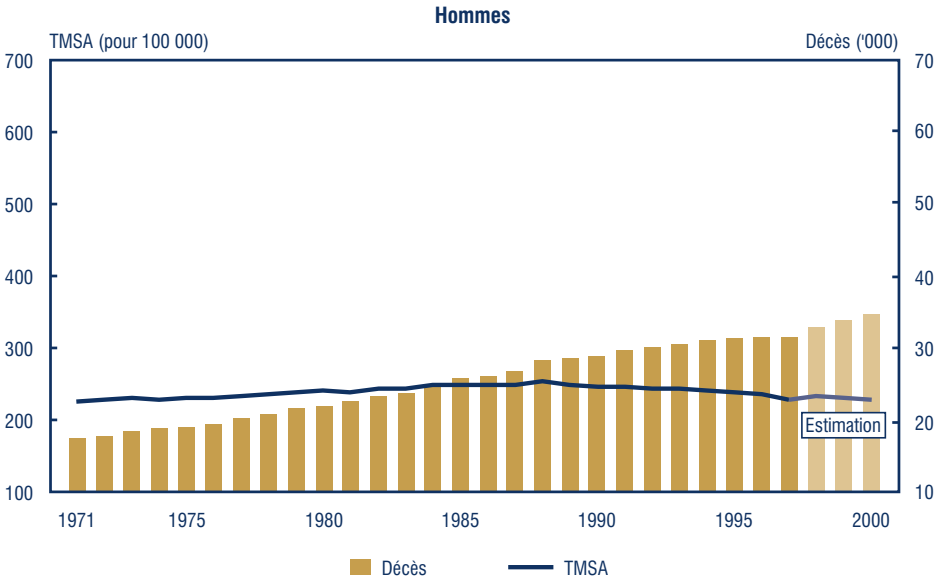
Nota : Tous les cancers excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 2.2

Nombre de décès et taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA) pour tous les cancers, 1971-2000



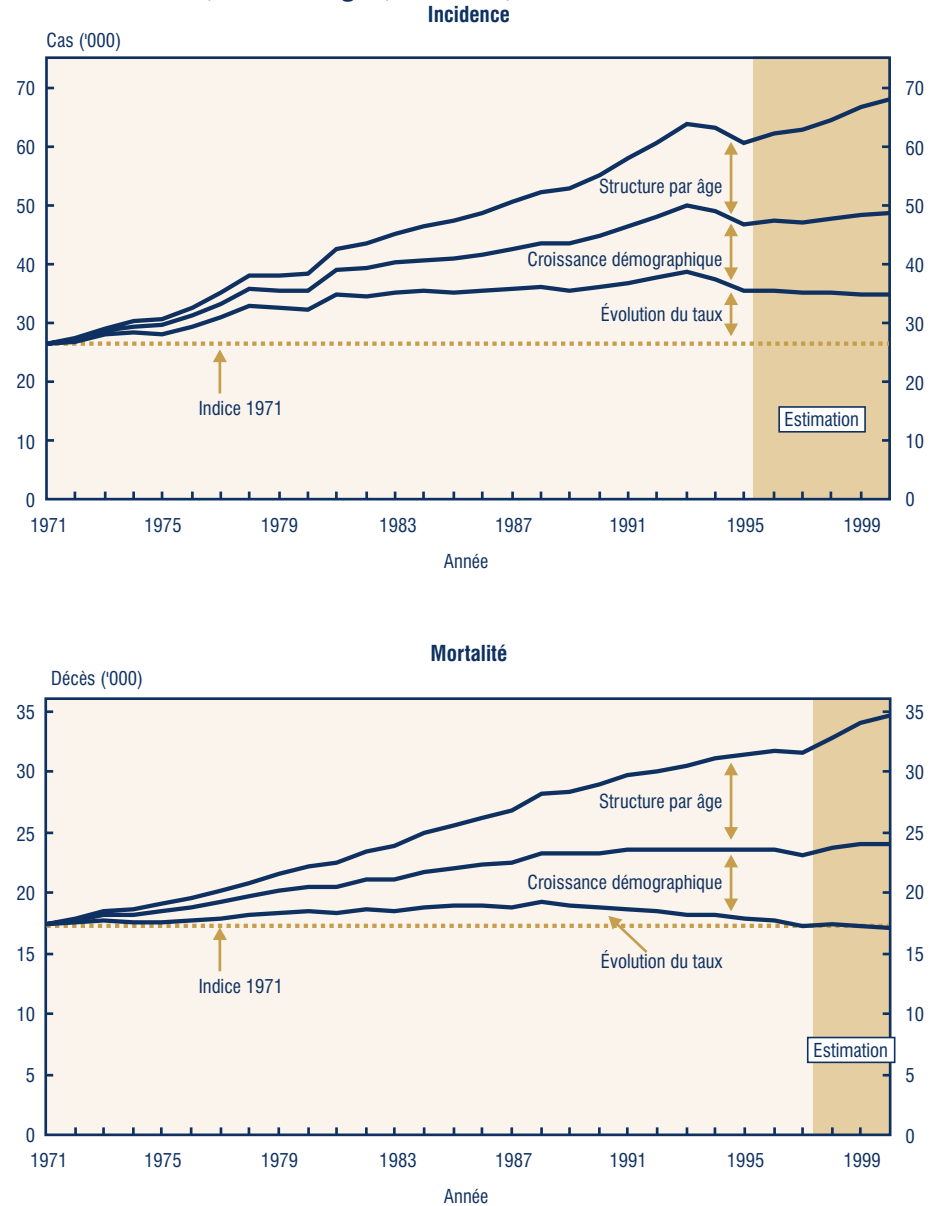
Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 2.3

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, 1971-2000



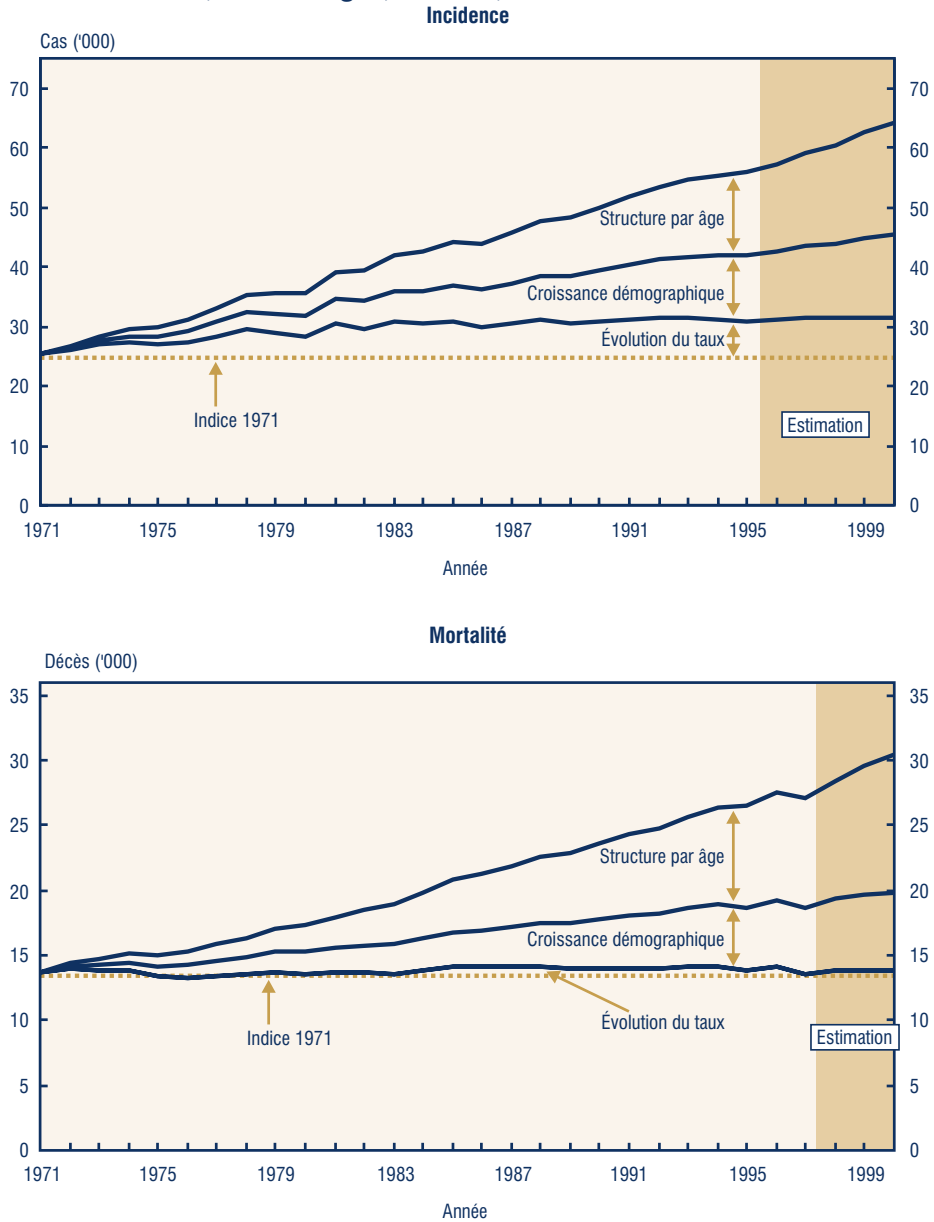
Nota : Tous les cancers excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). L'ampleur de la zone représente le nombre de cas/décès attribués à chaque changement. Pour plus d'information à ce sujet, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 2.4

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la structure par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, 1971-2000

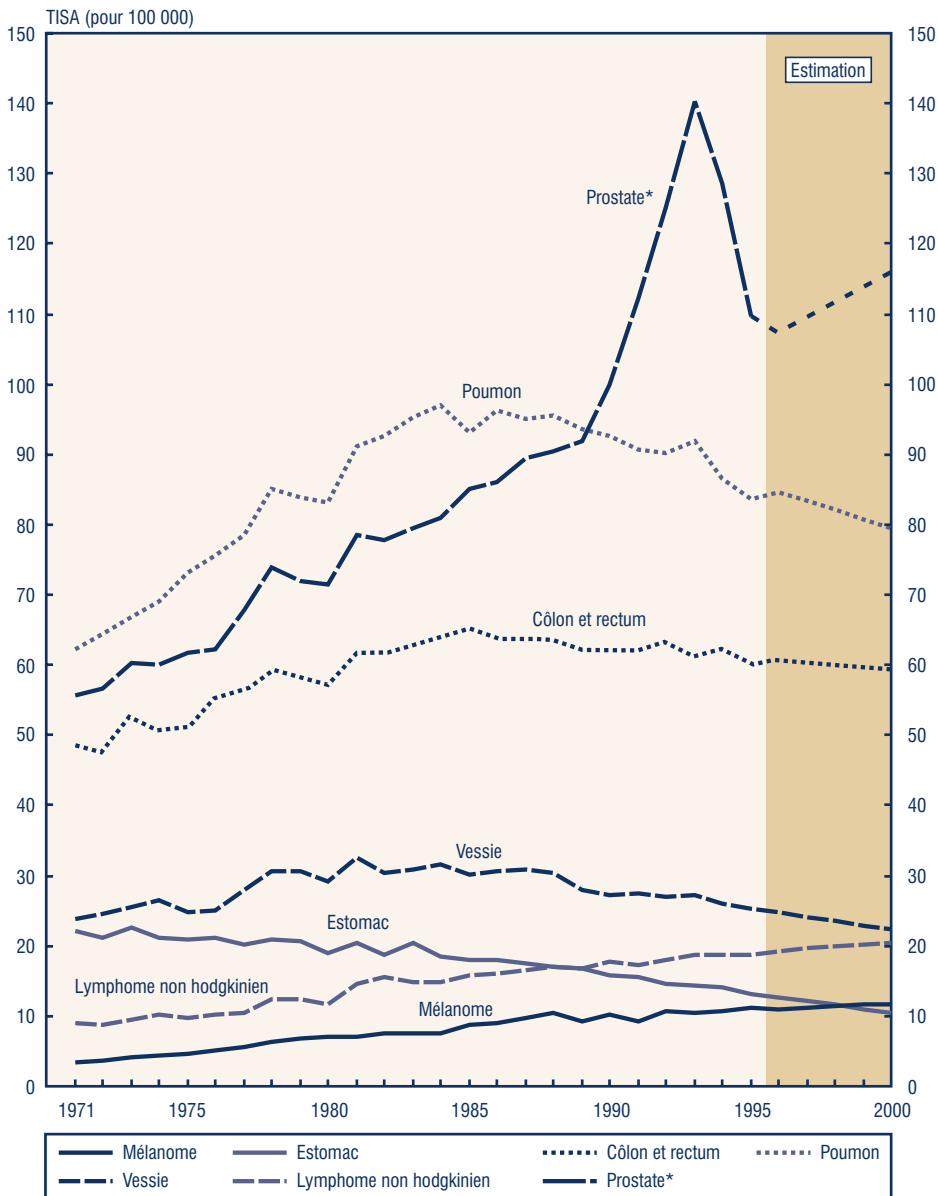


Nota : Tous les cancers excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). L'ampleur de la zone représente le nombre de cas/décès attribués à chaque changement. Pour plus d'information à ce sujet, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Figure 3.1

Taux d'incidence standardisés selon l'âge (TISA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000



* Le taux pour le cancer de la prostate est fondé sur les données pour la période de 1980 à 1989. Pour plus d'information à ce sujet, consulter l'Annexe I, Méthodologie.

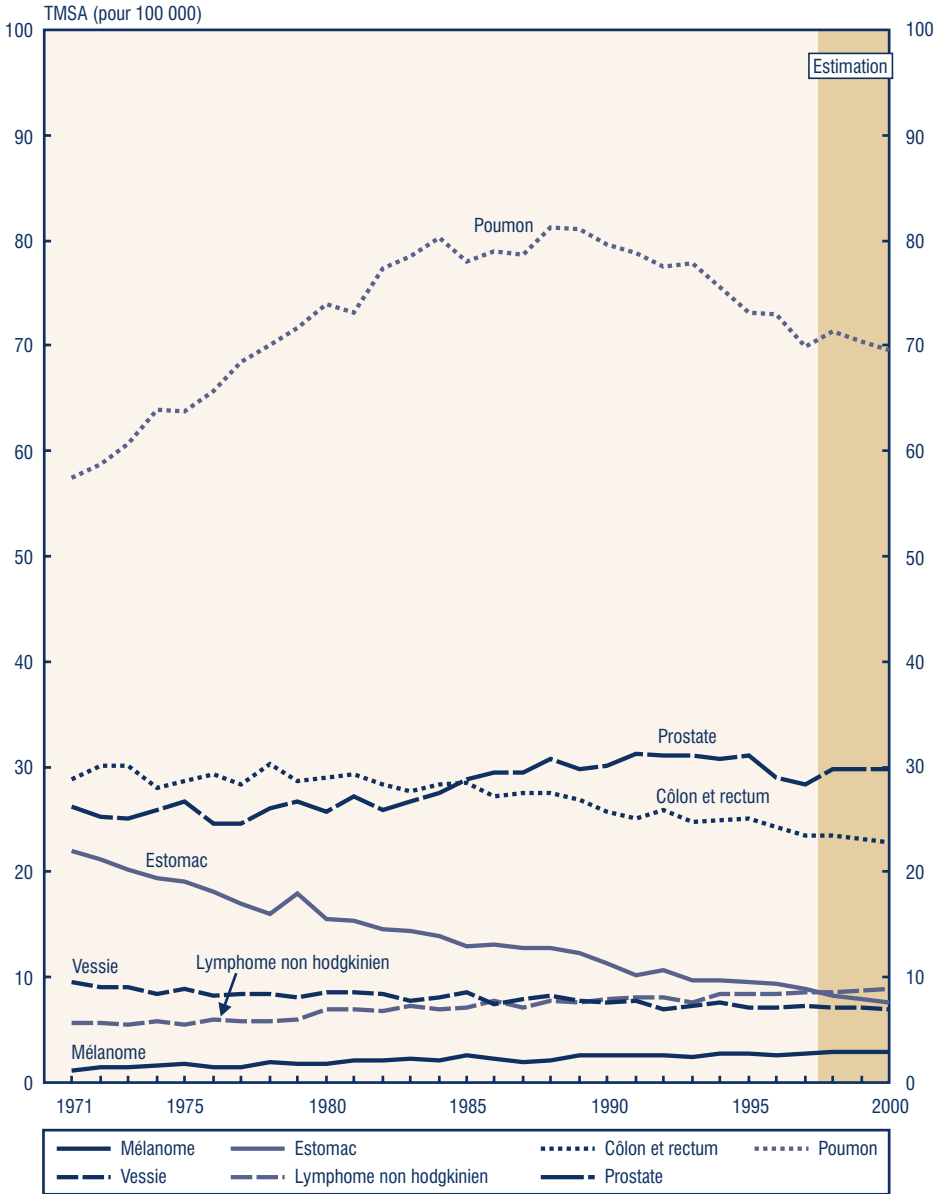
Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.1 pour les points de données.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 3.2

Taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA) pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000

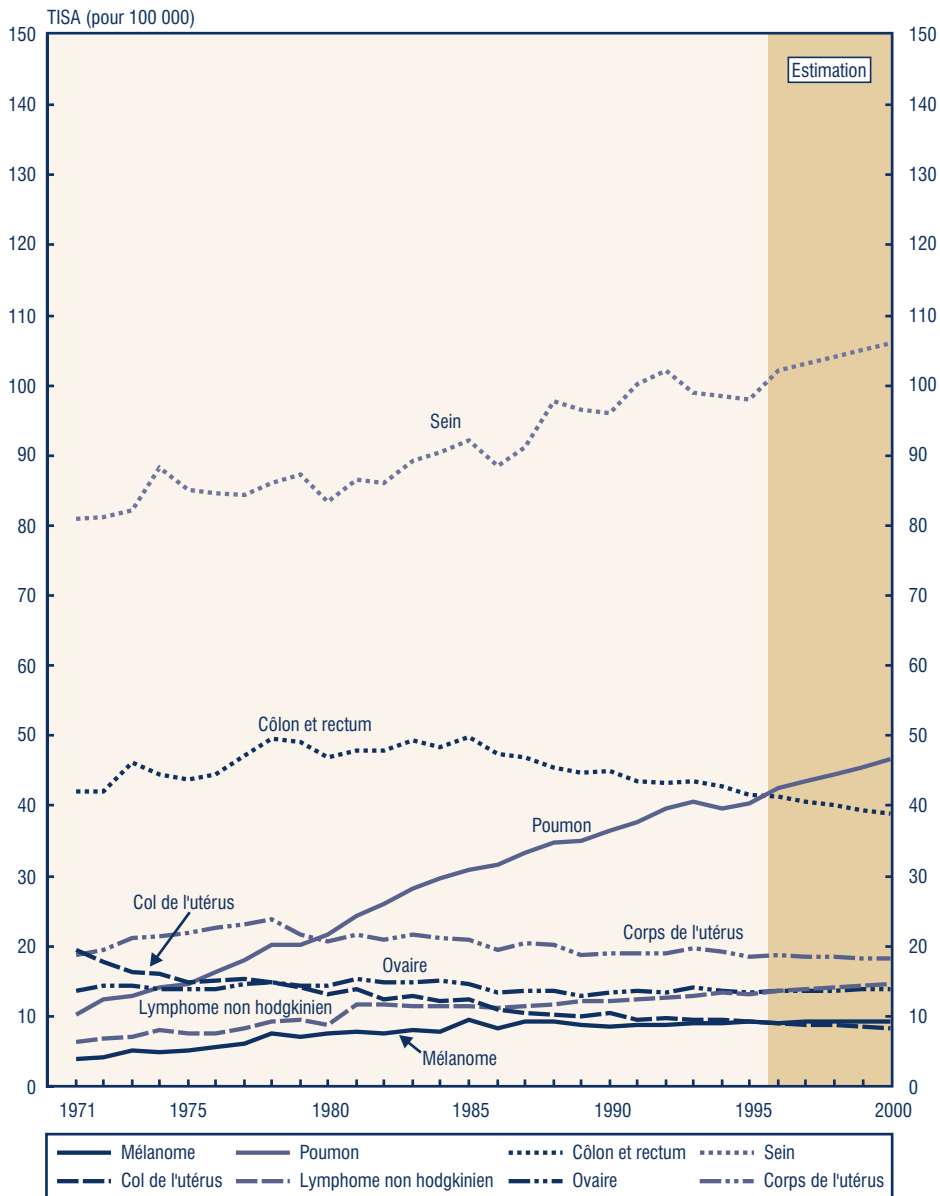


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 7.2 pour les points des données.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Figure 4.1

Taux d'incidence standardisés selon l'âge (TISA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000



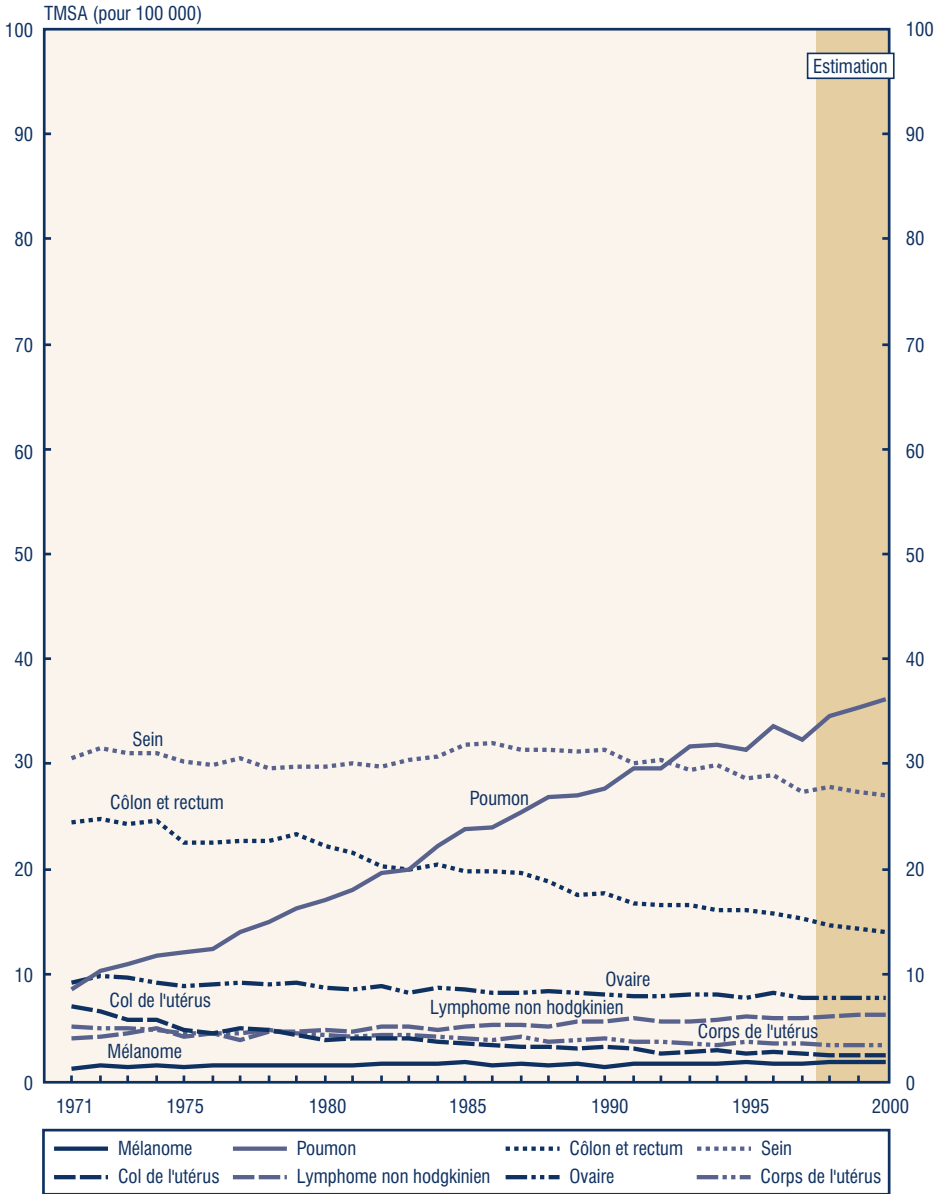
Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir le tableau 8.1 pour les points des données.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.2

Taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA) pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000



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 points des données.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Tableau 7.1

Taux d'incidence standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000

Année	Taux pour 100 000							
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Vessie	Lymphome non hodgkinien	Mélanome	Estomac
1971	334,7	55,8	62,1	48,5	23,9	9,0	3,5	22,1
1972	338,3	56,7	64,5	47,8	24,5	8,6	3,5	21,1
1973	355,8	60,4	66,9	52,6	25,6	9,5	4,1	22,5
1974	359,8	60,0	69,0	50,8	26,4	10,1	4,5	21,1
1975	357,7	61,7	73,1	51,2	24,8	9,7	4,7	21,0
1976	371,9	62,1	75,7	55,3	25,1	10,1	5,1	21,2
1977	391,4	67,9	78,6	56,4	28,0	10,5	5,5	20,1
1978	417,2	74,0	85,1	59,4	30,6	12,5	6,4	20,9
1979	409,8	72,0	83,9	58,5	30,6	12,4	6,8	20,8
1980	406,1	71,4	83,2	57,3	29,2	11,6	7,0	19,0
1981	442,1	78,5	91,2	61,6	32,5	14,7	7,0	20,5
1982	440,7	77,8	92,6	61,9	30,3	15,6	7,5	18,7
1983	448,4	79,6	95,2	63,0	30,8	14,9	7,6	20,4
1984	450,0	80,9	97,1	64,0	31,7	14,9	7,5	18,4
1985	449,8	85,0	93,2	65,4	30,2	15,7	8,7	18,0
1986	451,9	86,1	96,4	63,8	30,6	16,0	9,0	18,0
1987	456,3	89,5	95,0	64,0	30,8	16,6	9,6	17,4
1988	458,4	90,4	95,5	63,7	30,3	17,0	10,4	17,0
1989	451,5	91,8	93,6	62,1	27,9	16,7	9,3	16,8
1990	457,6	99,8	92,7	62,2	27,2	17,7	10,1	15,8
1991	469,0	112,3	90,7	62,3	27,5	17,4	9,1	15,6
1992	480,3	125,2	90,2	63,4	27,1	17,9	10,6	14,5
1993	493,7	140,2	91,8	61,2	27,3	18,8	10,4	14,2
1994	476,1	128,6	86,7	62,3	26,0	18,7	10,7	14,0
1995	449,6	109,7	83,6	60,3	25,2	18,7	11,3	13,1
1996*	449,1	..	84,6	60,8	24,7	19,3	11,0	12,7
1997*	448,4	..	83,4	60,4	24,1	19,6	11,2	12,1
1998*	447,8	..	82,1	60,1	23,5	19,9	11,4	11,6
1999*	447,1	..	80,8	59,8	22,9	20,2	11,6	11,0
2000*	446,4	116,0	79,6	59,5	22,3	20,5	11,8	10,5

.. Estimations non disponibles. Voir l'Annexe I : Méthodologie pour plus d'information.

* Taux estimés.

Nota : Le taux de cancer de la prostate a été estimé à partir des données se rapportant aux années 1980 à 1989. Pour plus d'information à ce sujet, consulter l'Annexe I, Méthodologie. Tous les cancers excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 7.2

Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, hommes, 1971-2000

Année	Taux pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Prostate	Côlon et rectum	Lymphome non hodgkinien	Estomac	Vessie	Mélanome
1971	225,8	57,4	26,1	28,8	5,7	22,0	9,5	1,2
1972	228,2	58,7	25,2	30,1	5,6	21,2	9,1	1,4
1973	230,6	60,7	25,0	30,2	5,6	20,2	9,0	1,5
1974	229,2	63,9	25,9	28,0	5,9	19,4	8,5	1,6
1975	230,4	63,7	26,8	28,7	5,6	19,1	8,8	1,7
1976	230,2	65,8	24,7	29,3	6,0	18,2	8,3	1,5
1977	233,5	68,5	24,6	28,2	5,9	17,0	8,4	1,5
1978	236,3	70,1	26,1	30,2	5,9	16,1	8,4	1,9
1979	239,3	71,7	26,7	28,6	5,9	18,0	8,1	1,7
1980	240,7	74,0	25,7	28,9	7,0	15,5	8,6	1,7
1981	239,2	73,2	27,1	29,2	6,9	15,3	8,6	2,1
1982	243,5	77,4	26,0	28,2	6,8	14,6	8,4	2,1
1983	242,9	78,4	26,7	27,7	7,2	14,3	7,8	2,3
1984	247,8	80,2	27,4	28,3	7,0	13,9	8,1	2,1
1985	249,0	78,0	28,9	28,6	7,1	13,0	8,6	2,6
1986	249,0	79,0	29,4	27,2	7,7	13,1	7,4	2,3
1987	248,2	78,6	29,4	27,5	7,1	12,9	7,9	2,0
1988	254,7	81,3	30,7	27,6	7,8	12,8	8,3	2,2
1989	249,5	81,1	29,7	26,8	7,7	12,3	7,8	2,6
1990	246,4	79,5	30,1	25,7	7,9	11,3	7,5	2,6
1991	247,2	78,8	31,2	25,1	8,1	10,3	7,7	2,6
1992	244,6	77,5	31,0	25,9	8,1	10,7	6,9	2,6
1993	242,6	77,9	31,0	24,7	7,7	9,7	7,4	2,4
1994	241,6	75,5	30,7	25,0	8,4	9,7	7,6	2,7
1995	238,7	73,2	31,0	25,1	8,4	9,6	7,2	2,8
1996	236,2	72,9	29,0	24,3	8,4	9,4	7,2	2,6
1997	229,4	69,8	28,3	23,5	8,6	8,9	7,3	2,8
1998*	232,5	71,3	29,8	23,5	8,6	8,3	7,1	2,8
1999*	230,7	70,4	29,8	23,1	8,7	7,9	7,1	2,9
2000*	228,9	69,5	29,7	22,8	8,8	7,5	7,0	3,0

* Taux estimés.

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

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 8.1

Taux d'incidence standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Sein	Poumon	Côlon et rectum	Corps de l'utérus	Lymphome non hodgkinien	Ovaire	Mélanome	Col de l'utérus	Estomac
1971	276,0	81,0	10,2	42,1	18,6	6,2	13,6	4,0	19,4	11,2
1972	280,2	81,2	12,5	42,0	19,5	6,9	14,3	4,1	17,8	10,1
1973	291,6	82,2	12,9	46,2	21,2	7,2	14,4	5,2	16,3	10,6
1974	294,9	88,2	14,0	44,4	21,5	8,1	13,8	5,0	16,1	9,9
1975	290,2	85,1	14,7	43,7	21,8	7,5	13,7	5,1	14,9	10,4
1976	294,9	84,6	16,3	44,6	22,7	7,5	13,9	5,6	15,2	9,3
1977	306,0	84,4	17,9	47,2	23,0	8,3	14,5	6,1	15,4	9,3
1978	319,3	86,1	20,1	49,5	23,9	9,2	14,9	7,6	14,7	9,5
1979	313,8	87,3	20,3	49,1	21,7	9,6	14,5	7,1	14,2	9,2
1980	305,5	83,3	21,7	46,8	20,8	8,8	14,4	7,5	13,0	8,6
1981	328,1	86,5	24,3	47,8	21,6	11,6	15,4	7,8	13,9	9,8
1982	321,0	86,0	25,9	48,0	21,0	11,7	14,7	7,5	12,3	8,7
1983	332,8	89,3	28,3	49,4	21,6	11,5	14,9	8,0	12,9	8,7
1984	329,5	90,3	29,6	48,3	21,2	11,3	15,0	7,7	12,2	8,1
1985	335,5	92,2	30,9	49,8	20,8	11,4	14,6	9,5	12,3	8,0
1986	324,9	88,6	31,6	47,4	19,5	11,3	13,3	8,3	10,9	8,3
1987	330,7	91,1	33,2	46,9	20,5	11,5	13,7	9,3	10,4	8,0
1988	336,0	97,8	34,8	45,4	20,1	11,7	13,6	9,2	10,2	7,2
1989	330,0	96,4	35,0	44,7	18,7	12,2	13,0	8,6	10,0	7,2
1990	333,2	96,0	36,5	45,0	19,0	12,1	13,4	8,5	10,4	6,9
1991	337,1	100,1	37,7	43,5	18,9	12,4	13,6	8,8	9,6	6,4
1992	341,2	102,1	39,6	43,4	18,9	12,7	13,5	8,7	9,6	6,5
1993	340,4	99,0	40,6	43,5	19,7	12,9	14,1	9,0	9,6	6,3
1994	337,9	98,6	39,6	42,8	19,3	13,3	13,6	9,1	9,4	6,3
1995	334,3	98,1	40,4	41,5	18,5	13,1	13,4	9,3	9,2	5,9
1996*	340,8	102,1	42,5	41,2	18,7	13,6	13,7	9,1	9,0	5,6
1997*	342,0	103,1	43,5	40,6	18,5	13,8	13,7	9,1	8,9	5,4
1998*	343,1	104,1	44,5	40,1	18,4	14,0	13,7	9,2	8,7	5,1
1999*	344,3	105,0	45,6	39,5	18,3	14,2	13,7	9,2	8,5	4,9
2000*	345,4	106,0	46,6	38,9	18,2	14,5	13,8	9,3	8,4	4,7

* Taux estimés

Nota : Les taux excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173) et sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 8.2

Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer, femmes, 1971-2000

Année	Taux pour 100 000									
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Ovaire	Lymphome non hodgkinien	Estomac	Corps de l'utérus	Col de l'utérus	Mélanome
1971	149,0	8,6	30,6	24,4	9,2	3,9	10,8	5,1	6,9	1,0
1972	152,9	10,2	31,4	24,8	9,8	4,1	9,9	4,7	6,4	1,3
1973	152,1	10,9	31,0	24,3	9,7	4,3	9,6	4,8	5,6	1,1
1974	152,5	11,7	31,1	24,7	9,1	4,8	9,0	4,7	5,6	1,3
1975	147,3	12,1	30,3	22,4	8,9	4,0	8,8	4,3	4,7	1,2
1976	146,0	12,4	29,9	22,5	9,1	4,4	8,5	4,4	4,4	1,3
1977	147,1	13,9	30,6	22,7	9,1	3,8	7,4	4,4	4,8	1,3
1978	147,6	15,0	29,5	22,7	9,0	4,5	7,4	4,6	4,7	1,3
1979	150,2	16,3	29,8	23,3	9,1	4,4	7,2	4,3	4,2	1,2
1980	148,4	17,1	29,7	22,2	8,6	4,6	6,8	4,2	3,7	1,2
1981	149,0	17,9	30,1	21,6	8,5	4,5	7,5	4,1	3,9	1,3
1982	149,3	19,5	29,7	20,3	8,8	4,9	6,7	4,1	3,9	1,5
1983	149,4	19,9	30,4	19,9	8,2	4,9	6,5	4,2	3,9	1,5
1984	151,8	22,2	30,7	20,4	8,7	4,7	5,7	4,0	3,5	1,5
1985	154,8	23,8	31,8	19,8	8,5	5,0	6,0	3,8	3,3	1,6
1986	154,3	24,0	32,0	19,7	8,2	5,1	6,1	3,6	3,2	1,3
1987	154,0	25,3	31,3	19,6	8,2	5,2	5,7	4,1	3,0	1,5
1988	155,3	26,9	31,4	18,8	8,4	5,0	5,1	3,6	3,0	1,3
1989	153,0	27,0	31,2	17,6	8,1	5,5	5,5	3,7	2,9	1,4
1990	153,0	27,6	31,3	17,7	8,1	5,5	5,0	3,9	3,0	1,2
1991	153,5	29,5	30,1	16,8	7,8	5,7	4,9	3,5	2,8	1,4
1992	153,1	29,6	30,4	16,6	7,8	5,5	4,9	3,5	2,4	1,5
1993	154,8	31,7	29,4	16,6	8,0	5,5	4,5	3,4	2,6	1,5
1994	155,0	31,9	30,0	16,1	8,1	5,7	4,5	3,2	2,7	1,5
1995	151,8	31,3	28,7	16,2	7,7	5,9	4,6	3,6	2,4	1,6
1996	155,1	33,6	28,9	15,7	8,2	5,8	4,4	3,4	2,6	1,5
1997	148,5	32,3	27,4	15,2	7,6	5,7	3,9	3,3	2,4	1,5
1998*	151,9	34,5	27,8	14,7	7,8	6,0	3,9	3,3	2,3	1,5
1999*	151,6	35,4	27,4	14,3	7,7	6,0	3,7	3,2	2,3	1,6
2000*	151,4	36,2	27,0	13,9	7,7	6,1	3,6	3,2	2,2	1,6

* Taux estimés

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

Source : Bureau du cancer, LLMC, Santé Canada

Tableau 9

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1988-1995) et de mortalité (1988-1997) standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer

	VAMP de l'incidence 1988-1995		VAMP de la mortalité 1988-1995	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	0,5	0,2	-0,9**	-0,2
Cavité buccale	-2,4**	-0,2	-2,0**	-0,9
Estomac	-3,6**	-2,7**	-3,6**	-2,8**
Côlon et rectum	-0,5	-1,1**	-1,4**	-1,9**
Pancréas	-1,3*	–	-1,4**	0,1
Larynx	-2,2**	-2,1	-2,5**	-1,6
Poumon	-1,6**	2,5**	-1,6**	2,5**
Mélanome	1,7	0,6	1,6*	1,8*
Sein chez la femme	–	0,3	–	-1,3**
Corps de l'utérus	–	-0,4	–	-1,1
Col de l'utérus	–	-1,5**	–	-2,3**
Ovaire	–	0,3	–	-0,5
Prostate	5,1*	–	-0,5	–
Testicule	1,6	–	-3,7	–
Vessie	-1,9**	-2,1*	-1,2*	-1,4
Rein	-0,1	0,7	-0,4	-1,0
Encéphale	-0,2	–	-0,6	-1,1*
Thyroïde	3,5*	6,3**	1,0	1,3
Lymphome non hodgkinien	1,7**	1,8**	1,1**	1,3**
Maladie de Hodgkin	-1,2	-0,2	-5,0**	-4,9*
Myélome multiple	-0,3	–	0,7	0,1
Leucémie	-1,0*	-0,9	-1,1	-1,6**

– Sans objet

* significatif à p=0,05

** significatif à p=0,01

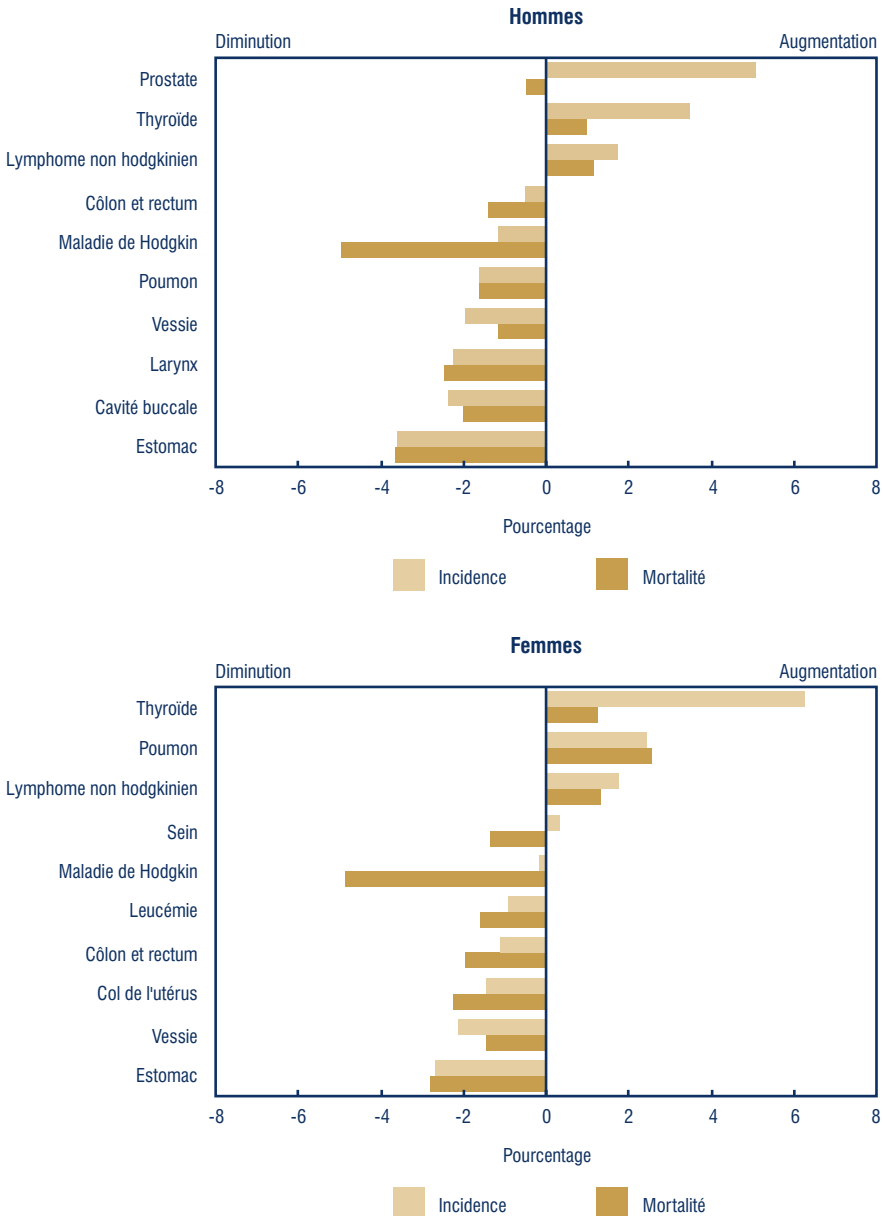
Nota : La variation moyenne annuelle en pourcentage est calculée en fonction d'un modèle log-linéaire; les taux d'incidence excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173).

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 5

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence (1988-1995) et de mortalité (1988-1997) standardisés selon l'âge pour certains sièges ou types de cancer

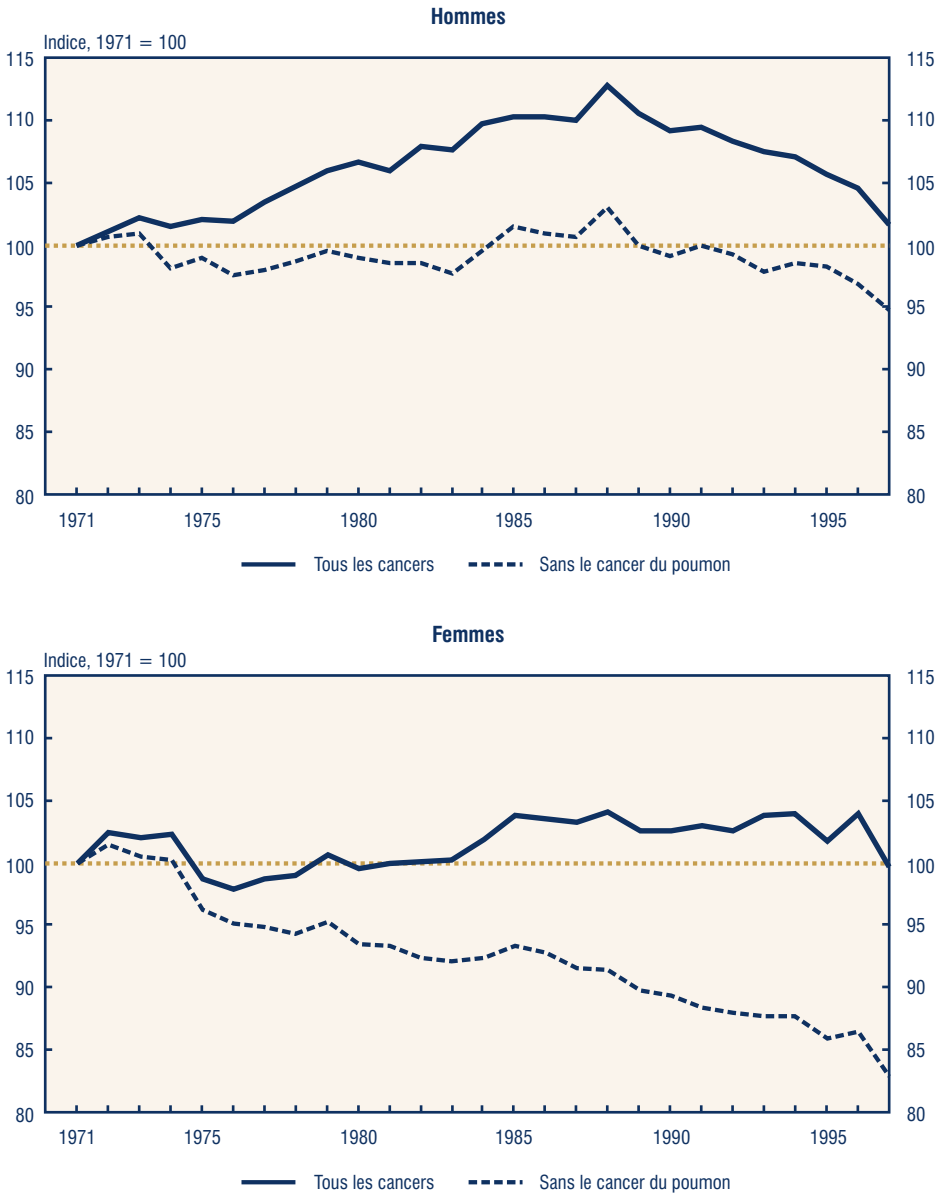


Nota : Voir le tableau 9 pour les différences exprimées en pourcentage pour tous les sièges. Les sièges sont classés par ordre décroissant d'incidence.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Figure 6

Indice des taux de mortalité standardisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, 1971-1997



Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Veuillez consulter le glossaire et l'Annexe I, Méthodologie.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

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

On présente ici les estimations pour l'année 2000, par groupe d'âge de 10 ans, pour tous les sièges et types de cancer confondus (tableau 10) et pour les quatre principaux types de cancer (tableau 11). Le cancer est une maladie qui frappe principalement les personnes âgées. Les estimations pour 2000 présentées au tableau 10 montrent que 60 300 nouveaux cas (46 %) et 38 200 décès dus au cancer (59 %) surviendront chez les membres de la population d'au moins 70 ans et qu'en outre, 31 800 nouveaux cas (24 %) et 14 300 décès (22 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans. Par contre, chez les moins de 20 ans, on observera juste 1 % des nouveaux cas et seulement 0,3 % des décès. Les estimations pour les principaux sièges ou types de cancer chez les plus de 20 ans (tableau 11) indiquent que près de 50 %, ou plus, des nouveaux cas de cancer du poumon, de la prostate, et du côlon et du rectum seront diagnostiqués chez des personnes d'au moins 70 ans. Cette situation est particulièrement évidente pour les cancers de la prostate, 62 % des cas (et 83 % des décès) survenant chez des hommes de plus de 70 ans. En ce qui a trait au cancer du sein, 22 % des cas seront diagnostiqués chez les femmes de moins de 50 ans, 45 % chez les femmes de 50 à 69 ans et 32 % chez les femmes de 70 ans et plus.

Les tendances des taux d'incidence et de mortalité depuis 1970, pour tous les cancers selon quatre groupes d'âge, sont représentés graphiquement en se basant à la fois sur les taux réels et estimés (figure 7). Depuis 1981, le taux d'incidence du cancer s'est accru principalement chez les Canadiens et les Canadiennes de 50 ans et plus, et davantage chez les hommes. Cette différence est due presque certainement à la hausse rapide de l'incidence du cancer de la prostate.

La baisse assez régulière de la mortalité par cancer observée depuis 1988 au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes de tous les groupes d'âge au-dessous de 70 ans est un fait très encourageant. Dans l'ensemble, depuis 1970, les taux de mortalité ont diminué considérablement chez ceux de 0 à 19 ans et de façon plus modérée chez ceux de 20 à 49 ans. Chez les hommes et les femmes de 50 à 69 ans, la baisse de la mortalité se manifeste principalement depuis la fin des années 80.

Les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon l'âge, par groupes d'âge de cinq ans, sont présentés graphiquement à partir des données réelles d'incidence et de mortalité pour 1995 et 1997, respectivement, soit les années les plus récentes pour lesquelles nous disposons de données complètes (figure 8). Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, l'incidence du cancer et la mortalité par cancer a augmenté considérablement avec l'âge; on dénombre ainsi 17 fois plus de nouveaux cas chez les personnes de 80 ans et plus que chez les moins de 20 ans, et ce malgré une baisse de 88 % de la population. Alors que, pour le groupe des 20 à 59 ans, le taux d'incidence était légèrement plus élevé chez la femme que chez l'homme, pour tous les autres groupes d'âge, il était plus élevé chez l'homme. Cela est imputable à la plus forte incidence du cancer du sein et des organes génitaux chez la femme en âge de procréer, d'une part, et à la plus forte incidence de la plupart des types de cancer chez les hommes âgés, d'autre part.

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

Tableau 10

Répartition selon le groupe d'âge et le sexe, 2000

Groupe d'âge	Population (en milliers) Estimations pour 2000			Nouveaux cas Estimations pour 2000			Décès Estimations pour 2000		
	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F
0-19	8 038	4 117	3 921	1 350	710	620	220	120	100
20-29	4 249	2 156	2 093	1 650	770	890	250	130	120
30-39	5 122	2 585	2 537	4 800	1 900	2 900	880	370	520
40-49	4 995	2 498	2 497	11 300	3 900	7 400	3 300	1 450	1 900
50-59	3 653	1 822	1 830	20 900	9 300	11 600	7 900	4 100	3 800
60-69	2 417	1 173	1 244	31 800	18 300	13 600	14 300	8 300	6 000
70-79	1 832	800	1 031	37 900	21 900	16 000	20 700	11 700	9 000
80+	960	324	636	22 400	11 000	11 300	17 500	8 500	9 000
Tous les âges	31 265	15 476	15 789	132 100	67 900	64 300	65 000	34 600	30 400

Nota : Les chiffres relatifs à l'incidence excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'Annexe I, Méthodologie. Les projections de la population pour 2000 ont été fournies par la Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

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

Tableau 11

Répartition pour certains sièges ou types de cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, 2000

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
Nouveaux cas								
20-29	25	15	10	40	20	20	–	80
30-39	210	100	110	250	130	120	5	890
40-49	1 050	500	550	940	490	450	100	3 300
50-59	3 200	1 700	1 450	2 400	1 400	1 000	1 400	4 600
60-69	6 000	3 700	2 300	4 200	2 600	1 600	5 000	4 100
70-79	6 900	4 300	2 600	5 400	3 000	2 400	6 900	3 900
80+	3 200	1 900	1 350	3 700	1 550	2 200	3 600	2 300
20 ans +	20 600	12 200	8 400	17 000	9 100	7 800	16 900	19 200
Décès								
20-29	5	5	5	10	5	5	–	10
30-39	120	45	70	60	30	30	–	150
40-49	730	340	400	250	130	120	20	600
50-59	2 300	1 300	1 000	740	430	300	120	930
60-69	4 800	3 000	1 800	1 350	850	500	560	970
70-79	6 300	4 000	2 300	2 000	1 150	860	1 500	1 350
80+	3 400	2 000	1 350	2 100	860	1 200	2 000	1 450
20 ans +	17 700	10 700	7 000	6 500	3 500	3 000	4 200	5 500

– Moins de 5 cas.

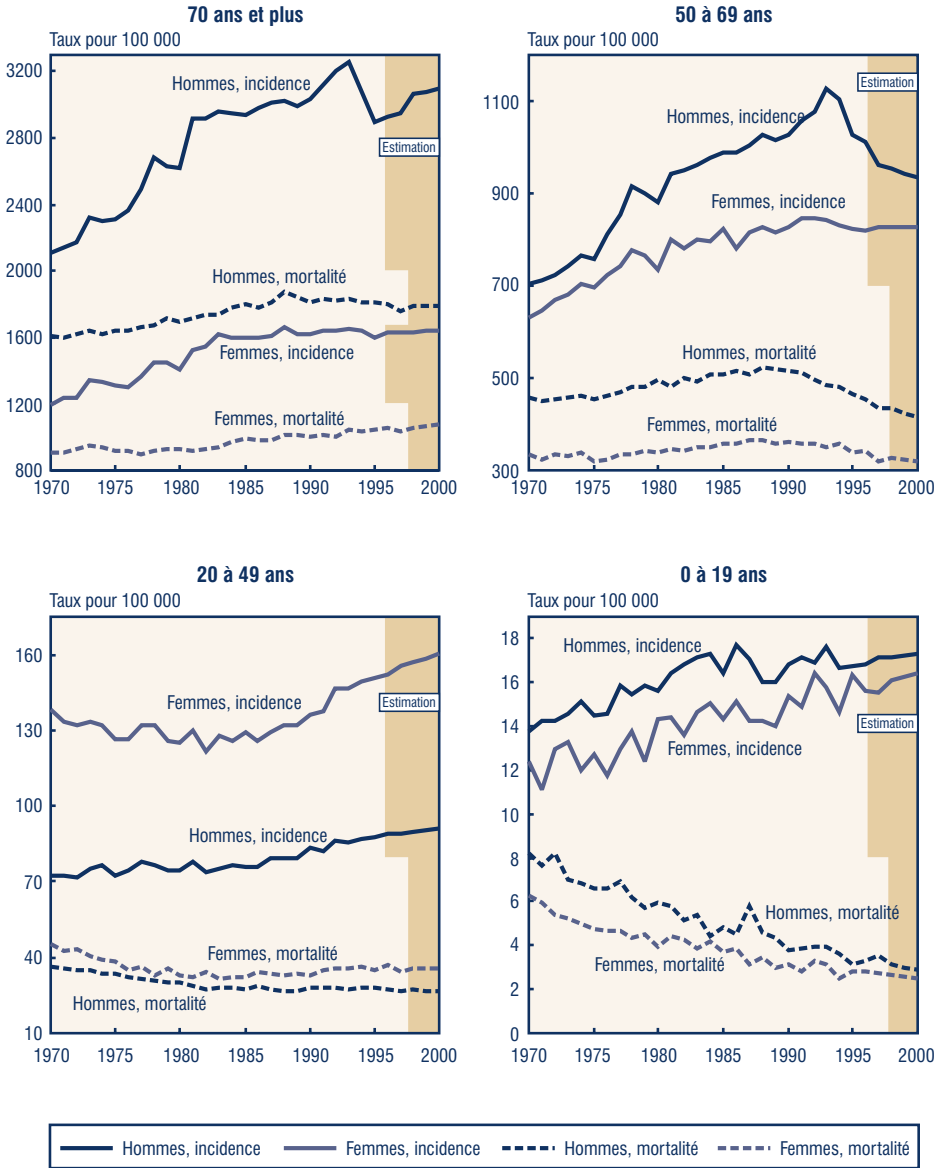
Nota : Les chiffres relatifs à l'incidence excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173). Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total estimé. Pour en savoir davantage, veuillez consulter l'Annexe I, Méthodologie.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

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

Figure 7

Taux d'incidence et de mortalité, selon l'âge, pour tous les cancers, 1970-2000



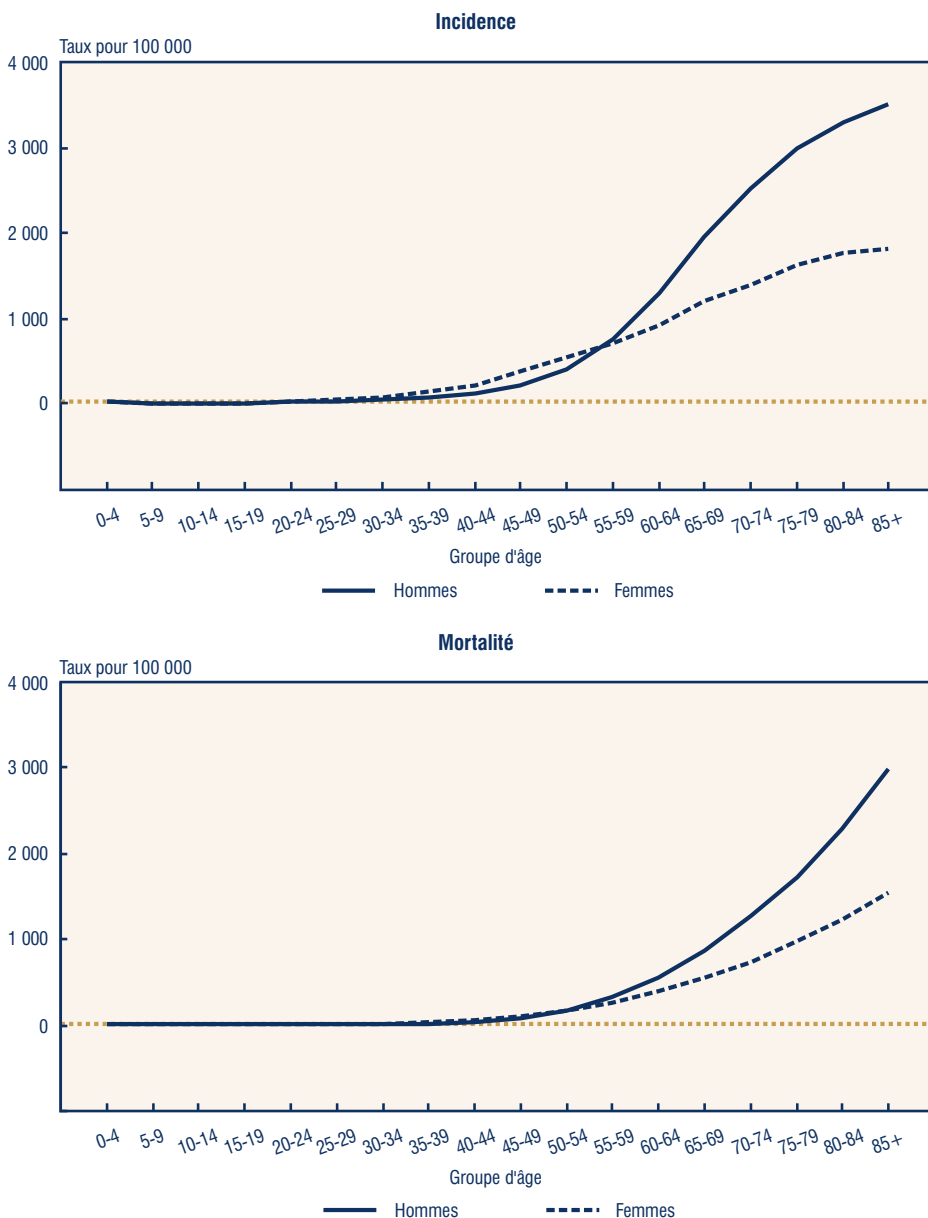
Nota : Les chiffres relatifs à l'incidence excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173).

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

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

Figure 8

Taux d'incidence (1995) et de mortalité (1997), selon l'âge, pour tous les types de cancer, selon le sexe



Nota : Les taux d'incidence excluent les cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins (CIM-9 173).
Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

On présente au tableau 12 la probabilité (exprimée en pourcentage) que les Canadiens et Canadiennes soient atteints des formes de cancer les plus courantes pour certains groupes d'âge de 10 ans, ainsi que la probabilité globale qu'ils soient atteints d'une de ces formes de cancer au cours de la vie ou qu'ils en meurent. Le calcul de ces probabilités reflète l'incidence du cancer chez les membres d'une cohorte hypothétique. Par exemple, si l'on suit une cohorte de 1 000 hommes de 50 ans jusqu'à ce qu'ils atteignent la fin de leur 59 ans, on estime que 56 d'entre eux, soit 5,6 % (1 sur 18) seront atteints d'un cancer au cours de cette période de 10 ans. Ce calcul représente le risque qu'un homme de 50 ans soit atteint d'un cancer avant l'âge de 60 ans. En suivant le même raisonnement, on estime que le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer avant l'âge de 70 ans s'établit à 9,9 % (1 femme sur 10). Pour ce qui est de la probabilité d'être atteint d'un cancer dans sa vie, les données sont présentées en termes de probabilité exprimée en pourcentage et de probabilité inverse. Par exemple, dans le cas des hommes, la probabilité globale (au cours de la vie) d'être atteint d'un cancer s'établit à 0,404 (40,4 %), tandis que la probabilité inverse s'établit à 2,5. Ainsi on prévoit qu'environ 2 hommes sur 5 seront atteints d'un cancer quelconque durant leur vie. De même, 1 femme sur 2,8 (un peu plus de 1 femme sur 3) sera atteinte d'un cancer à un moment de sa vie. Par ailleurs, 1 homme sur 3,7 et 1 femme sur 4,5 (c.-à-d. plus de 1 homme sur 4 et plus de 1 femme sur 5) mourront du cancer.

Bien que les chiffres qui figurent au tableau 12 soient exprimés à la première décimale, la discussion des faits saillants qui s'en dégagent présentés ci-après se fonde sur des approximations obtenues à partir de ces chiffres.

Au cours de la vie, 1 femme sur 9,5 sera atteinte du cancer du sein, qui est la forme la plus courante de cancer (excepté le cancer de la peau autre que le mélanome) dont souffrent les femmes, et 1 femme sur 26 mourra de cette maladie. Aussi, 1 femme sur 18 sera atteinte du cancer du côlon et du rectum, mais 1 sur 39 seulement en mourra. Enfin, 1 sur 20 sera atteinte du cancer du poumon et 1 sur 22 y succombera, ce qui en fait la cause la plus probable de décès par cancer chez les Canadiennes. Au cours de sa vie, 1 homme sur 9 sera atteint du cancer de la prostate, mais 1 sur 27,5 seulement en mourra. Comparativement, 1 homme sur 11 sera victime du cancer du poumon, et 1 sur 12 en mourra, ce qui en fait là aussi la principale cause de décès par cancer chez les Canadiens.

La probabilité d'être atteint d'un cancer au cours des 10 prochaines années est un indicateur utile du risque de cancer à court terme. Bien que le risque que se développe un cancer du sein durant la vie d'une femme s'établisse à 10,6 % (1 femme sur 9,5) et que le risque augmente avec l'âge, le risque qu'une femme de 60 ans soit atteinte d'un cancer du sein avant l'âge de 70 ans n'est que de 2,9 % (1 femme sur 34). Cette dernière probabilité statistique revêt plus d'importance que la première pour une femme de 60 ans qui songe au risque d'avoir un cancer du sein. Le tableau 12 montre dans quelle mesure le risque d'être atteint du cancer de la prostate augmente avec l'âge. Avant l'âge de 50 ans, il est peu probable qu'un homme soit atteint 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 6,3 % (1 homme sur 16). Il s'agit du risque le plus élevé, et pour l'homme et pour la femme, de souffrir d'un cancer pendant l'une ou l'autre des décennies que durera leur vie.

PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT ET DE MOURIR DU CANCER

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

PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINT ET DE MOURIR DU CANCER

Tableau 12

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

	Probabilité (%) de développer un cancer au cours des 10 prochaines années, selon le groupe d'âge						Probabilité à vie (%) de			
							souffrir		mourir	
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	%	Un sur :	%	Un sur :
Hommes										
Tous les cancers	0,7	1,7	5,6	14,3	21,1	18,0	40,4	2,5	26,7	3,7
Prostate	–	0,1	0,9	4,1	6,3	5,1	11,3	8,9	3,6	27,5
Poumon	–	0,2	1,1	3,1	4,6	3,3	8,9	11,2	8,1	12,4
Côlon et rectum	0,1	0,2	0,8	2,0	3,0	2,7	6,3	15,9	2,8	36,2
Vessie	–	0,1	0,3	0,7	1,3	1,4	2,7	37,2	0,9	108,8
Lymphome	0,1	0,2	0,4	0,7	1,0	1,0	2,7	37,6	1,5	66,2
Cavité buccale	–	0,1	0,3	0,5	0,5	0,5	1,5	65,8	0,5	182,1
Rein	–	0,1	0,3	0,5	0,6	0,5	1,5	68,0	0,7	148,8
Estomac	–	0,1	0,2	0,4	0,7	0,6	1,4	71,4	1,0	96,2
Leucémie	–	0,1	0,1	0,3	0,6	0,7	1,4	73,0	0,9	110,9
Pancréas	–	–	0,2	0,4	0,5	0,6	1,2	84,7	1,2	87,0
Mélanome	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	1,1	95,2	0,3	335,6
Femmes										
Tous les cancers	1,1	3,0	6,1	9,9	13,0	10,9	35,3	2,8	22,2	4,5
Sein	0,4	1,3	2,3	2,9	3,2	2,2	10,6	9,5	3,9	25,8
Côlon et rectum	–	0,2	0,6	1,3	2,2	2,2	5,6	18,0	2,5	39,4
Poumon	–	0,3	0,8	1,6	1,9	1,2	5,0	19,9	4,5	22,4
Lymphome	0,1	0,1	0,3	0,5	0,8	0,7	2,3	43,5	1,3	76,9
Corps de l'utérus	–	0,1	0,4	0,7	0,8	0,4	2,2	46,5	0,5	188,0
Ovaire	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,4	1,5	64,9	1,1	94,3
Pancréas	–	–	0,1	0,2	0,5	0,5	1,1	90,9	1,3	79,4
Leucémie	–	–	0,1	0,2	0,4	0,4	1,0	96,2	0,7	137,0
Rein	–	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3	1,0	100,0	0,4	250,0
Vessie	–	–	0,1	0,2	0,4	0,4	0,9	108,7	0,4	258,4
Mélanome	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9	111,1	0,2	487,8
Estomac	–	–	0,1	0,2	0,3	0,4	0,8	120,5	0,7	153,8
Col de l'utérus	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,8	125,0	0,3	350,9
Cavité buccale	–	–	0,1	0,2	0,2	0,2	0,6	166,7	0,3	374,5

– Valeur inférieure à 0,05 %.

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est basée sur les taux d'incidence et de mortalité selon l'âge et le sexe, au Canada en 1995, et sur les tables de mortalité basées sur les taux pour l'ensemble des causes, de 1994 à 1996. La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de personnes qui meurent du cancer à l'intérieur d'une cohorte soumises aux conditions de mortalité s'appliquant à l'ensemble de la population du Canada de 1997. Consulter l'Annexe I, Méthodologie.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada.

La figure 9, qui illustre le classement des 12 principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP) au Canada en 1997, montre que le cancer vient au premier rang, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les 894 000 APVP dues au cancer représentent 29 % du total attribuable à l'ensemble des causes de décès (tableau 13). Le cancer du poumon a entraîné à lui seul la perte de 233 000 années potentielles de vie, ce qui correspond à 26 % de la mortalité prématurée due au cancer. Les maladies du coeur sont la deuxième cause d'années potentielles de vie perdues. Chez les enfants de 0 à 19 ans, le cancer demeure cette année encore la cinquième cause principale de pertes d'années potentielles de vie, après les troubles périnataux, les anomalies congénitales, les autres accidents et les accidents de véhicule à moteur. En 1997, le cancer a entraîné la perte de près de 17 200 années potentielles de vie chez les enfants de 0 à 19 ans.

Le tableau 13 indique les APVP associées aux divers types de cancer. En 1997, les trois cancers les plus dévastateurs chez l'homme ont été le cancer du poumon, le cancer du côlon et du rectum et le cancer de la prostate — ceux-ci étant la cause de 48 % des APVP dues au cancer. Chez la femme, les trois principaux ont été le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer du côlon et du rectum, auxquels on attribue 52 % des APVP dues au cancer. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'importance relative de ces cancers quant au nombre d'années potentielles de vie perdues a peu changé au cours des dernières années. Chez les femmes, toutefois, le nombre d'APVP dues au cancer du poumon, qui est légèrement plus élevé que celui observé pour le cancer du sein, reflète la hausse du taux de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes de 50 à 79 ans. Bien que le cancer de la prostate soit plus répandu que le cancer du poumon chez l'homme, le nombre d'APVP attribuables au cancer du poumon est quatre fois supérieur à celui des APVP attribuables au cancer de la prostate, ce qui témoigne des taux de mortalité par cancer du poumon plus élevés et de l'âge relativement jeune auquel les hommes sont atteints de ce type de cancer et en meurent.

Le taux de mortalité prématurée due à un cancer est d'autant plus élevé que le cancer est répandu, qu'il se déclare à un jeune âge et qu'il entraîne rapidement la mort. Si l'on prend les deux cancers les plus fréquents chez les hommes et les femmes, on constate que le nombre d'APVP associées au cancer du sein (95 000) dépasse largement celui attribuable au cancer de la prostate (33 000), ce qui tient à l'âge relativement jeune auquel les femmes meurent du cancer du sein. Dans le cas de la maladie de Hodgkin, ce nombre, qui s'établit à 4 000, indique que ce type de cancer est moins courant et qu'il est relativement curable.

Bien que plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, le nombre d'APVP est légèrement plus élevé chez les femmes (459 000 contre 434 000), du fait que les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que certains décès dus au cancer surviennent à un plus jeune âge chez la femme.

L'usage de produits du tabac constitue la principale cause de décès prématurés évitables dus au cancer. En outre, de nombreux décès attribuables à d'autres maladies sont également causés par le tabagisme (figure 9). Chez les hommes, la consommation de tabac entraîne environ le tiers des APVP découlant de tous les types de cancer, environ le quart de celles qui sont liées aux maladies du coeur, et environ la moitié de celles qui sont associées aux maladies respiratoires. Chez les femmes, le tabagisme entraîne environ le cinquième des APVP découlant de tous les types de cancer.

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Tableau 13

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, 1997

	Années potentielles de vie perdues (APVP)					
	Total		Hommes		Femmes	
	Années	%	Années	%	Années	%
TOUTES LES CAUSES	3 052 000	–	1 655 000	–	1 398 000	–
Tous les cancers	894 000	100	434 000	100	459 000	100
Cancer infantile (0-19 ans)	17 200	1,9	9 400	2,2	7 700	1,7
Siège ou type de cancer						
Poumon	233 000	26,0	132 000	30,4	100 000	21,9
Sein	95 000	10,6	–	–	95 000	20,7
Côlon et rectum	84 000	9,5	43 000	9,9	42 000	9,0
Pancréas	40 000	4,5	19 000	4,3	21 000	4,6
Lymphome non hodgkinien	37 000	4,2	20 000	4,5	18 000	3,9
Leucémie	35 000	3,9	18 000	4,2	16 000	3,5
Encéphale	34 000	3,8	19 000	4,4	15 000	3,3
Prostate	33 000	3,7	33 000	7,5	–	–
Estomac	27 000	3,0	17 000	3,8	11 000	2,3
Ovaire	25 000	2,8	–	–	25 000	5,4
Rein	19 000	2,2	12 000	2,8	7 000	1,6
Cavité buccale	17 000	1,9	11 000	2,6	5 000	1,2
Myélome multiple	14 000	1,6	7 000	1,7	7 000	1,4
Vessie	15 000	1,7	10 000	2,3	5 000	1,0
Mélanome	13 000	1,5	8 000	1,8	5 000	1,1
Col de l'utérus	11 000	1,2	–	–	11 000	2,3
Corps de l'utérus	9 000	1,1	–	–	9 000	2,1
Larynx	7 000	0,8	6 000	1,3	1 000	0,3
Maladie de Hodgkin	4 000	0,4	2 000	0,5	2 000	0,3
Testicule	1 000	0,1	1 000	0,2	–	–

– Sans objet

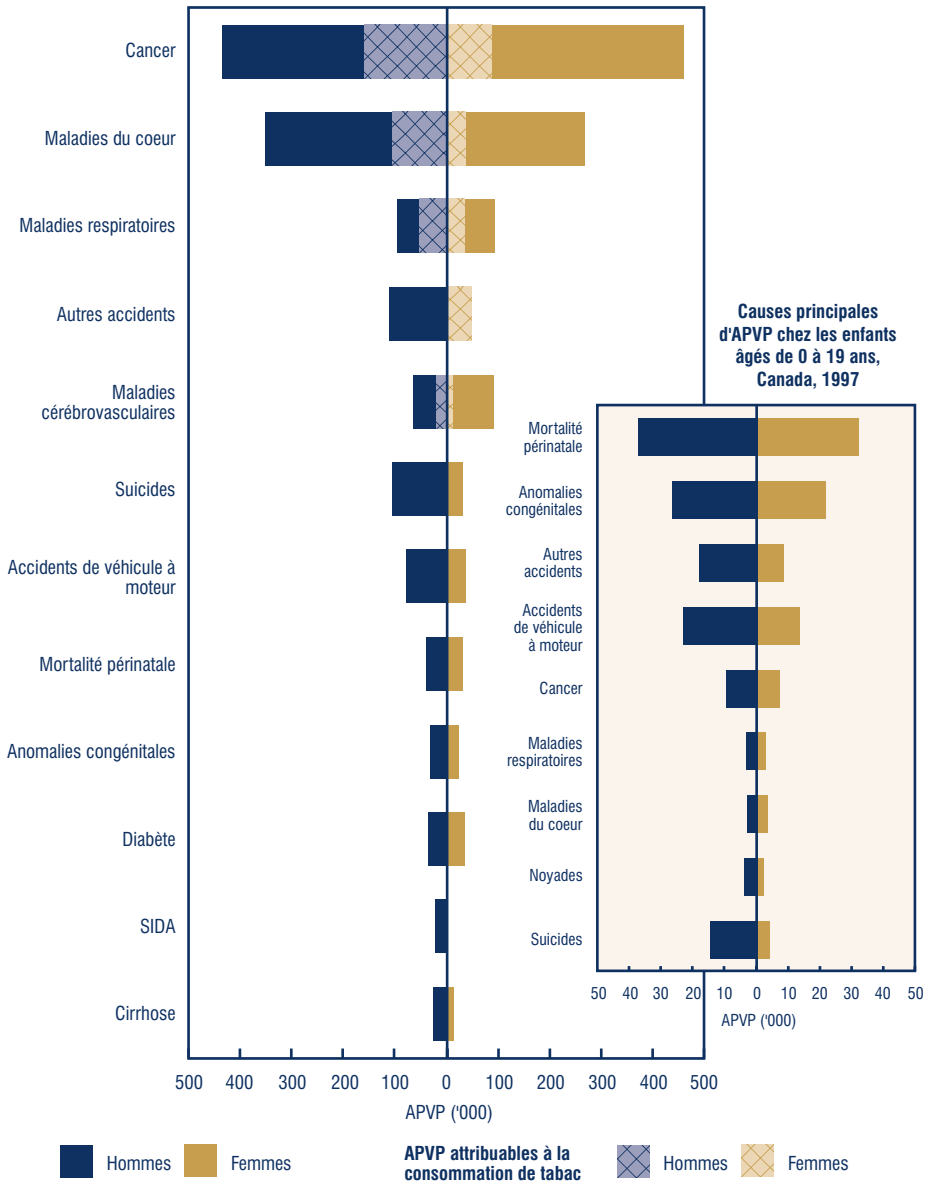
Nota : Les chiffres sont classés par ordre du total d'APVP pour les deux sexes combinés et sont basés sur l'espérance de vie. Les chiffres et les pourcentages ayant été arrondis, et certains sièges ayant été exclus, la somme peut ne pas correspondre aux totaux. Les cancers infantiles sont inclus lorsqu'il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

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES À CAUSE DU CANCER

Figure 9

Principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), 1997



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 cancers infantiles sont inclus lorsqu'il y a lieu. Les APVP attribuables à la consommation de tabac sont fondées sur les estimations du risque relatif basées sur le suivi de la cohorte CPS-II et les estimations de la consommation de tabac au Canada. Voir l'Annexe I : Méthodologie, pour de plus amples détails.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Dans la présente édition, les données englobent tous les jeunes de moins de 20 ans. Les comparaisons directes avec les éditions précédentes peuvent ainsi ne pas être justes. Bien qu'un grand nombre des cancers plus particuliers chez les jeunes enfants surviennent moins souvent, voire jamais, à l'adolescence, d'autres cancers, notamment les lymphomes et les carcinomes, sont plus fréquents chez les adolescents.

Le tableau 14 présente le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence standardisés selon l'âge (1991-1995), de même que le nombre de décès dus au cancer et les taux de mortalité standardisés selon l'âge (1993-1997), chez les enfants canadiens de 0 à 19 ans. En moyenne, durant ces périodes, le cancer a été diagnostiqué chez 1 279 enfants chaque année et 249 en sont morts chaque année. La leucémie a été à l'origine de plus de 26 % des nouveaux cas et de 32 % des décès dus au cancer chez les enfants et demeure le cancer infantile le plus répandu. Les cancers de l'encéphale et de la moelle épinière, qui représentent le deuxième groupe le plus fréquent de cancers infantiles, ont été responsables d'environ 17 % des nouveaux cas et de 24 % des décès, alors que les lymphomes ont produit 17 % des nouveaux cas et un peu plus de 8 % des décès.

Le ratio du nombre de décès au nombre de nouveaux cas, qui peut être calculé à partir des données indiquées au tableau 14, donne une indication du pronostic de la maladie. Pour l'ensemble des cancers infantiles réunis, ce ratio est d'environ 0,20. Les ratios les plus élevés ($> 0,27$) s'observent chez les enfants atteints d'un cancer du foie, de tumeurs du système nerveux sympathique, en particulier de neuroblastomes, de tumeurs osseuses ainsi que de tumeurs de l'encéphale et de la moelle épinière. Le ratio élevé dans le cas des neuroblastomes témoigne du stade avancé auquel est souvent diagnostiquée cette maladie. De même, le pronostic est assez sombre pour le sarcome des tissus mous (0,27), en particulier le rhabdomyosarcome (0,31). Le ratio relativement élevé pour l'ensemble des leucémies s'explique par le ratio beaucoup plus élevé enregistré pour la leucémie aiguë non lymphoblastique (0,40) que pour la leucémie aiguë lymphoblastique (0,13). Bien que le pronostic associé aux lymphomes soit en général assez bon, le ratio décès/cas pour la maladie de Hodgkin (0,04) est beaucoup plus faible que celui des lymphomes non hodgkiniens (0,18). Enfin, les faibles ratios associés aux rétinoblastomes et aux tumeurs des cellules germinales indiquent le faible taux de décès lié à ces tumeurs.

CANCER CHEZ L'ENFANT DE 0 À 19 ANS

Tableau 14

Nouveaux cas et taux d'incidence standardisés selon l'âge (1991-1995) et décès et taux de mortalité standardisés selon l'âge (1993-1997) pour les types de cancer selon le diagnostic histologique chez les enfants âgés de 0 à 19 ans

Groupe diagnostique ²	Nouveaux cas (1991-1995) ¹		TISA pour 1 000 000 par année	Décès (1993-1997)		TMISA pour 1 000 000 par année	Ratio décès/cas
	Nombre	%		Nombre	%		
Leucémie	1 648	25,8	41,83	393	31,5	10,71	0,24
Aiguë lymphoblastique	1 262	19,7	31,96	170	13,6	4,55	0,13
Aiguë non lymphoblastique	271	4,2	6,92	108	8,7	2,83	0,40
Lymphome	1 053	16,5	26,84	102	8,2	3,77	0,10
Maladie de Hodgkin	600	9,4	15,30	21	1,7	0,96	0,04
Lymphome non hodgkinien	437	6,8	11,13	80	6,4	2,81	0,18
Encéphale et moelle épinière	1 079	16,9	27,45	300	24,1	6,76	0,28
Épendymome	88	1,4	2,23	35	2,8	0,58	0,40
Astrocytome	568	8,9	14,46	82	6,6	2,29	0,14
T. neuroectodermique primitive	233	3,6	5,92	74	5,9	1,55	0,32
Système nerveux sympathique	353	5,5	9,08	103	8,3	1,43	0,29
Neuroblastome	342	5,3	8,81	103	8,3	1,43	0,30
Rétinoblastome	128	2,0	3,28	0	0,0	0,00	0,00
Rein	282	4,4	7,15	32	2,6	0,74	0,11
Tumeur de Wilm	249	3,9	6,31	25	2,0	0,49	0,10
Foie	69	1,1	1,76	28	2,3	0,61	0,41
Os	335	5,2	8,54	113	9,1	4,36	0,34
Ostéosarcome	182	2,8	4,64	66	5,3	2,64	0,36
Sarcome d'Ewing	113	1,8	2,88	43	3,5	1,66	0,38
Tissus mous	426	6,7	10,86	114	9,2	3,23	0,27
Rhabdomyosarcome	207	3,2	5,27	62	5,0	1,63	0,30
Fibrosarcome	75	1,2	1,92	10	0,8	0,32	0,13
À cellules germinales et autres t. gonadiques	407	6,4	10,39	14	1,1	0,53	0,03
T. gonadiques à cellules germinales	257	4,0	6,56	1	0,1	0,01	0,00
Carcinome	495	7,7	12,63	28	2,3	1,19	0,06
Thyroïde	197	3,1	5,02	0	0,0	0,00	0,00
Mélanome	134	2,1	3,42	10	0,8	0,43	0,07
Autres cancers	118	1,8	3,03	19	1,5	0,57	0,16
Total (5 ans)	6 393	100,0	162,84	1 246	100,0	33,89	0,19
Moyenne par année	1 279			249			

¹ Les données présentées portent sur la plus récente période de cinq ans disponible et elles excluent les cancers cutanés sans mélanome (CIM-9 173) et les carcinomes in situ (CIM-9 230-234). Les données sont groupées selon l'International Classification Scheme for Childhood Cancer de l'Organisation mondiale de la santé (1996). Les taux sont corrigés par rapport à la population canadienne de 1991 et, en raison de la rareté des maladies, sont exprimés en unités **pour un million par année**.

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

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada, et Division des statistiques sur la Santé, Statistique Canada

La lutte contre le cancer réfère à l'application des connaissances qui existent sur les stratégies élaborées dans les domaines de la prévention, du traitement et de la prise en charge du cancer. Ces stratégies vont de la prévention au traitement, en passant par la détection précoce et le dépistage, et englobent la réadaptation, le soulagement de la douleur et d'autres soins palliatifs. La surveillance du cancer est un volet important de la lutte contre le cancer. La surveillance et l'analyse des tendances relatives à la mortalité et à l'incidence du cancer facilitent grandement l'évaluation des stratégies de lutte contre le cancer et leur planification.

Les tendances à la baisse de l'incidence et de la mortalité indiquent des succès possibles des stratégies de lutte contre le cancer. L'examen de certaines tendances de l'incidence et de la mortalité donne un aperçu des progrès enregistrés dans la lutte contre le cancer. L'application efficace d'une mesure de prévention entraîne tout d'abord une baisse des taux d'incidence, laquelle amène un déclin des taux de mortalité. Par exemple, la réduction des taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes depuis 1988 (tableau 7.2) fait suite à la diminution de l'incidence du cancer du poumon chez les hommes depuis 1984 (tableau 7.1). Pour décrire et expliquer ces phénomènes, il faut analyser plus à fond les tendances de l'incidence et de la mortalité selon le sexe et le groupe d'âge et recueillir des données sur les tendances relatives aux facteurs de risque et aux interventions, telles que le dépistage et le traitement. Nous présentons les résultats de ces analyses pour montrer l'impact des stratégies qui englobent un vaste éventail d'activités de lutte contre le cancer.

Prévention

Les programmes de prévention visent à réduire l'exposition aux facteurs de risque et à accroître l'exposition aux facteurs de protection. Un lien peut être établi entre les tendances en ce qui a trait au cancer du poumon et la consommation de tabac et la prévalence du tabagisme dans la population. Il existe un décalage temporel entre l'exposition initiale au tabac et le développement d'un cancer du poumon; le taux de cancer du poumon commence à baisser 20 ans après l'observation de baisses dans la prévalence du tabagisme.

La consommation de tabac a augmenté régulièrement après la Première Guerre mondiale, s'est stabilisée pendant quelques années durant la Deuxième Guerre mondiale, puis a grimpé à nouveau, pour atteindre un sommet en 1965. La figure 10.1 illustre la relation étroite qui existe entre la consommation de tabac (les deux sexes confondus) et l'incidence du cancer du poumon et la mortalité qui y est associée, en particulier chez l'homme. La baisse de la mortalité et de l'incidence observée depuis le milieu des années 80 dans la population masculine reflète la chute de la consommation de tabac survenue après 1965, une fois que les effets du tabac sur la santé eurent été bien établis et publiés¹¹.

Il est possible d'examiner plus en détail les habitudes de consommation de tabac au cours des dernières années en étudiant la prévalence du tabagisme selon l'âge et le sexe. La prévalence du tabagisme a diminué progressivement chez les hommes au Canada depuis les années 60 : passant d'environ 60 % en 1965 à 27 % aujourd'hui chez les hommes de 15 ans et plus. Bien que la prévalence du tabagisme était plus faible chez les femmes que chez les hommes, les taux n'ont commencé à décliner qu'environ 15 ans plus tard : la prévalence du tabagisme dans la population féminine est demeurée à environ 38-40 % entre 1965 et 1979, puis a chuté à 23 %. La réduction des taux de

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

tabagisme chez les hommes se traduit maintenant par une baisse des taux d'incidence et de mortalité, alors que chez les femmes, la stabilisation des taux de mortalité et d'incidence observée pourrait être attribuable au fait que les taux de tabagisme ont diminué plus tard dans cette population. Toutefois, depuis 1990, les baisses de la prévalence du tabagisme ont surtout été enregistrées chez les Canadiens de 25 ans et plus. L'augmentation du taux de tabagisme depuis 1990 chez les hommes et les femmes de 15 à 19 ans est particulièrement préoccupante. Dans ce groupe, le taux est passé de 21 % en 1990 à 28 % en 1996 (plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes), puis s'est stabilisé. Le défi que cela représente pour les autorités chargées de la lutte contre le cancer est de taille.

Dépistage et détection précoce

Ces deux stratégies de lutte contre le cancer sont étroitement liées et reposent sur la théorie selon laquelle les tumeurs qui sont diagnostiquées à un stade précoce répondent en général mieux au traitement que les cancers diagnostiqués à un stade plus avancé. Les programmes de dépistage visent à repérer chez les personnes apparemment en bonne santé les anomalies dont on peut par la suite évaluer le potentiel malin. Dans certaines formes de cancer, comme le cancer du col de l'utérus, le dépistage permet d'identifier les lésions précancéreuses avant qu'un cancer invasif ne se développe. La détection précoce a été rendue possible par l'amélioration des techniques diagnostiques, qui permettent de diagnostiquer les cancers plus tôt. Les taux d'incidence comme les taux de mortalité peuvent être utilisés pour évaluer l'efficacité du dépistage et de la détection précoce. Contrairement à ce qui se passe pour la prévention primaire, les taux d'incidence peuvent diminuer – par suite d'ablation de lésions précancéreuses (p. ex., dans le cancer du col de l'utérus) – ou peuvent croître temporairement – parce que des cancers sont diagnostiqués alors qu'ils n'auraient pas été détectés en clinique. Quel que soit l'impact sur les taux d'incidence, le dépistage devrait finalement contribuer à réduire la mortalité. Comme plusieurs années peuvent s'écouler avant que ne diminue la mortalité attribuable à certaines formes de cancer dont le taux de survie est relativement favorable, certains marqueurs, comme la participation au dépistage, les taux de détection du cancer au premier dépistage et le taux de cancer avancé, sont utilisés entre temps pour suivre les progrès. Le présent chapitre portera principalement sur le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus au Canada, lesquels serviront à illustrer les progrès réalisés dans la lutte contre le cancer.

Les taux d'incidence et de mortalité associés au *cancer du col de l'utérus* n'ont cessé de diminuer, à tout le moins depuis une trentaine d'années au Canada (figure 10.3). Ce progrès remarquable peut être attribué en grande partie à l'utilisation généralisée depuis les années 70 du frottis de Papanicolaou comme mesure de dépistage. Il est actuellement recommandé au Canada d'effectuer chez les femmes sexuellement actives des tests de Pap à partir de l'âge de 18 ans¹³. S'il existe un programme organisé de dépistage, on recommande qu'après deux frottis normaux, les femmes passent un nouveau test au moins tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 69 ans. En 1978, 75 % des femmes de 15 ans et plus ont indiqué avoir déjà subi un test de Pap, 59 % ayant subi ce test au cours des 2 années précédentes¹⁴. Des données récentes issues de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 et de 1996-1997¹⁵ révèlent qu'environ les trois quarts des femmes de 18 à 69 ans disent avoir subi un test de Pap au cours des 3 années précédentes¹⁵. Une analyse plus approfondie de l'incidence du cancer du col de l'utérus montre que l'incidence peut avoir diminué moins rapidement

ces dernières années, en particulier chez les femmes de moins de 50 ans (figure 10.3). Le dépistage peut avoir atteint un plateau, d'où la nécessité de mieux cibler les activités de promotion du dépistage.

Quant au dépistage du cancer du sein, des essais comparatifs randomisés indiquent qu'une réduction de 30 % de la mortalité par cancer du sein est à prévoir chez les femmes de 50 à 69 ans, qui, dans une proportion d'au moins 70 %, subissent un dépistage tous les 2 ans¹⁶⁻¹⁸. Il faut cependant s'attendre à ce que les baisses de la mortalité ne se manifestent qu'environ 7 ans après l'obtention d'un taux élevé de participation au dépistage¹⁶⁻¹⁸.

Les taux d'incidence du cancer du sein, qui oscillaient autour de 90 pour 100 000 au milieu des années 80, ont culminé à 102 pour 100 000 en 1992, puis ont fléchi légèrement pour s'établir à environ 98 pour 100 000. Ce sont surtout les femmes de 50 à 69 ans qui ont vu leur taux augmenter (figure 10.3). Cette tendance reflète la généralisation de la mammographie comme test de dépistage au Canada vers 1986^{13, 15, 19}. Selon les recommandations actuelles, les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans devraient subir un dépistage tous les 2 ans. Au Canada, le dépistage mammographique se fait de façon opportuniste ou dans le cadre de programmes organisés de dépistage. En 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population¹⁵ a révélé que plus de la moitié (56,7 %) des femmes de 50 à 69 ans disaient avoir subi une mammographie au cours des 2 années précédentes. Cette proportion est passée à 63,5 % dans l'enquête de 1996-1997¹⁵. Le nombre de consultations de dépistage au sein des programmes organisés a augmenté considérablement, passant de 4 475 à 310 359 entre 1988 et 1996²⁰.

Au Canada, les taux de mortalité par cancer du sein sont demeurés relativement stables depuis 1950, fluctuant entre 30 et 32 pour 100 000 (figure 10.3). Depuis 1990, une tendance à la baisse se dessine, le taux de mortalité ayant chuté de 31 à 27 pour 100 000 entre 1990 et 1997. Ces baisses sont survenues chez les 20 à 49 ans et les 50 à 69 ans (figure 10.3). Il est probable que le dépistage de même que l'amélioration des traitements ont joué un rôle. Un rapport récent de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein montre que les indicateurs de résultats obtenus par les programmes provinciaux de dépistage sont assez favorables : chez les femmes de 50 à 69 ans, 51,8 % des cancers invasifs avaient un diamètre inférieur à 15 mm, et 76,6 % des cancers invasifs n'avaient pas envahi les ganglions lymphatiques au moment du diagnostic²⁰. Les indicateurs de résultats obtenus par les programmes provinciaux de dépistage se comparent bien à ceux établis à l'échelle internationale. Les caractéristiques des cancers détectés lors du dépistage se situent dans les limites établies par les programmes de dépistage de d'autres pays²⁰. Il est possible que le dépistage ait commencé à contribuer, en partie, au déclin de la mortalité dans ce groupe d'âge, mais il faudra attendre d'avoir en main les données de plusieurs autres années avant de pouvoir confirmer le rôle joué par le dépistage du cancer du sein dans la baisse de la mortalité.

Traitement

Le traitement du cancer vise à réduire ou à éliminer la morbidité chez les cas diagnostiqués de cancer et, partant, d'améliorer la survie. Les traitements curatifs et palliatifs servent à améliorer la qualité de vie des patients. Une tendance à la baisse de la mortalité associée à une augmentation ou à une stabilisation des taux d'incidence

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

indique une amélioration de la survie, laquelle pourrait être due en partie à la mise en oeuvre de traitements plus efficaces.

Certains succès ont été remportés dans le traitement du cancer au Canada. La figure 10.4 donne un aperçu des baisses de la mortalité pour les cancers infantiles (0-19), ainsi que pour le cancer du testicule et la maladie de Hodgkin dans tous les groupes d'âge, alors que les taux d'incidence de ces maladies sont demeurés relativement inchangés. Il est possible d'établir un lien entre le moment où sont survenues ces baisses et les progrès thérapeutiques qui ont entraîné une amélioration rapide de la survie chez une forte proportion de patients atteints de ces maladies. Depuis le début des années 50, les taux de mortalité attribuables aux cancers infantiles ont reculé de plus de 50 %, une bonne partie de ce déclin étant survenue après 1970. L'amélioration de la survie a été particulièrement spectaculaire dans le cas du cancer infantile le plus courant, la leucémie aiguë lymphoblastique, de même que dans le cas des lymphomes et du cancer du rein. Alors qu'il y a 40 ans, pratiquement personne ne survivait à la leucémie infantile²¹, aujourd'hui, environ 80 % des enfants et des adolescents canadiens souffrant d'une leucémie aiguë lymphoblastique sont toujours en vie 5 ans après le diagnostic²². L'amélioration de la survie des cas de cancer infantile par rapport à celle de la plupart des adultes cancéreux reflète les différences biologiques des cancers dans ces deux populations, de même que les différences dans les modalités thérapeutiques. Les essais cliniques ont réussi à identifier de nouveaux agents et modalités thérapeutiques; or, une plus grande proportion d'enfants que d'adultes cancéreux participent à des essais thérapeutiques. De même, l'accent mis sur la multidisciplinarité a contribué à améliorer l'issue des traitements en général et à réduire la morbidité.

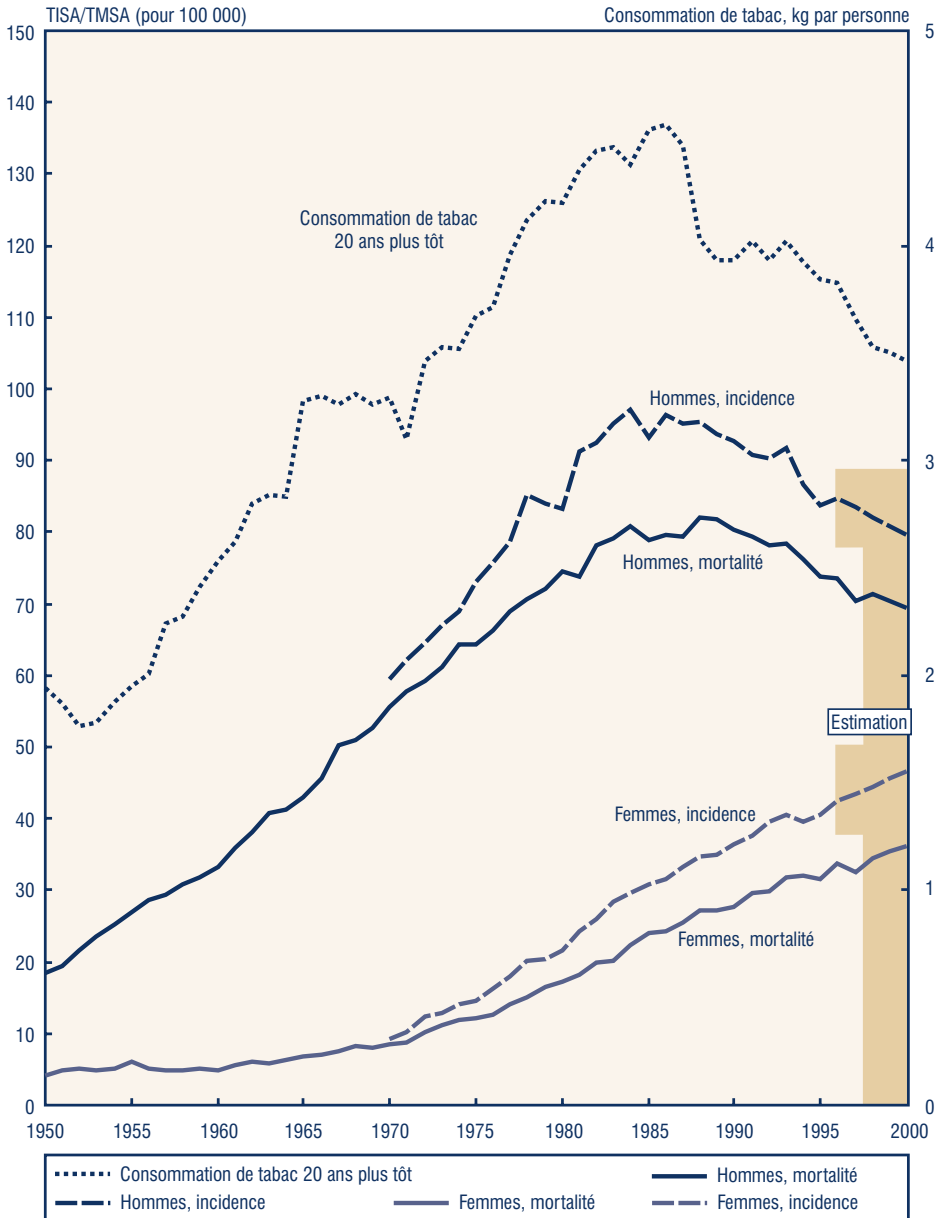
L'impact du traitement de nombreuses formes de cancer peut être plus subtil, et 10 ou 15 années peuvent s'écouler avant que l'on observe une réduction des taux de mortalité. C'est ce qui peut se passer pour le cancer du sein, des progrès thérapeutiques ayant été enregistrés à divers moments au cours des 20 dernières années chez divers groupes de femmes. La baisse des taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans (figure 10.3) est donc probablement due au traitement; ce dernier peut également avoir contribué au déclin observé chez les femmes de 50 à 69 ans²³.

Conclusion

Le Canada a fait des pas de géant dans la lutte contre le cancer, particulièrement au cours de la dernière décennie. Même si ces réalisations sont importantes, d'autres obstacles doivent être surmontés si l'on veut que la lutte contre le cancer progresse. Ces exemples montrent que des progrès doivent être enregistrés dans tout l'éventail des activités de lutte contre le cancer, y compris la prévention, la détection précoce et le traitement, pour arriver à réduire le plus possible l'incidence du cancer et la mortalité qui y est associée.

Figure 10.1

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon et selon la consommation de tabac 20 ans plus tôt

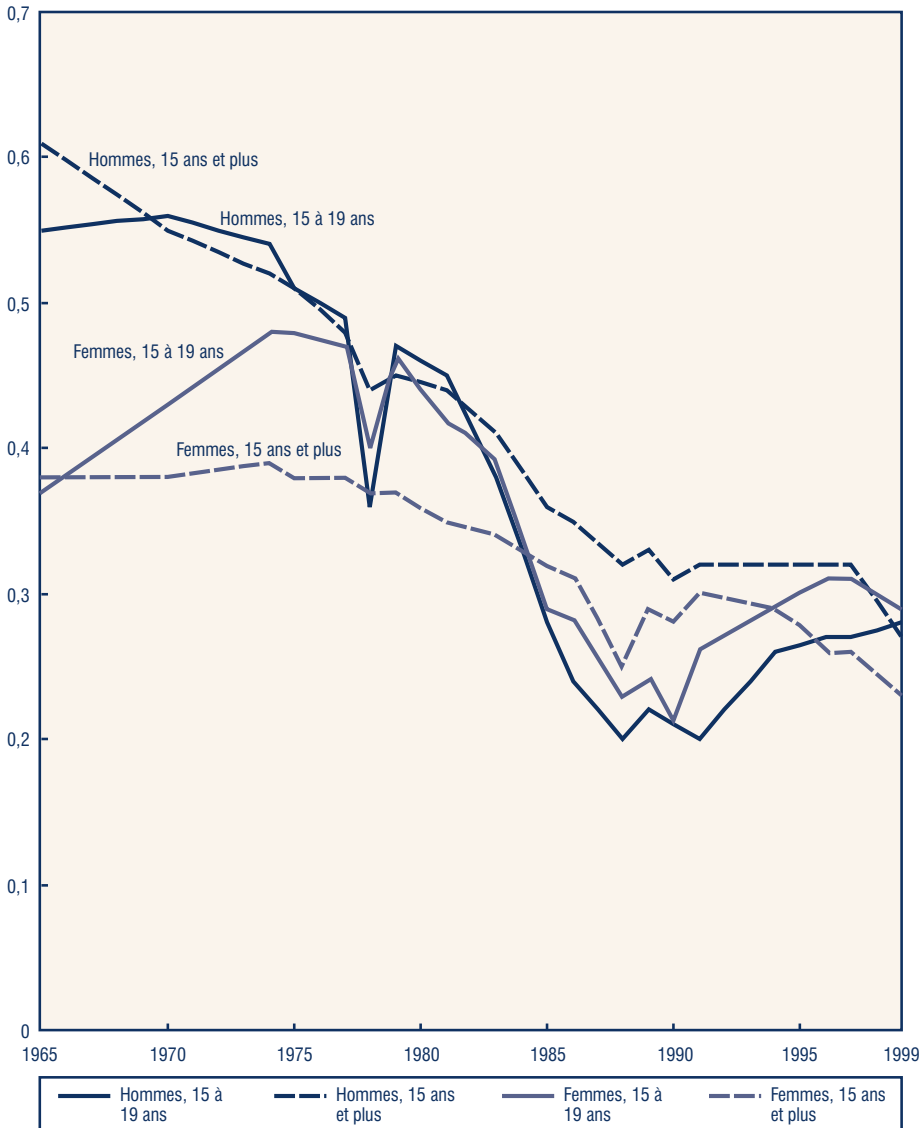


Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.
Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Figure 10.2

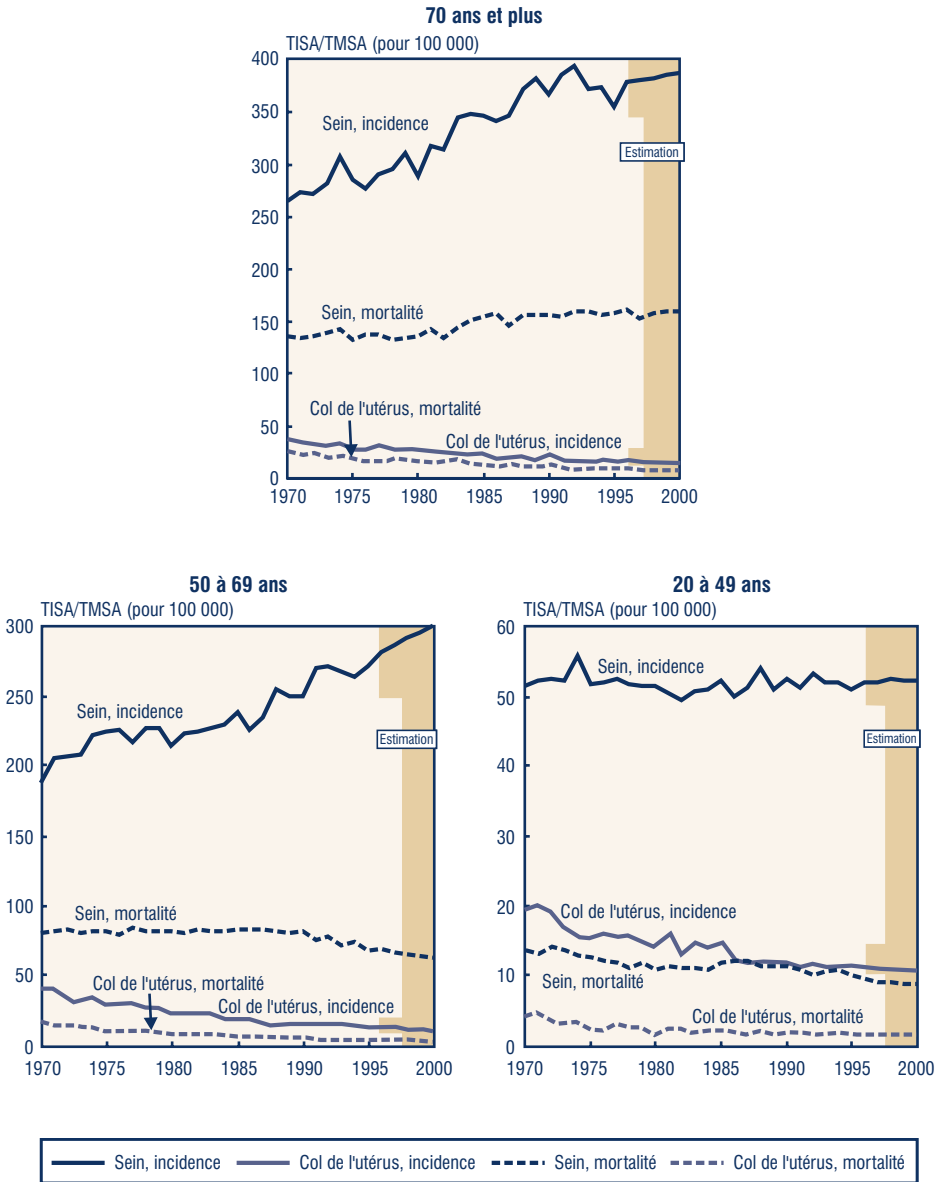
Prévalence du tabagisme selon le sexe, chez les 15 ans et plus et les 15 à 19 ans, 1965-1999



Nota : Les sources suivantes ont servi pour chacune des années indiquées, et les autres points de données ont été interpolés de façon linéaire : 1978, Enquête santé Canada; 1985, Enquête promotion santé Canada; 1989, Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues; 1990, Enquête promotion santé Canada; tous les ans de 1965 à 1990, suppléments à l'Enquête sur la population active; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada – cycle 1, 1996-1997, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999, ESUTC (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, phase 1).

Figure 10.3

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein et du col de l'utérus standardisés selon l'âge, par groupe d'âge, 1970-2000



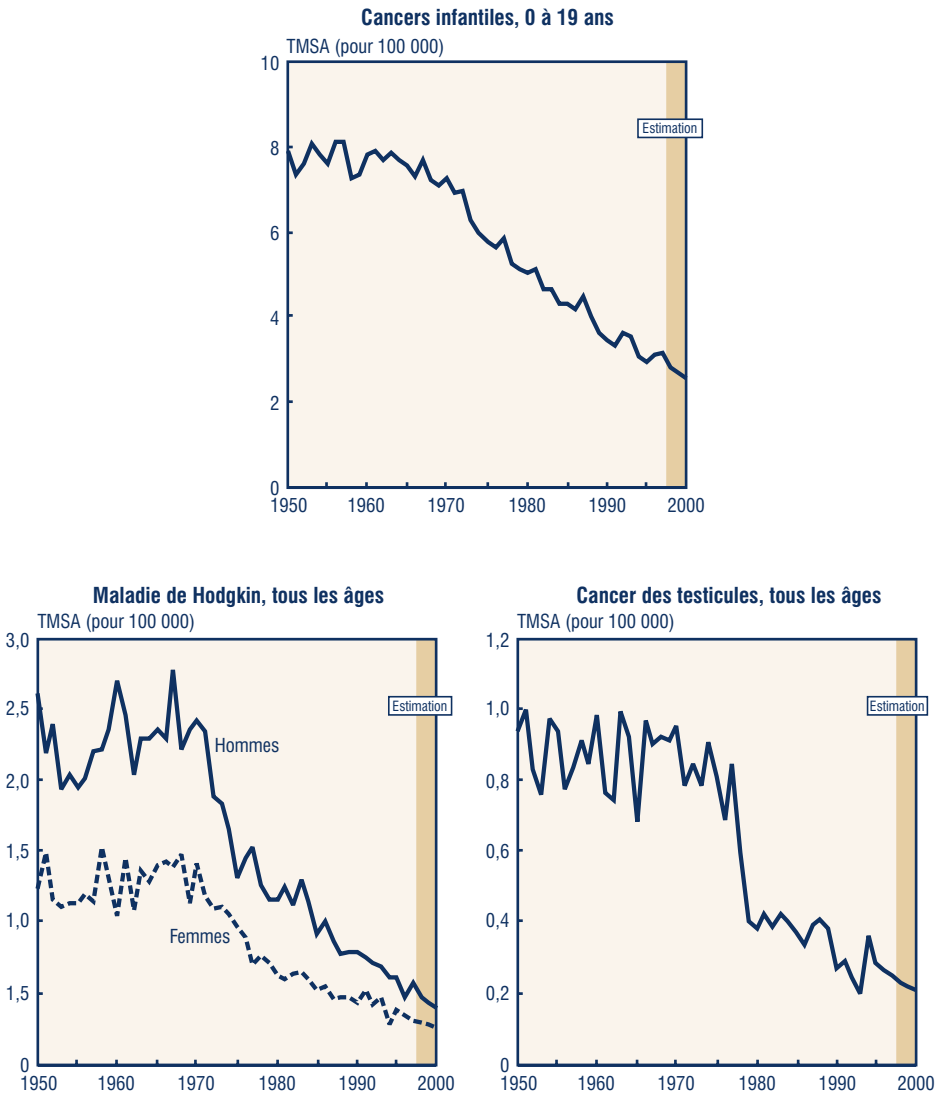
Nota : Les taux sont corrigés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Figure 10.4

Taux de mortalité standardisés selon l'âge (TMSA), 1950-2000



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

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

Âge	Âge de la personne (années révolues) au moment du diagnostic ou du décès.
CIM-9	Neuvième révision de la Classification internationale des maladies.
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'un type donné de cancer diagnostiqués pendant l'année. L'unité de déclaration de base est le nouveau cas de cancer plutôt que la personne.
Mortalité	Nombre de décès attribuables à un type donné de cancer qui surviennent pendant l'année. Sont inclus les décès des cas diagnostiqués dans le passé ou pendant l'année, et les cas de cancer diagnostiqués après le décès.
Province ou territoire	En ce qui concerne l'incidence du cancer et la mortalité par cancer, il s'agit de la province ou du territoire où le malade a établi sa résidence permanente au moment du diagnostic ou du décès. Cette province ou territoire peut différer de celle où on a consigné le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer.

Taux d'incidence et de mortalité

Taux brut	Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes dans la population.
Taux par âge	Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès dus au cancer relevés pendant l'année pour 100 000 personnes d'un groupe d'âge donné.
Taux standardisé selon l'âge	Le 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 prévalu dans la population type.
Indice des taux standardisés selon l'âge	Le taux standardisé selon l'âge de l'année de base (1971) est fixé à 100. Les points d'indice pour les années suivantes sont calculés en multipliant par 100 le taux standardisé selon l'âge de l'année, puis en le divisant par le taux de 1971.

Définitions des sièges :

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

Siège ou type	CIM-9	Siège ou type	CIM-9
Cavité buccale	140-149	Prostate	185
Oesophage	150	Testicule	186
Estomac	151	Vessie	188
Côlon et rectum	153-154	Rein	189
Pancréas	157	Encéphale	191-192
Larynx	161	Thyroïde	193
Poumon	162	Lymphome	200-203
Mélanome	172	Maladie de Hodgkin	201
Sein (femme)	174	Myélome multiple	203
Col de l'utérus	180	Lymphome non hodgkinien	200,202
Corps de l'utérus	179,182	Leucémie	204-208
Ovaire	183	Tous les cancers sauf celui du poumon	140-208 sauf 173, 162
		Tous les autres cancers	Tous les sièges entre 150 et 199 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers	140 - 208 sauf 173		

Population du Canada en 1991/Population mondiale type :

Répartition de la population par groupe d'âge qui a servi au calcul des taux standardisés.

Groupe d'âge	Population		Groupe d'âge	Population		Groupe d'âge	Population	
	Canada	Mondiale type		Canada	Mondiale type		Canada	Mondiale type
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 : Ce chiffre de population a été établi d'après les estimations postcensitaires définitives de la population canadienne au 1^{er} juillet 1991 ajustées pour la sous-déclaration du recensement. La population mondiale type est utilisée dans Cancer Incidence in Five Continents².

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 quatre sources, à savoir les fichiers de données sur la mortalité (1950-1997)²⁴, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC, de 1969 à 1991)¹, le Registre canadien du cancer (RCC, de 1992 à 1997)¹ et le Fichier des tumeurs du Québec (1995)²⁵. Ces bases de données sont toutes tenues à jour par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada.

On a obtenu les données réelles sur la mortalité pour l'ensemble des provinces et territoires, pour la période de 1969 à 1997. Par contre, en ce qui concerne l'incidence du cancer, on a obtenu des données réelles à l'échelle nationale pour la période de 1969 à 1995. Nous avons également obtenu les données de 1996 pour toutes les provinces, sauf le Québec, et les données de 1997 pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Territoire du Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

Après leur extraction, on a classé les enregistrements provenant de chaque province selon le sexe et le groupe d'âge et selon certains sièges ou types de cancer décrits dans le *Glossaire*. Puis on a 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 1995²⁶⁻²⁸, d'estimations postcensitaires pour la période de 1996 à 1998²⁸, et du scénario 2 des projections de la population pour 1999 et 2000²⁸. Les estimations démographiques de 1971 à 1998 et les projections démographiques incluent les résidents non permanents. En outre, des corrections ont été faites pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour au pays, et la date de référence pour les estimations annuelles est désormais le 1^{er} juillet plutôt que le 1^{er} juin. Les projections sont fondées sur les hypothèses d'accroissement démographique naturel, d'immigration et de migration interne qui correspondent le mieux à la réalité canadienne. Ces hypothèses sont révisées régulièrement pour tenir compte des changements les plus récents.

Les estimations de l'incidence et de la mortalité en 2000 ont été extrapolées à partir de modèles adaptés à un sous-ensemble des données décrites ci-dessus. On a sélectionné les séries de manière à ce qu'elles commencent en 1986, à la fois pour les données sur l'incidence et celles sur la mortalité. Cette méthode garantit que les estimations de la mortalité et de l'incidence soient cohérentes et qu'elles représentent les tendances actuelles. Pour estimer les taux de mortalité, les données pour la période de 1986 à 1997 ont été utilisées; pour les estimations de l'incidence, nous avons utilisé les données de 1986 à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.

On a calculé les taux bruts réels d'incidence et de mortalité selon la province ou le territoire, le sexe, le siège ou le type de cancer et l'année en divisant le nombre de cas par le chiffre de la population provinciale ou territoriale correspondante. Des taux distincts ont été établis pour le groupe des «moins de 45 ans» et celui des «45 ans et plus». Pour étudier la répartition par âge pour les principaux sièges de cancer (poumon, côlon et rectum, prostate et sein), on a calculé séparément les taux bruts pour les groupes d'âge de 0 à 19 ans, de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, et de 80 ans et plus.

Les taux d'incidence et de mortalité standardisés selon l'âge ont été calculés pour chaque siège ou type de cancer en se fondant sur la répartition par âge de la population du Canada en 1991. Par contre, pour les éditions antérieures à 1995, le calcul des taux était basé sur la population mondiale type². 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 standardisés selon l'âge d'avant 1995 ne sont pas comparables avec les estimations ultérieures.

Le découpage géographique des Territoires du Nord-Ouest n'est plus le même cette année que dans le passé. Ses frontières ont été modifiées, ce qui a réduit sa superficie. Un nouveau territoire, le Nunavut, a été constitué à partir de ces zones annexées²⁹. Les estimations pour les deux territoires se fondent sur les estimations applicables à l'ancienne région des Territoires-du-Nord-Ouest, lesquelles ont été scindées suivant la proportion de cas/décès pour chacun des nouveaux territoires. Les proportions ont été calculées à partir des données pour 5 ans de chaque région.

Estimations de l'incidence (nouveaux cas) en 2000

Pour chaque groupe d'âge, chaque siège de cancer et chaque sexe, on a 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. 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. Les estimations pour 2000 ont été obtenues en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques pour la même année. Comme on disposait de séries de données plus longues pour certaines provinces que pour d'autres, on a calculé les estimations pour le Canada en additionnant les estimations obtenues pour les provinces et les territoires.

Dans les cas pour lesquels les données initiales indiquaient de fortes fluctuations, le modèle choisi n'a pas permis d'obtenir des résultats suffisamment précis. On a alors estimé les nouveaux cas pour 2000 (après avoir consulté les provinces) en se fondant sur une moyenne de 5 ans des données les plus récentes disponibles ou les estimations fournies par les provinces pour : Île-du-Prince-Édouard (prostate chez l'homme; sein chez la femme); Nouveau-Brunswick (prostate, lymphome non hodgkinien et rein chez l'homme; ovaire, utérus, col de l'utérus, lymphome non hodgkinien, pancréas et thyroïde chez la femme); Québec (prostate chez l'homme; et sein, poumon et tous les cancers chez la femme); Manitoba (prostate, lymphome non hodgkinien, mélanome et rein chez l'homme; sein, rein et mélanome chez la femme); Saskatchewan (prostate, leucémie et larynx chez l'homme); et Colombie-Britannique (prostate chez l'homme; sein, rein et ovaire chez la femme).

Le cancer de la prostate présente un problème particulier cette année, car certains faits indiquaient que la récente tendance à la hausse de l'incidence, qui était attribuable à la détection précoce, ne se poursuivrait pas. Pour les provinces qui ont été en mesure de fournir des données sur l'incidence réelle jusqu'en 1997, ces chiffres indiquent, dans la plupart des cas, une diminution rapide du nombre de nouveaux cas qui avait atteint un sommet en 1993. Un modèle linéaire basé sur les données à partir de 1986 s'ajustait

mal à ces données ou ne pouvait établir des prévisions acceptables pour 2000. Des prévisions plus raisonnables de l'incidence pour 2000 ont toutefois pu être obtenues en ajustant un modèle linéaire uniquement aux données pour la période de 1980 à 1989. Les données réelles enregistrées depuis 1990 ont été considérées comme une «déviaton» dans une tendance à tous autres égards continue, cette déviaton étant attribuable à l'usage accru des techniques de détection et de dépistage plus précoces. Les données sur l'incidence du cancer de la prostate aux États-Unis, où une déviaton similaire a été observée il y a quelques années, montrent qu'après avoir atteint un sommet, l'incidence a là aussi diminué mais seulement pendant quelques années, après quoi la tendance a été reprise comme avant⁸. Il faut s'attendre à une situation similaire au Canada.

Pour estimer l'incidence de «tous les cancers», on additionne les cas estimés de cancer de la prostate (à partir des données de 1980 à 1989) 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).

Estimations de la mortalité (décès) en 2000

On a estimé le nombre de décès pour chaque groupe d'âge, siècle ou type de cancer et selon le sexe en suivant une méthode similaire à celle utilisée pour l'incidence. Un modèle linéaire où l'année est la seule variable indépendante a servi à établir les taux de mortalité, pour chaque province et territoire. On a tiré le nombre global de décès selon le siècle du cancer pour le Canada directement des dénombrements provinciaux et territoriaux.

Dans certains cas où les données originales présentent d'importantes fluctuations, le modèle n'a pas pu fournir des résultats d'une précision satisfaisante. Pour ces exceptions, le nombre de décès pour 2000 a été calculé (à la suite de consultations avec les provinces) en utilisant une moyenne quinquennale des données les plus récentes ou l'estimation fournie par les provinces : Nouveau-Brunswick (prostate, rein et mélanome chez l'homme; poumon et pancréas chez la femme); Québec (tous les cancers); Manitoba (poumon, ovaire et rein chez la femme); Saskatchewan (colon et rectum chez la femme); Alberta (poumon chez la femme).

Estimation des taux d'incidence (TISA) et de mortalité (TMSA) standardisés selon l'âge en 2000

Dans l'ensemble, ces taux ont été estimés par régression des moindres carrés pondérés, **sauf dans quelques cas mentionnés ci-après**. On a utilisé comme poids l'inverse des estimations de la variance des taux standardisés selon l'âge réels. Les variances ont été calculées en supposant que les dénombrements par âge qui ont servi au calcul des taux standardisés 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 siècle ou le type de cancer et selon le sexe, au moyen d'un modèle linéaire où l'année était la seule variable indépendante.

De nouveau, 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. Par conséquent, on a estimé les taux d'incidence standardisés selon l'âge de 2000 à partir des taux d'incidence réels standardisés selon l'âge sur une période de 5 ans pour l'Île-du-Prince-Édouard (poumon chez la femme).

Comme ce fut le cas pour les estimations de l'incidence, les estimations pour le cancer de la prostate ont été plus difficiles à établir cette année. Dans les provinces qui ont été en mesure de fournir des données réelles sur l'incidence après 1995, la plupart affichent une baisse marquée des taux d'incidence standardisés selon l'âge, qui ont culminé en 1993. Un modèle linéaire pour chaque province ou territoire, basé sur les données à partir de 1986, s'ajustait mal à ces données ou ne pouvait établir des prévisions acceptables pour 2000. Des prévisions plus satisfaisantes ont toutefois été obtenues en ajustant un modèle linéaire pour chaque province ou territoire, uniquement aux données de 1980 à 1989. Cette méthode est similaire à celle utilisée pour estimer l'incidence du cancer de la prostate.

Exactitude et précision des estimations

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

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

En raison de la modification et de l'amélioration des données sur l'incidence du cancer fournies par les provinces, et de la modification des estimations démographiques et de la méthodologie servant à produire les estimations de l'incidence du cancer et de la mortalité due à cette maladie, il se peut que les estimations du rapport de 2000 ne soient pas directement comparables à celles publiées les années précédentes. Le lecteur trouvera des renseignements plus détaillés sur ces méthodes dans certains articles techniques publiés par Statistique Canada^{30, 31}.

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

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

La variation annuelle moyenne en pourcentage a été calculée pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle fondé sur l'hypothèse que le taux de variation des taux d'incidence et de mortalité standardisés selon l'âge est constant, autrement dit en appliquant un modèle linéaire à ces taux standardisés selon l'âge après transformation logarithmique. Puis, on a de nouveau transformé la pente estimée au moyen de cet ajustement pour obtenir un pourcentage d'augmentation ou de diminution.

On s'est servi des données de 1988 à 1995 pour l'incidence, et de celles de 1988 à 1997 pour la mortalité. Ces séries sont suffisamment longues pour produire des estimations de la variation annuelle moyenne en pourcentage à la fois fiables et à jour.

Estimations de l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome en 2000 au Canada

Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic des cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins. On croit toutefois qu'il y a sous-déclaration des cancers de la peau qui ne sont pas des mélanomes malins. Pour produire une estimation minimale du nombre de cas au Canada dans son ensemble, on a appliqué les taux d'incidence selon l'âge et selon le sexe en C.-B., de 1985 à 1994 (pour des groupes d'âge de 20 ans) calculés pour l'année de déclaration la plus récente, aux estimations démographiques pour l'année courante au Canada.

Probabilité d'être atteint ou de mourir du cancer

Les probabilités ont été calculées d'après les taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer, selon l'âge et le sexe, enregistrés au Canada en 1995, et d'après les taux de mortalité pour toutes les causes tirés des tables de mortalité pour la période allant de 1994 à 1996. La méthodologie utilisée est celle de Zdeb³² et de Seidman³³. 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 sont susceptibles de varier à 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 prévalaient pour la population dans son ensemble en 1997. L'indicateur a été calculé 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 le nombre 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, de la croissance démographique et de l'évolution de la structure par âge de la population

Les figures 2.3 et 2.4 illustrent les déterminants de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, respectivement. Les trois séries de données représentées par chaque courbe sont basées sur des données de l'année de référence,

soit 1971. La courbe supérieure reflète les dénombrements réels ou prévus. La courbe intermédiaire reflète une estimation de l'incidence du cancer ou de décès si la répartition des âges de 1971 n'avait pas évolué au fil des ans. En d'autres mots, c'est comme si le pourcentage de chaque groupe d'âge de la population, bien que croissante, n'avait pas changé par rapport à 1971. Cette redistribution de la population selon les pourcentages de 1971 a été multipliée par les taux annuels selon l'âge et le sexe. Le total de tous les groupes d'âge a servi à calculer une estimation pour cette année-là. La série finale provient de l'addition, pour tous les groupes d'âge, du produit des dénombrements de la population en 1971, selon l'âge et le sexe, en appliquant les taux correspondants pour l'année courante.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'indicateur a été calculé en déterminant le nombre de décès pour les groupes de < 1 an, de 1 à 4 ans, de 5 à 9 ans, ..., et de 90 ans et plus au Canada en 1997, et l'espérance de vie au point milieu des groupes d'âge. L'APVP est le nombre total d'années de vie perdues calculées en multipliant, pour chaque groupe d'âge, le nombre de décès par l'espérance de vie des survivants³⁴.

Fraction étiologique du risque

Les estimations de la fraction étiologique du risque ont été établies en combinant les données sur la mortalité, la consommation du tabac et les estimations du risque relatif selon le sexe, l'âge et la maladie. L'estimation de la consommation du tabac a été établie à partir de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada³⁵, tandis que les estimations du risque relatif ont été établies au moyen du programme SAMMEC II³⁶.

Par conséquent, la mortalité attribuable à la consommation du tabac a été calculée³⁷ pour les types de maladies qui comportent un risque relatif élevé se situant à l'intérieur de l'intervalle de variation pour la maladie. Le taux de mortalité attribuable à la consommation du tabac s'entend du produit de la fraction attribuable à la consommation du tabac (SAF) et du nombre de décès selon le sexe, l'âge et le type de maladie. Le calcul de cette fraction s'est effectué selon la formule suivante :

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

où : P_0 , P_1 et P_2 dénotent respectivement qu'une personne n'a jamais fumé, qu'elle fume et qu'elle a déjà fumé, et où RR_1 et RR_2 dénotent respectivement le risque relatif actuel et passé.

Le calcul de la fraction étiologique de risque s'est effectué en divisant la mortalité totale attribuable à la consommation du tabac par le nombre de décès pour chaque sexe, âge et groupe de maladies.

ANNEXE II : DONNÉES RÉELLES POUR NOUVEAUX CAS ET DÉCÈS

Tableau 1

Données réelles pour les nouveaux cas de cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, 1995

Siège	CIM-9	Total	Hommes	Femmes
Tous les sièges/types de cancer	140-208	116 521	60 688	55 833
Cavité buccale et pharynx	140-149	2 925	2 083	842
Lèvres	140	561	463	98
Langue	141	564	375	189
Glandes salivaires	142	280	168	112
Plancher de la bouche	144	241	166	75
Pharynx	146,147,148	778	595	183
Autres et sans précision	143,145,149	501	316	185
Organes de l'appareil digestif	150-159	24 854	13 606	11 248
Oesophage	150	1 070	766	304
Estomac	151	2 803	1 758	1 045
Intestin grêle	152	343	181	162
Côlon	153	10 234	5 095	5 139
Rectum	154	5 077	3 010	2 067
Foie et voies biliaires	155,156	1 832	1 037	795
Pancréas	157	2 849	1 463	1 386
Autres et sans précision	158,159	646	296	350
Appareil respiratoire	160-165	19 891	12 756	7 135
Larynx	161	1 226	1 003	223
Poumon	162	18 043	11 296	6 747
Autres et sans précision	160,163,164,165	622	457	165
Tissu osseux et peau	170-172	4 076	2 142	1 934
Os	170	282	152	130
Tissu conjonctif	171	713	384	329
Peau (mélanome malin)	172	3 081	1 606	1 475
Sein	174,175	16 273	112	16 161
Organes génitaux	179-187	22 359	15 260	7 099
Col de l'utérus	180	1 433	–	1 433
Corps de l'utérus	182	2 960	–	2 960
Ovaire	183	2 202	–	2 202
Prostate	185	14 458	14 458	–
Autres et sans précision	179,181,184,186,187	1 306	802	504
Organes urinaires	188-189	7 821	5 313	2 508
Vessie	188	4 498	3 330	1 168
Rein et autres organes urinaires	189	3 323	1 983	1 340
Oeil	190	260	138	122
Encéphale et système nerveux central	191-192	2 114	1 190	924
Glandes endocrines	193-194	1 687	442	1 245
Thyroïde	193	1 529	363	1 166
Autres glandes endocrines	194	158	79	79
Leucémie	204-208	3 203	1 802	1 401
Autres tissus lymphatiques et hématopoïétiques	200-203	7 027	3 801	3 226
Maladie de Hodgkin	201	799	429	370
Myélome multiple	203	1 419	760	659
Lymphome non hodgkinien	200, 202	4 809	2 612	2 197
Autres sièges de nature non précisée	195-199	4 031	2 043	1 988

– Sans objet

Nota : Par CIM-9, on entend la neuvième révision de la Classification internationale des maladies. Sont exclues les données sur le cancer cutané sans mélanome (CIM-9 173). Pour plus d'information, consulter le site : <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/webmap> (cliquer sur cancer).

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

ANNEXE II : DONNÉES RÉELLES POUR NOUVEAUX CAS ET DÉCÈS

Tableau 2

Données réelles pour les décès dus au cancer, selon le siège ou le type de cancer et le sexe, 1997

Siège	CIM-9	Total	Hommes	Femmes
Tous les sièges/types de cancer	140-208	58 703	31 555	27 148
Cavité buccale et pharynx	140-149	1 026	705	321
Lèvres	140	14	10	4
Langue	141	243	167	76
Glandes salivaires	142	81	49	32
Plancher de la bouche	144	40	29	11
Pharynx	146,147,148	293	205	88
Autres et sans précision	143,145,149	355	245	110
Organes de l'appareil digestif	150-159	15 643	8 595	7 048
Oesophage	150	1 280	940	340
Estomac	151	1 963	1 225	738
Intestin grêle	152	129	69	60
Côlon	153	4 749	2 418	2 331
Rectum	154	1 353	798	555
Foie et voies biliaires	155,156	1 663	939	724
Pancréas	157	2 847	1 375	1 472
Autres et sans précision	158,159	1 659	831	828
Appareil respiratoire	160-165	16 102	10 236	5 866
Larynx	161	475	394	81
Poumon	162	15 439	9 726	5 713
Autres et sans précision	160,163-165	188	116	72
Tissu osseux et peau	170-172	1 125	642	483
Os	170	135	82	53
Tissu conjonctif	171	325	160	165
Peau (mélanome malin)	172	665	400	265
Sein	174,175	4 984	38	4 946
Organes génitaux	179-187	6 209	3 677	2 532
Col de l'utérus	180	417	–	417
Corps de l'utérus	182	319	–	319
Ovaire	183	1 362	–	1 362
Prostate	185	3 622	3 622	–
Autres et sans précision	179,181,184,186,187	489	55	434
Organes urinaires	188-189	2 660	1 779	881
Vessie	188	1 368	960	408
Rein et autres organes urinaires	189	1 292	819	473
Oeil	190	33	22	11
Encéphale et système nerveux central	191-192	1 448	819	629
Glandes endocrines	193-194	208	76	132
Thyroïde	193	138	41	97
Autres glandes endocrines	194	70	35	35
Leucémie	204-208	1 973	1 096	877
Autres tissus lymphatiques et hématopoïétiques	200-203	3 442	1 870	1 572
Maladie de Hodgkin	201	133	83	50
Myélome multiple	203	1 050	575	475
Lymphome non hodgkinien	200, 202	2 259	1 212	1 047
Autres sièges de nature non précisée	173,195-199	3 850	2 000	1 850

– Sans objet

Nota : Par CIM-9, on entend la neuvième révision de la Classification internationale des maladies.

Source : Bureau du cancer, LLCM, Santé Canada

1. Gaudette LA, Lee J., Statistique Canada, *Incidence du cancer au Canada 1969-1993*. Division des statistiques sur la santé, n° 82-566-XPB au catalogue, hors-série, Ottawa, avril 1997.
2. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y, Ferlay J, Powell J. (eds.), *Cancer Incidence in Five Continents*, Volume VII, IARC Publication scientifique du CIRC n° 143, Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, 1997.
3. Chen VW, et coll. (éds.). *Cancer in North America, 1991-1995. Volume One: Incidence, Volume Two: Mortality*. Sacramento, CA: North American Association of Central Cancer Registries, avril 1999.
4. Le ND, Marett LD, Robson DL, Semenciw, RM Turner D, Waller SD, *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*. Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1995.
5. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1991, Toronto, Canada, 1991.
6. Levy IG, Gibbons L, Collins JP. *Prostate cancer trends in Canada: rising incidence or increased detection?* Can Med Assoc J 1993;149:617-24.
7. Levy I. *Prostate cancer: the epidemiologic perspective*. Dans : Fradet Y, Meyer F (éds.). *Canadian Workshop on Screening for Prostate Cancer Proceedings, March 24-27; Quebec City (Quebec)*. Can J Oncology 1994;(4 Suppl 1):4-7.
8. Wingo PA, Landis S, Ries LAG. *An adjustment to the 1997 estimate for new prostate cancer cases*. Cancer 1997;47:239-42.
9. Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. *Periodic Health Examination, 1991 update: 3. Secondary prevention of prostate cancer*. Can Med Assoc J 1991;145(5):413-428.
10. Gaudette LA, Gao RN, Wysockei M, Nault F, *Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995, Rapports sur la santé 1997*; 9(1):31-34.
11. U.S. Public Health Services. *Smoking and Health - Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service* ("The First Surgeon General's Report"). Washington; U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, 1964.
12. Santé Canada. ESUTC (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada). Phase 1. février-juin 1999. Ottawa, 2000 (Voir le site Web : www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/ctums/index.html).
13. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa; Santé Canada, 1994.
14. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada. *La santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête santé Canada*. Statistique Canada n° 82-538F au catalogue. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, et Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1981.
15. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994/95 et 1996/97. Tableaux spéciaux*. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie.

RÉFÉRENCES

16. Shapiro S, Venet W, Strax P et coll. *Ten to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality*. J Natl Cancer Inst 1982;69:349-55.
17. Tabar L, Gad A, Holmberg LH et coll. *Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography: randomized trial from the Breast Cancer Screening Work Group of the Swedish National Board of Health and Welfare*. Lancet 1985;i:829-32.
18. Andersson I, Aspegren K, Janzon L et coll. *Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial*. Br Med J 1988;297:943-8.
19. Gaudette LA, Altmayer CA, Nobrega KMP, Lee J. *Trends in mammography utilization, 1981 to 1994*. Health Reports (Statistics Canada Cat. No. 82-003) 1996;8(3):17-27.
20. Santé Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport de 1996*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, n° H1-9/13-1999 au catalogue, 1999.
21. 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.
22. Ries LAG, Smith MA, Gurney JG, Linet M, Tamra T, Young JL, Bunin GR (eds). *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.
23. Olivetto IA, Bajdik CD, Plenderleith IH et coll. *Adjuvant systemic chemotherapy and survival after breast cancer*. N Engl J Med 1994;330(12):805-10.
24. Statistique Canada, *Causes de décès*, Division des statistiques sur la santé, n° 84-208-XPB au catalogue, Ottawa, 1999
25. Beaupré M. *Surveillance du cancer au Québec, 1992-1996 : nouveaux cas déclarés au Fichier des tumeurs et mortalité*, Collection Analyses et Surveillance, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale de la santé publique, Québec, 2000. Sous presse.
26. Statistique Canada, *Estimations annuelles révisées sur la population selon le sexe et le groupe d'âge, Canada et provinces, 1921-1971*, Division de la démographie, n° 91-512 au catalogue, hors-série, Ottawa, 1973.
27. Statistique Canada, *Estimations postcensitaires révisées sur la population et les familles, 1^{er} juillet, 1971-1991*, Division de la démographie, n° 91-537 au catalogue, hors-série, Ottawa, 1994.
28. Statistique Canada, *Statistiques démographiques annuelles, 1996*. Division de la démographie, n° 91-213-XPB au catalogue, annuel, Ottawa, 1998.
29. Statistique Canada, *Classification géographique (CGT) (Nunavut)*, Division de la géographie, Ottawa, 1997.
30. Morin C. *Rapport méthodologique : Estimation de l'incidence du cancer et des décès causés par le cancer pour les années 1990 et 1991 au Canada*. Ottawa : Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistique Canada, 1993.

31. Atwell K. *Rapport méthodologique : The production of cancer mortality and incidence estimates for Canada*. Ottawa : Division des méthodes d'enquête sociales, Statistique Canada, 1992.
32. Zdeb MS. *The probability of developing cancer*. Am J Epidemiol 1977;106:6-16.
33. 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.
34. Peron Y, Stromenger C., *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations*, Statistique Canada, n° 82-543 au catalogue, Ottawa, 1985:182-189, 155-157.
35. Statistique Canada. *Enquête sociale générale, cycle 11, 1996*. Ottawa, 1996.
36. Shultz JM, Novotony TE, Rice DP. *Quantifying the disease impact of cigarette smoking with Sammec II software*. Public Health Rep 1991;106(3):326-33.
37. Illing EM, Kaiserman MJ. *Mortality Attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991*. Can J Public Health 1995;86(4):257-65.

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 de la SCC – national et régionaux – figure à la page 82. Le numéro de téléphone et l'adresse du bureau de la SCC de votre région sont publiés dans les pages blanches de l'annuaire téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par **l'Institut national du cancer du Canada (INCC)** grâce à des fonds fournis par la SCC et par la Fondation Terry Fox, communiquez avec le bureau national de l'INCC dont l'adresse et le numéro de téléphone figurent à la page 82.

Les demandes de renseignements sur l'évaluation des risques et sur la surveillance du cancer peuvent être adressées au Bureau du cancer, **Santé Canada**, pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2. Tél. (613) 957-0327; téléc. (613) 941-2057.

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

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

Les données 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 pages 83-84 pour les adresses, numéros de téléphone et numéros de télécopieur.)

Les données contenues dans ce document ainsi que des renseignements supplémentaires se trouvent aux adresses suivantes : <http://www.cancer.ca> ou <http://www.ncic.cancer.ca>.

- ◆ Société canadienne du cancer (SCC)
<http://www.cancer.ca>
- ◆ Institut national du cancer du Canada (NCIC)
<http://www.ncic.cancer.ca>
- ◆ Santé Canada
<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/webmap> (cliquer sur cancer)
- ◆ Statistique Canada
<http://www.statcan.ca>

**INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA/ 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) 934-5673
Télé. (416) 961-4189

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

Société canadienne du cancer
Crosbie Building, 2nd floor
P.O. Box 8921
1 Crosbie Place, Crosbie Road
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3R9
Tél. (709) 753-6520
Télé. (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
Télé. (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
Télé. (902) 429-6563

Division du Nouveau-Brunswick

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

Division du Québec

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

Division de l'Ontario

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

Division du Manitoba

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

Division de la Saskatchewan

Société canadienne du cancer
1870 Albert Street, Suite 340
Regina (Saskatchewan) S4P 4B7
Tél. (306) 757-4260
Télé. (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
Télé. (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
Télé. (604) 879-4533

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

TERRE-NEUVE

Directeur général
Newfoundland Cancer Treatment and
Research Foundation
Murphy Cancer Centre
Health Sciences Centre
300 Prince Phillip Dr.
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3V6
Tél. (709) 737-4235, Téléc. (709) 753-0927

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Directeur
Oncology Clinic et P.E.I. Cancer Registry
Queen Elizabeth Hospital, Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. (902) 894-2042, Registre (902)
894-2027, Téléc. (902) 894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

Directeur
Nova Scotia Cancer Registry
Cancer Treatment and Research
Foundation of Nova Scotia,
Room 553, Bethune Building, 1278
Tower Road
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9
Tél. (902) 473-6058, Téléc. (902) 473-4425

NOUVEAU-BRUNSWICK

Directeur, Promotion de la santé et de la
prévention des maladies
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
C.P. 5100, 520 rue King, 2^e étage
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Tél. (506) 453-3092, Téléc. (506) 453-2780

QUÉBEC

Fichier des tumeurs du Québec
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Direction générale de la santé publique
1075, chemin Ste-Foy, 2^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tel. (418) 646-4745, Téléc. (418) 528-2651
[www.msss.gouv.gc.ca/fr/statisti/indisp/
tumeurs/cadnor.pdf](http://www.msss.gouv.gc.ca/fr/statisti/indisp/tumeurs/cadnor.pdf)

ONTARIO

Directeur, Registre du cancer de l'Ontario
Division d'oncologie préventive
Action Cancer Ontario
620, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. (416) 971-9800, Téléc. (416) 971-6888
www.cancercare.on.ca

MANITOBA

Directeur
Department of Preventive Oncology and
Epidemiology
Manitoba Cancer Treatment and
Research Foundation
100 Olivia Street
Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9
Tél. (204) 787-2174, Téléc. (204) 783-6875
www.mctrf.ca/epi/epi_home.html

SASKATCHEWAN

Directeur adjoint
Epidemiology & Preventive Oncology
Saskatchewan Cancer Foundation
Allan Blair Cancer Centre
4101 Dewdney Avenue
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1
Tél. (306) 766-7516, Téléc. (306) 766-2179

ALBERTA

Directeur
Epidemiology, Prevention and Screening
Alberta Cancer Board
c/o Room 382
Heritage Medical Research Bldg.
3330 Hospital Drive. N.W.
Calgary (Alberta) T2N 4N1
Tél. (403) 220-4302, (403) 262-4460
Télé. (403) 270-3898

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Directeur, Cancer Registry
Vancouver Cancer Clinic
British Columbia Cancer Agency
600 West Tenth Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4E6
Tél. (604) 877-6000 poste 4602
Télé. (604)660-3645
www.bccancer.bc.ca/

**TERRITOIRES DU
NORD-OUEST/NUNAVUT**

Médecin hygiéniste et directeur
Cancer Registry
Department of Health
Government of the Northwest Territories
Box 1320, 5022 49th Street
Centre Square Tower, 6th Floor
Yellowknife (T.N.-O.). X1A 2L9
Tél. (867) 920-3231, Télé. (867) 873-0442

YUKON

Directeur, Insured Health Services
Yukon Cancer Registry
Health Services Branch
Yukon Government
Box 2703
Whitehorse (Yukon)Y1A 2C6
Tél. (867) 667-5620, Télé. (867)393-6486

STATISTIQUE CANADA

Directeur
Division des statistiques sur la santé
Pièce 18-F, Immeuble R.H. Coats
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
Tél. (613) 951-8571, Télé. (613) 951-0792

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Veuillez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires sur le contenu de ce rapport serviront à préparer les numéros futurs. Pour nous aider dans notre planification, nous vous saurions gré de bien vouloir remplir le présent formulaire et de nous le retourner, d'ici le 31 août 2000, à l'adresse suivante :

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

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

1. Depuis combien d'années utilisez-vous la brochure Statistiques canadiennes sur le cancer?

2. Quel support préférez-vous?

- copie papier
 version électronique sur Internet

3. Dans le cadre de vos activités professionnelles, à quoi cette publication vous est-elle utile?

- planification : soins et de traitement du cancer
 politique et planification en santé
 planification : prévention du cancer
 enseignement
 recherche — essais cliniques
 recherche — autre
 journalisme
 projets actuariels
 levées de fonds
 autre : _____

4. À quelles fins utiliserez-vous l'information de Statistiques canadiennes sur le cancer 2000?

- comme document de référence comportant des données courantes sur le cancer
 pour cerner les tendances nationales relatives au cancer
 pour comparer les tendances provinciales
 pour étayer les initiatives visant à faire pression en vue d'obtenir plus de ressources pour la prévention et le traitement du cancer
 autre : _____

5. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section de Statistiques canadiennes sur le cancer 2000.

	Pas utile	Quelque 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"/>
Cancer chez l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet particulier			
Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BON DE COMMANDE ET FORMULAIRE D'ÉVALUATION

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

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

8. Quels renseignements additionnels aimeriez-vous retrouver dans le texte, les figures ou les tableaux dans le prochain numéro?

9. Quel sujet particulier aimeriez-vous voir traité dans les prochains numéros?

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



OUI!

Veillez me faire parvenir la prochaine édition de ce rapport (édition de l'an 2001).

Nom : _____

Titre : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Des questions sur le cancer?

Il suffit de communiquer avec le Service d'information sur
le cancer de la Société canadienne du cancer
en composant le

1-888-939-3333

Du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h

Distribué par :

SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DU CANCER

CANADIAN
CANCER
SOCIETY



111-858