Société canadienne du cancer | Canadian Cancer Society

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Statistique Canada | Statistics Canada

STATISTIQUES **CANADIENNES** SUR LE CANCER **2012**

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

cancer.ca

Membres du Comité directeur des statistiques sur le cancer

Heather Chappell, M. Sc., CHE (coprésidente)
Politiques de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Les Mery, M. Sc. (coprésident)
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Prithwish De, Ph. D.
Politiques de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, M.D., FRCPC
PEI Cancer Treatment Centre and Cancer Registry, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Larry Ellison, M. Sc.
Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

Maureen MacIntyre, MHSA
Unité de surveillance et d'épidémiologie, Action cancer Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Loraine Marrett, Ph. D.
Prévention et contrôle du cancer, Action cancer Ontario, Toronto (Ontario)

Hannah K. Weir, Ph. D.
Division of Cancer Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Soutien analytique et statistique

Robert Semenciw, M. Sc.
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Lin Xie, M. Sc. (statistique), M. Sc. (MIS)
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Citation : Il est possible de reproduire ou de copier les renseignements qui figurent dans la présente publication, à condition d'en indiquer la source sous la forme suivante : « Comité directeur de la Société canadienne du cancer : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2012.

Mai 2012
ISSN 0835-2976

Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de cette publication au fil des ans. C'est pourquoi le Comité directeur tient à ce que cette collaboration se poursuive. Si vous souhaitez être informé de la diffusion de la publication de l'an prochain ou donner votre avis sur les façons d'améliorer la publication, veuillez remplir le *formulaire d'évaluation* ou envoyer un courriel à stats@cancer.ca.

This publication is available in English.

1. Incidence et mortalité selon le siège ou type de cancer

- On estime que 186 400 nouveaux cas de cancer (à l'exclusion de 81 300 cas de cancer de la peau autre que le mélanome) et 75 700 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2012.
- Plus de la moitié des cas nouvellement diagnostiqués seront des cancers du poumon, des cancers colorectaux, des cancers de la prostate et des cancers du sein.
- Plus du quart (27 %) de tous les décès par cancer sont attribuables au cancer du poumon.
- Le cancer colorectal un impact significatif sur la mortalité chez les hommes et les femmes combinés, avec un nombre de décès estimé à 9 200 (12 % de tous les décès par cancer).

2. Incidence et mortalité selon la province

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

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

- L'âge est un facteur clé dans le fardeau du cancer : 69 % des nouveaux cas de cancer et 62 % des décès par cancer touchent des personnes de 50 à 79 ans.
- Les taux d'incidence et de mortalité chez les hommes dépassent ceux enregistrés chez les femmes vers l'âge de 55 ans.
- Le taux de mortalité est en déclin chez les hommes de la plupart des groupes d'âge et chez les femmes de moins de 70 ans.

4. Tendances temporelles de l'incidence et de la mortalité

- Les hausses du nombre de nouveaux cas de cancer sont principalement attribuables à la croissance démographique et au vieillissement de la population.
- Entre 1998 et 2007 chez les hommes et entre 2002 et 2007 chez les femmes, les taux d'incidence du cancer de la thyroïde ont augmenté en moyenne de presque 7 % par année. Entre 1998 et 2007, les taux d'incidence du cancer du foie ont augmenté de près de 4 % par année chez les hommes et de plus de 2 % par année

chez les femmes. Les taux d'incidence du cancer du rein ont augmenté de près de 3 % par année chez les hommes depuis 2003.

- Entre 1998 et 2007, on a observé, en moyenne, une diminution d'au moins 2 % par année du taux d'incidence du cancer de l'estomac chez les hommes et du taux d'incidence du cancer du larynx chez les deux sexes.
- Entre 2001 et 2007 chez les hommes et entre 1998 et 2007 chez les femmes, le taux de mortalité global a beaucoup diminué. Le taux a diminué, en moyenne, d'au moins 2 % par année pour les cancers suivants :
  - cancer de la prostate (depuis 2001), cancer du poumon (depuis 1998), cancer du larynx (depuis 2001) et cancer colorectal (depuis 2003) chez les hommes;
  - cancer du sein et cancer du col de l'utérus (depuis 1998) chez les femmes;
  - cancer de l'estomac (depuis 1998) et lymphome non hodgkinien (depuis 2000) chez les deux sexes.
- Entre 1998 et 2007, le taux de mortalité du cancer du foie a augmenté de plus de 2 % par année chez les hommes.

À PROPOS DE LA PUBLICATION

La publication *Statistiques canadiennes sur le cancer*, qui fait partie d'une série de rapports annuels publiés depuis 1987, est l'oeuvre des membres du Comité directeur des statistiques sur le cancer, soutenu par la Société canadienne du cancer. Le Comité directeur est responsable de l'élaboration du contenu, de l'examen et de l'interprétation des données statistiques ainsi que de la rédaction du texte. Il est formé de représentants de la Société canadienne du cancer, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de Statistique Canada, du Conseil canadien des registres du cancer, des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, de même que de chercheurs du milieu universitaire et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer.

Objet et publics cibles

Ce rapport annuel vise avant tout à fournir aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux décideurs des renseignements détaillés sur l'incidence des cancers les plus courants, sur la mortalité associée à ces derniers selon l'âge, le sexe, la période et la province ou le territoire, de même que sur d'autres mesures du fardeau de cette maladie. Ces données peuvent susciter de nouveaux travaux de recherche et faciliter la prise de décisions et l'établissement de priorités aux niveaux communautaire, provincial/territorial et national. Ce rapport pourrait aussi être utile aux éducateurs, aux représentants des médias et aux membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Format

Cette publication a récemment fait l'objet d'une évaluation, et nous tenons à remercier tous les lecteurs qui ont pris part au processus.

En 2013, nous lancerons une nouvelle version de la publication, qui sera conçue à partir des commentaires reçus tout au long du processus d'évaluation et au sujet du format que nous mettons actuellement à l'essai et que nous pourrions éventuellement adopter.

Pour rendre ce processus possible, nous avons raccourci la publication de 2012 de façon à pouvoir consacrer nos ressources à l'amélioration des publications futures. Par conséquent, les sections sur la survie relative à cinq ans, la prévalence, la probabilité d'être atteint d'un cancer ou d'en mourir, le cancer chez les enfants et les jeunes et le sujet particulier ont été retranchées de la publication de 2012. De plus, nous ne produirons pas de version imprimée (sur papier) de la publication de 2012. Vous pourrez toujours vous procurer la publication gratuitement par l'intermédiaire du site Web de la Société canadienne du cancer à l'adresse www.cancer.ca/statistiques.

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

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

- Les données cliniques et démographiques sur les cas de cancer récemment diagnostiqués sont recueillies par les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer pour les personnes résidant dans la province ou le territoire en question. Elles sont communiquées annuellement à Statistique Canada et ajoutées au RCC.

À PROPOS DE LA PUBLICATION

- Les données démographiques et les renseignements sur les causes de décès sont recueillis par les responsables des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil pour les personnes qui résidaient dans la province ou le territoire en question lors du décès. Ils sont communiqués annuellement à Statistique Canada et ajoutés à la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès.
- Sauf indication contraire, les cancers mentionnés dans le présent rapport sont définis selon les catégories décrites dans le tableau A1.
- Les cancers suivants ont été exclus :
  - Les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) : la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur l'incidence des cancers de la peau autres que le mélanome. Les estimations canadiennes sur les cancers de la peau autres que le mélanome sont basées sur les données provenant de trois provinces et elles sont présentées dans les tableaux 1.1 et 1.2 seulement;
  - Les tumeurs bénignes et les cancers in situ, à l'exception des cancers in situ de la vessie, qui sont inclus pour l'ensemble des provinces et des territoires, sauf pour l'Ontario.

Données réelles et données estimatives (veuillez consulter les *annexes I* et *II* pour obtenir des renseignements détaillés)

- L'information contenue dans le présent rapport comprend à la fois des données réelles et des données estimatives.
- Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans ce rapport couvrent la période de 1983 à 2009 (sauf pour le Québec, province pour laquelle les données du RCC étaient disponibles jusqu'à 2007 au moment de la préparation du présent rapport).
- Les données réelles sur la mortalité utilisées dans le présent rapport couvrent la période de 1983 à 2007 pour l'ensemble des provinces et des territoires. Cependant, les données de 2008 ont été publiées au moment de mettre sous presse; il est possible de se les procurer par l'intermédiaire de Statistique Canada (voir l'*annexe I*).
- Les données sur l'incidence pour 2010 à 2012 et les données sur la mortalité pour 2008 à 2012 sont estimées (voir l'*annexe II*).

Examen et analyse

- La Division de la surveillance des maladies chroniques du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (CPCMC), qui fait partie de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), s'est chargée de l'analyse des données. Les analystes ont été appuyés par M^{me} Brenda Branchard, qui a mis à jour les figures et les tableaux.
- Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont examiné les estimations relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer dans leur province et territoire respectif. Les résultats de cet examen sont présentés dans les tableaux A3 et A4.

- Rabia Louchini, du Ministère de la Santé et Services sociaux et Jean-Marc Daigle, de l'Institut national de santé publique du Québec ont revu la version française de cette publication.

Sujet particulier

La liste complète des sujets particuliers examinés antérieurement est fournie à l'*annexe III*. Vous pouvez consulter en ligne les sections sur les sujets particuliers examinés au cours des dernières années (de 1988 à 2011) à l'adresse www.cancer.ca/statistiques; vous pouvez aussi vous procurer des exemplaires imprimés en écrivant à stats@cancer.ca.

Production et distribution

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

Comment accéder au contenu de la présente publication

Vous pouvez obtenir toutes les figures et certains autres tableaux et figures non inclus dans le présent rapport par l'intermédiaire du site Web de la Société canadienne du cancer à l'adresse www.cancer.ca/statistiques. Le contenu de la présente publication peut être utilisé sans permission. Les renseignements exacts concernant la source à indiquer dans ce cas figurent au début du document.

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

TABLE DES MATIÈRES

Page

Faits saillants 1

À propos de la publication 3

Table des matières 6

1. Incidence et mortalité selon le siège ou type de cancer 8

Tableau 1.1 : Nombre estimatif de nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2012 9

Tableau 1.2 : Nombre estimatif de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2012 10

Figure 1.1 : Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, hommes, Canada, 2012 11

Figure 1.2 : Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, femmes, Canada, 2012 12

2. Incidence et mortalité selon la province 13

Tableau 2.1 : Population estimée et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 2012 16

Tableau 2.2 : Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2012 17

Tableau 2.3 : Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2012 18

Tableau 2.4 : Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2012 19

Tableau 2.5 : Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2012 20

3. Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe 21

Tableau 3.1 : Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2012 23

Tableau 3.2 : Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour les cancers les plus courants selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2012 24

Figure 3.1 : Taux d'incidence et de mortalité par âge selon le sexe pour tous les cancers, Canada, 2007 25

Figure 3.2 : Taux d'incidence et de mortalité spécifiques par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1983–2012 26

4. Tendances de l'incidence et de la mortalité 28

Figure 4.1 : Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1983–2012 35

Figure 4.2 : Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1983–2012 36

Figure 4.3 : Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1983–2012 37

Figure 4.4 : Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1983–2012 38

Figure 4.5 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1983–2012 39

Figure 4.6 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1983–2012 40

Figure 4.7 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1983–2012 41

Figure 4.8 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1983–2012 42

Tableau 4.1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1983–2012 43

Tableau 4.2 : Taux de mortalité selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1983–2012 44

Tableau 4.3 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1983–2012 45

Tableau 4.4 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1983–2012 46

Tableau 4.5 : Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada, 1998–2007 47

Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès 48

Annexe II : Sources de données et méthodologie 49

Tableau A1 : Définition des différents cancers 58

Tableau A2 : Modification récente de la définition de certains cancers 60

Tableau A3 : Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections des taux d'incidence selon le siège ou type de cancer et la province, 2012 61

Tableau A4 : Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour les projections des taux de mortalité selon le siège ou type de cancer et la province, 2012 62

Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années 63

Glossaire 64

Références 67

Pour en savoir plus sur le cancer 69

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

En 2012, la hausse du nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer se poursuivra au Canada. Toutes les heures, chaque jour, en moyenne 21 personnes recevront un diagnostic de cancer et 9 personnes mourront de cette maladie.

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

On estime que 186 400 nouveaux cas de cancer et 75 700 décès causés par le cancer surviendront au Canada en 2012. Les hommes seront plus nombreux que les femmes à recevoir un diagnostic de nouveau cancer et à mourir de cette maladie (52 % de l'ensemble des nouveaux cas et des décès toucheront les hommes et 48 %, les femmes). En outre, on prévoit qu'il y aura en 2012 81 300 nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et 320 décès liés à cette maladie. Bien que le cancer de la peau autre que le mélanome soit le type de cancer le plus souvent diagnostiqué chez les Canadiens, on l'aborde de façon distincte parce qu'il est responsable de très peu de décès et que la plupart des registres du cancer ne recueillent pas systématiquement d'information sur ces cas.

Les cancers les plus couramment diagnostiqués demeurent le cancer de la prostate chez les hommes, avec 26 500 cas prévus en 2012, et le cancer du sein chez les femmes, avec 22 700 nouveaux cas attendus. Chez les hommes et les femmes combinés, le deuxième siège de cancer le plus fréquent est le cancer du poumon (14 %), tandis que le cancer colorectal arrive au troisième rang (13 %). En 2012, quatre cancers (cancer du sein, cancer du poumon, cancer colorectal et cancer de la prostate) représenteront 53 % de tous les cancers diagnostiqués au Canada.

Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer tant chez les hommes (27 %) que chez les femmes (26 %) (figures 1.1 et 1.2). Chez les hommes, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué, et il se classe au troisième rang en termes de mortalité chez ceux-ci avec environ 4 000 décès. Chez les femmes, le cancer du sein représente 26 % des cas de cancer nouvellement diagnostiqué chez les femmes, et il se classe au deuxième rang sur le plan de la mortalité chez celles-ci (14 %). Le cancer colorectal a un impact important sur la mortalité chez les deux sexes combinés, et 9 200 décès sont attendus (12 % de tous les décès).

Chaque jour, plus de 500 Canadiens reçoivent un diagnostic de cancer et 200 meurent de cette maladie.

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

Tableau 1.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2012

	Nouveaux cas			Cas pour 100 000		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	**186 400**	**97 600**	**88 800**	**406**	**456**	**368**
Prostate	26 500	26 500	—	—	121	—
Poumon	25 600	13 300	12 300	54	62	49
Côlon et rectum†	23 300	13 000	10 300	49	60	40
Sein	22 900	200	22 700	50	1	96
Lymphome non hodgkinien	7 800	4 300	3 500	17	20	14
Vessie‡	7 800	5 800	2 000	16	27	8
Mélanome	5 800	3 100	2 700	13	15	12
Rein	5 600	3 500	2 200	12	16	9
Leucémie	5 600	3 200	2 400	13	16	10
Thyroïde	5 600	1 250	4 400	14	6	22
Corps de l'utérus	5 300	—	5 300	—	—	22
Pancréas	4 600	2 200	2 300	10	10	9
Cavité buccale	4 000	2 700	1 350	9	12	5
Estomac	3 300	2 100	1 150	7	10	5
Encéphale	2 800	1 600	1 200	7	8	6
Ovaire	2 600	—	2 600	—	—	11
Myélome multiple	2 400	1 350	1 050	5	6	4
Foie	2 000	1 500	470	4	7	2
Oesophage	1 850	1 400	450	4	6	2
Col de l'utérus	1 350	—	1 350	—	—	7
Larynx	1 050	860	180	2	4	1
Maladie de Hodgkin	940	510	430	3	3	2
Testicule	940	940	—	—	6	—
Tous les autres cancers	16 700	8 400	8 400	36	40	33
Cancers de la peau autres que le mélanome	81 300	44 800	36 500	—	—	—

— Sans objet

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

† La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A2.

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

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

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

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

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

Tableau 1.2

Nombre estimatif de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2012

	Décès			Décès pour 100 000		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	**75 700**	**39 500**	**36 200**	**156**	**184**	**135**
Poumon	20 100	10 800	9 400	42	50	36
Côlon et rectum†	9 200	5 000	4 200	19	23	15
Sein	5 200	55	5 100	11	<0,5	19
Pancréas	4 300	2 100	2 100	9	10	8
Prostate	4 000	4 000	—	—	19	—
Lymphome non hodgkinien	2 800	1 500	1 300	6	7	5
Leucémie	2 600	1 500	1 100	5	7	4
Estomac	2 100	1 350	790	4	6	3
Vessie	2 100	1 450	670	4	7	2
Oesophage	1 850	1 450	410	4	7	1
Encéphale	1 850	1 050	760	4	5	3
Ovaire	1 750	—	1 750	—	—	7
Rein	1 700	1 050	650	4	5	2
Myélome multiple	1 400	750	620	3	4	2
Cavité buccale	1 150	780	380	2	4	1
Mélanome	970	600	370	2	3	1
Foie	900	690	210	2	3	1
Corps de l'utérus	900	—	900	—	—	3
Col de l'utérus	390	—	390	—	—	2
Larynx	390	300	80	1	1	<0,5
Tous les autres cancers	10 100	5 200	5 000	20	24	18

— Sans objet

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

† La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A2.

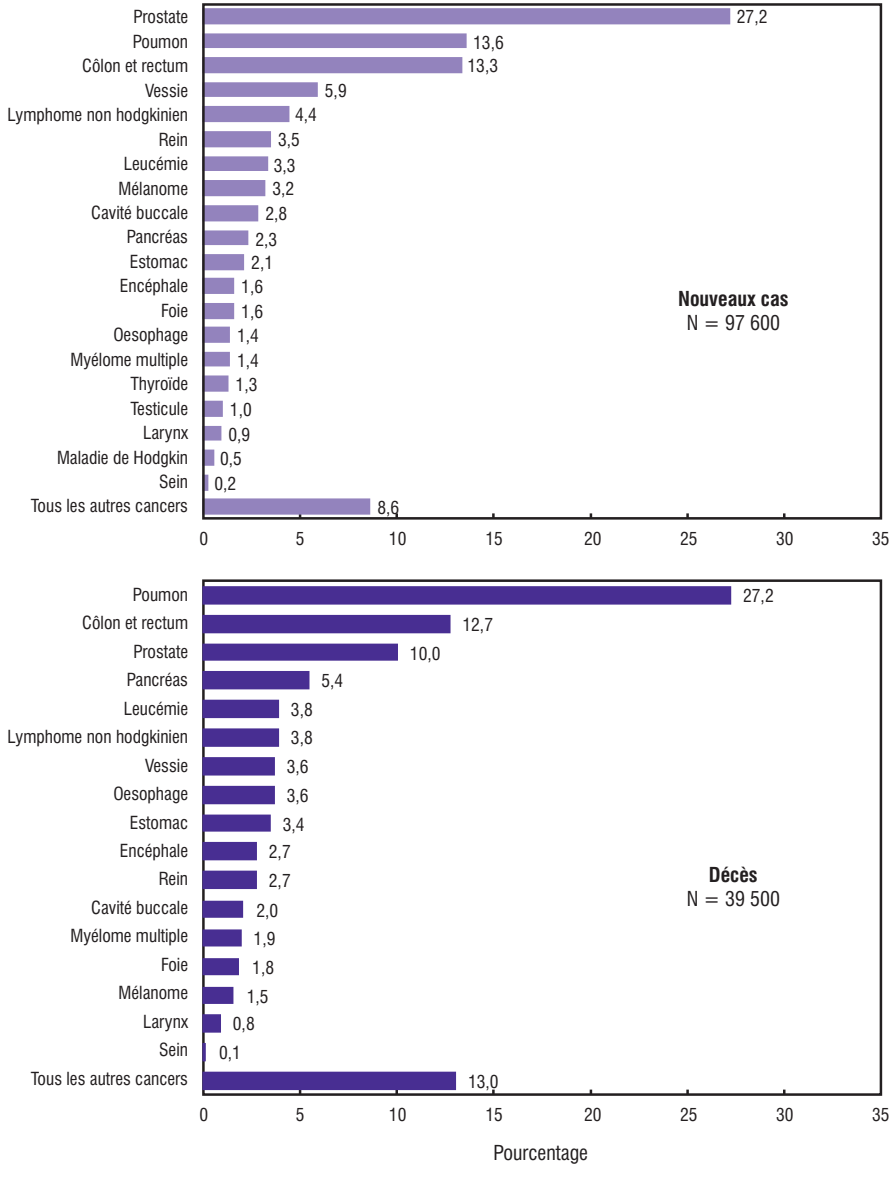
Nota : La catégorie « Tous les autres cancers » inclut 320 décès attribuables aux cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

Figure 1.1

Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, hommes, Canada, 2012



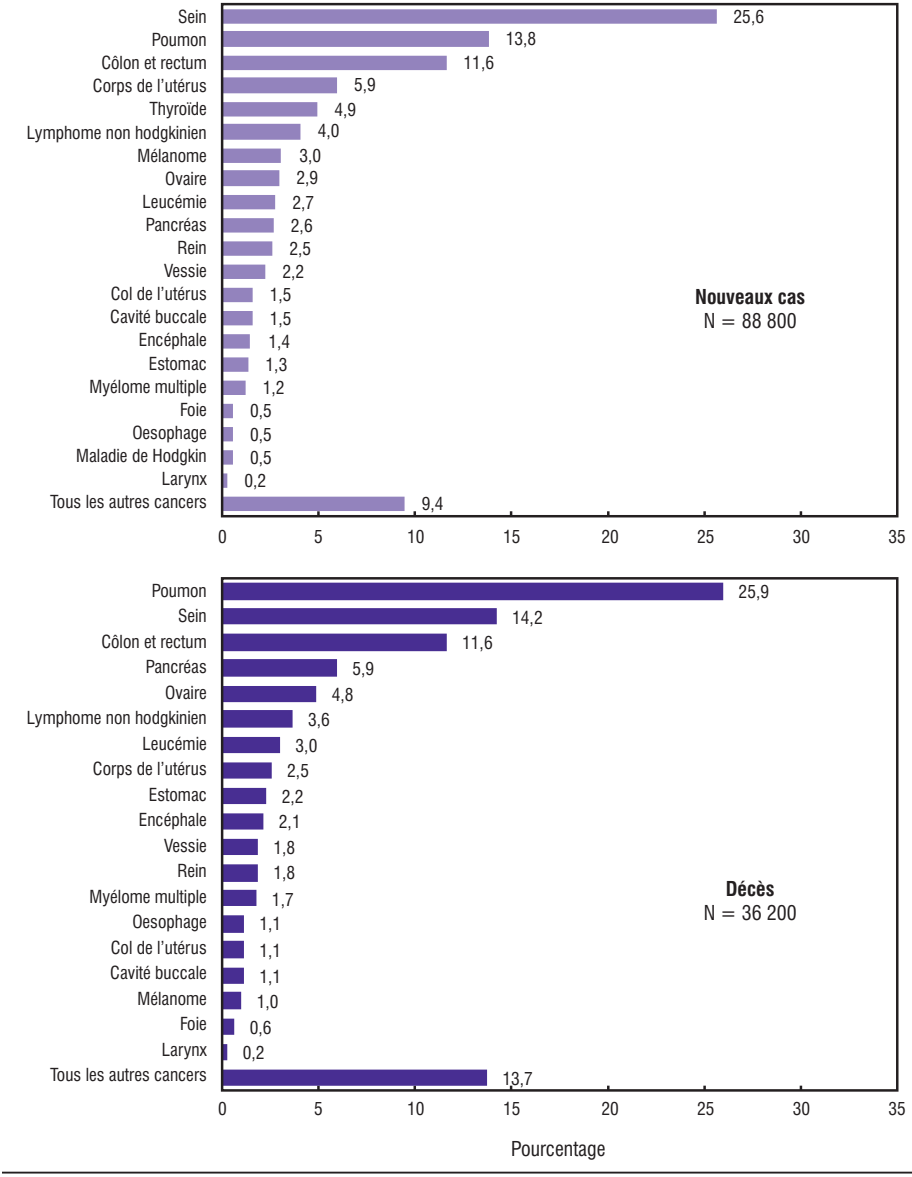
Nota : Les nouveaux cas excluent les 44 800 cas estimés de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 200 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

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

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

Figure 1.2

Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, femmes, Canada, 2012



Nota : Les nouveaux cas excluent les 36 500 cas estimés de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 110 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

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

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

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Le tableau 2.1 contient des projections de la population ainsi que des estimations du nombre de nouveaux cas et de décès, tous cancers confondus, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2012. Les tableaux 2.2 et 2.3 présentent le nombre estimatif de nouveaux cas et les taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, pour 2012. Les estimations correspondantes du nombre de décès par cancer et des taux de mortalité normalisés selon l'âge sont présentées dans les tableaux 2.4 et 2.5. L'*annexe I* fournit les données et les taux réels les plus récents.

Étant donné que le risque d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge, on utilise la normalisation selon l'âge (ou ajustement selon l'âge) pour tenir compte des différences dans les groupes d'âge des différentes populations. Cela facilite les comparaisons entre des populations plutôt différentes. Les taux d'incidence du cancer dans les provinces et les territoires sont donc comparés au moyen de taux normalisés selon l'âge. La méthode de calcul des taux normalisés selon l'âge, basée sur le dénombrement de la population canadienne de 1991, est décrite dans le *glossaire* et, de manière plus détaillée, dans l'*annexe II*.

Incidence

Chez les hommes, les taux d'incidence estimatifs de tous les cancers combinés sont les plus élevés dans les provinces de l'Atlantique, au Québec et en Ontario (tableau 2.3). Chez les femmes, les taux les plus élevés sont observés au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Nouveau-Brunswick. C'est en Colombie-Britannique que les taux les moins élevés chez les hommes et les femmes sont observés. Il convient de noter que les taux à Terre-Neuve-et-Labrador sont considérés comme inférieurs aux taux réels en raison des données manquantes (voir l'*annexe II*).

On continue d'observer des écarts considérables dans les taux d'incidence du cancer de la prostate observés d'une province à une autre. De l'avis général, ces écarts s'expliquent par les différences dans l'utilisation des tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS).

Chez les hommes et les femmes, les taux d'incidence du cancer du poumon les plus élevés sont observés au Québec et les plus faibles, en Colombie-Britannique.

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

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

Mortalité

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

Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon est le plus élevé au Québec et en Nouvelle-Écosse et le plus faible, en Colombie-Britannique. Chez les

femmes, le taux de mortalité par cancer du poumon est le plus élevé au Québec et le plus faible, en Ontario.

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

La Saskatchewan continue d'enregister le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate le plus élevé.

Les taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes semblent être assez semblables à l'échelle du pays, et aucune tendance géographique n'est perceptible.

Interprétation

Les registres fondés sur la population tenus à l'échelle nationale, provinciale et territoriale sont des outils importants grâce auxquels les tendances concernant le cancer peuvent être comparées d'une région à l'autre. Il faut toutefois interpréter les variations géographiques avec prudence, car elles pourraient s'expliquer par différents facteurs. Les différences réelles dans les taux d'incidence ou de mortalité, observées entre les provinces et les territoires, pourraient tenir entre autres aux phénomènes suivants :

- la prévalence des facteurs de risque de cancer (p. ex., les taux de tabagisme historiquement plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique sont sans doute à l'origine des taux plus élevés de cancer du poumon);
- la détection précoce du cancer en raison des divers taux de participation aux programmes organisés de dépistage (p. ex. dépistage par mammographie du cancer du sein) ou à d'autres mesures de dépistage (p. ex. dosage de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate);
- la disponibilité des services de diagnostic;
- l'accessibilité et la qualité des services de santé, plus particulièrement des traitements;
- les pratiques relatives aux registres du cancer.

Toutefois, même en présence de l'une des situations ci-dessus, on ne peut présumer qu'il est la cause d'une variation des taux de cancer d'une région à l'autre du Canada. Si l'on veut prouver l'existence d'une telle association, il faut étudier les cas particuliers de façon plus approfondie. Il est également important de noter que, dans le cas de nombreux cancers, l'intervalle entre l'exposition à un facteur de risque et la manifestation de la maladie est très long, ce qui rend difficile la collecte d'information sur la prévalence de l'exposition passée à des facteurs de risque. Les résultats qui démontreront des différences réelles dans le risque de cancer et la possibilité d'attribuer ces différences à des facteurs de risque modifiables pourront être utilisés pour la planification de programmes de lutte contre le cancer ayant pour objet de réduire le fardeau de cette maladie.

Lorsqu'on interprète des variations interprovinciales, on doit se rappeler que le nombre de cas qui se manifestent et les taux enregistrés dans une province ou un territoire durant une année ne sont parfois pas fiables et peuvent varier considérablement d'une année à l'autre dans le cas d'un cancer rare ou d'une population peu nombreuse.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Bien que le degré d'exhaustivité de l'enregistrement des nouveaux cas de cancer soit généralement très satisfaisant d'un bout à l'autre du pays, il existe des exceptions. Ainsi, à Terre-Neuve-et-Labrador, les renseignements contenus dans les certificats de décès ne sont devenus disponibles à des fins d'enregistrement que très récemment et n'ont pas pu être inclus dans le présent rapport. Cela a causé une sous-estimation des données réelles et, par conséquent, du nombre prévu de nouveaux diagnostics, surtout en ce qui concerne les cancers associés à un pronostic peu favorable, comme le cancer du poumon et le cancer du pancréas (voir l'*annexe II*). La mesure dans laquelle on corrobore les renseignements contenus dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie aussi d'une province à l'autre et d'un territoire à l'autre, ce qui influe sur l'exactitude des données sur l'incidence (p. ex. l'année du diagnostic). De plus, au Québec, comme le registre dépend des données d'hôpitaux, on croit que le nombre de cas de cancer de la prostate, de mélanome et de cancer de la vessie est sous-déclaré[1].

- La méthode de projection choisie par les responsables des registres provinciaux pour les estimations de 2012 (modèle de régression Nordpred Power5 ou moyenne sur cinq ans) varie selon la province et le type de cancer (voir la section *Méthodologie* à l'*annexe II*).
- Les fortes variations interprovinciales observées en ce qui concerne les taux d'incidence du cancer de la vessie sont probablement attribuables à des différences dans la déclaration des cas de cancer in situ, en particulier en Ontario, où ces données n'étaient pas recueillies jusqu'à tout récemment et n'ont donc pas pu être incluses dans ce rapport.

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

Le Canada est l'un des rares pays à s'être doté d'un système de registres du cancer qui permet de surveiller et de comparer les tendances relatives au cancer dans toute la population. Ces comparaisons fournissent des éléments d'information précieux qui peuvent servir à la recherche, à l'échange de connaissances, à la planification et à la prise de décisions.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.1

Population estimée et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers, selon le sexe et la province ou le territoire, Canada, 2012

	Population (en milliers)			Nouveaux cas			Décès		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
CANADA	**34 922**	**17 324**	**17 598**	**186 400**	**97 600**	**88 800**	**75 700**	**39 500**	**36 200**
Colombie-Britannique (C.-B.)	4 671	2 317	2 354	23 300	12 500	10 800	9 800	5 200	4 600
Alberta (Alb.)	3 841	1 957	1 883	16 100	8 800	7 400	6 300	3 300	2 900
Saskatchewan (Sask.)	1 048	521	527	5 500	2 900	2 600	2 400	1 250	1 100
Manitoba (Man.)	1 261	628	633	6 200	3 100	3 000	2 800	1 500	1 350
Ontario (Ont.)	13 598	6 706	6 892	72 300	37 300	35 000	27 900	14 500	13 400
Québec (Qc)†	8 025	3 980	4 045	47 600	24 500	23 100	20 000	10 200	9 700
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	759	373	386	5 000	2 700	2 200	1 900	1 000	910
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	953	463	490	6 100	3 200	2 800	2 700	1 450	1 200
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	145	71	74	890	510	370	370	190	190
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)†	509	249	260	3 100	1 750	1 400	1 400	790	630
Yukon (Yn)	34	17	17	130	65	65	75	45	35
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	44	23	22	140	75	65	60	30	30
Nunavut (Nt)	33	17	16	70	35	35	50	25	20

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

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2012.

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

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur l'état civil – Décès et Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada[2]

Tableau 2.2

Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2012

	Nouveaux cas										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc†	N.-B.	N.-E.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.†
Hommes											
Tous les cancers	**97 600**	**12 500**	**8 800**	**2 900**	**3 100**	**37 300**	**24 500**	**2 700**	**3 200**	**510**	**1 750**
Prostate	26 500	3 700	2 500	880	750	10 900	5 400	860	920	160	490
Poumon	13 300	1 550	1 000	360	430	4 400	4 300	410	480	70	250
Côlon et rectum‡	13 000	1 600	1 100	420	490	4 800	3 400	340	470	60	310
Vessie§	5 800	820	550	180	210	1 500	2 000	170	210	30	85
Lymphome non hodgkinien	4 300	590	410	120	140	1 750	930	110	110	15	60
Rein	3 500	320	330	100	130	1 300	920	120	150	20	65
Leucémie	3 200	430	320	110	120	1 300	720	70	75	15	30
Mélanome	3 100	490	270	80	85	1 500	350	90	140	20	45
Cavité buccale	2 700	340	220	60	110	1 100	630	65	90	15	45
Pancréas	2 200	300	200	65	70	810	610	60	70	10	25
Estomac	2 100	270	190	60	85	750	550	55	65	5	50
Encéphale	1 600	180	150	45	45	620	440	35	45	10	25
Foie	1 500	240	150	25	40	600	410	15	30	5	10
Oesophage	1 400	180	150	35	45	540	320	40	55	10	20
Myélome multiple	1 350	160	130	35	40	540	350	30	40	10	15
Thyroïde	1 250	95	110	15	30	600	290	30	30	5	15
Femmes											
Tous les cancers	**88 800**	**10 800**	**7 400**	**2 600**	**3 000**	**35 000**	**23 100**	**2 200**	**2 800**	**370**	**1 400**
Sein	22 700	3 000	1 950	690	800	9 100	5 500	550	740	95	330
Poumon	12 300	1 500	1 000	390	400	4 100	3 800	370	450	60	200
Côlon et rectum‡	10 300	1 250	830	310	380	3 900	2 800	250	390	55	220
Corps de l'utérus	5 300	720	480	150	210	2 200	1 200	120	140	20	85
Thyroïde	4 400	260	350	50	90	2 200	1 150	95	85	5	40
Lymphome non hodgkinien	3 500	460	330	110	130	1 350	820	100	120	15	65
Mélanome	2 700	420	240	60	75	1 350	280	85	130	20	35
Ovaire	2 600	300	190	75	95	1 150	650	65	65	10	30
Leucémie	2 400	300	230	80	85	1 050	540	45	60	10	20
Pancréas	2 300	280	210	75	75	780	720	70	75	10	20
Rein	2 200	190	190	70	85	840	600	70	95	10	45
Vessie§	2 000	270	180	65	70	510	740	60	65	10	35
Col de l'utérus	1 350	160	160	45	50	550	280	30	45	10	25
Cavité buccale	1 350	170	100	35	50	570	320	25	35	5	15
Encéphale	1 200	130	100	35	35	470	340	35	40	5	20
Estomac	1 150	130	75	35	40	470	300	35	40	5	30
Myélome multiple	1 050	120	100	30	30	440	280	25	25	5	10

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

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2012.

‡ La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A2.

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

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

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

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

Tableau 2.3

Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2012

	Cas pour 100 000										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc†	N.-B.	N.-E.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.†
Hommes											
Tous les cancers	**456**	**413**	**442**	**449**	**425**	**459**	**474**	**523**	**498**	**528**	**485**
Prostate	121	119	127	136	101	131	100	157	136	156	129
Poumon	62	49	52	55	58	53	83	78	73	74	68
Côlon et rectum‡	60	53	57	64	65	58	65	65	72	63	86
Vessie§	27	27	29	28	28	19	38	33	32	32	25
Lymphome non hodgkinien	20	20	21	19	19	22	18	22	17	17	17
Rein	16	11	16	16	18	16	18	22	22	21	17
Leucémie	16	15	16	17	16	17	15	14	13	16	9
Mélanome	15	17	13	13	12	19	7	18	22	21	13
Cavité buccale	12	11	10	9	14	13	12	12	13	15	13
Pancréas	10	10	10	10	10	10	12	12	10	12	7
Estomac	10	9	9	9	11	9	11	10	10	7	15
Encéphale	8	6	7	7	7	8	9	8	8	9	8
Foie	7	8	7	4	5	7	8	3	5	4	3
Thyroïde	6	4	5	3	4	8	6	6	5	5	5
Oesophage	6	6	7	6	6	6	6	8	8	8	6
Myélome multiple	6	5	6	5	5	7	7	6	6	9	4
Femmes											
Tous les cancers	**368**	**324**	**335**	**354**	**354**	**382**	**383**	**379**	**383**	**337**	**359**
Sein	96	92	88	98	97	100	94	95	100	89	84
Poumon	49	42	46	52	45	43	60	59	57	51	49
Côlon et rectum‡	40	35	36	39	41	39	42	38	48	48	54
Corps de l'utérus	22	21	21	22	26	23	19	19	19	18	21
Thyroïde	22	10	17	9	14	29	25	21	15	9	13
Lymphome non hodgkinien	14	14	15	15	15	15	14	17	16	12	16
Mélanome	12	14	11	9	9	16	5	16	19	17	10
Ovaire	11	9	8	11	11	13	11	11	8	9	7
Leucémie	10	9	11	11	10	12	9	9	9	9	6
Rein	9	5	9	9	10	9	10	12	12	10	11
Pancréas	9	8	9	9	8	8	11	10	9	8	4
Vessie§	8	7	8	9	8	5	12	10	8	8	9
Col de l'utérus	7	6	8	9	8	7	6	7	9	9	8
Encéphale	6	5	5	6	5	6	7	6	6	5	5
Cavité buccale	5	5	5	5	6	6	5	4	4	6	4
Estomac	5	4	3	4	4	5	5	5	5	5	8
Myélome multiple	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3

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

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2012.

‡ La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A2.

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

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

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

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

Tableau 2.4

Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2012

	Décès										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-E.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	**39 500**	**5 200**	**3 300**	**1 250**	**1 500**	**14 500**	**10 200**	**1 000**	**1 450**	**190**	**790**
Poumon	10 800	1 250	790	290	350	3 600	3 400	330	420	60	210
Côlon et rectum†	5 000	630	390	150	180	1 900	1 300	110	200	25	130
Prostate	4 000	530	370	210	180	1 500	830	100	120	25	70
Pancréas	2 100	320	180	65	75	760	540	60	75	10	35
Lymphome non hodgkinien	1 500	200	140	60	65	570	330	45	55	5	20
Leucémie	1 500	190	130	55	60	610	350	30	55	10	20
Vessie	1 450	220	120	45	55	540	340	35	50	5	25
Oesophage	1 450	230	140	40	55	560	290	40	55	5	25
Estomac	1 350	140	110	35	50	510	360	35	50	5	45
Encéphale	1 050	150	110	30	30	360	300	30	35	5	20
Rein	1 050	120	85	35	50	380	270	35	45	5	25
Cavité buccale	780	100	75	20	35	300	180	20	25	5	15
Myélome multiple	750	100	65	25	25	300	180	20	25	5	10
Foie	690	120	55	5	20	290	170	10	15	—	5
Mélanome	600	90	55	15	15	270	110	10	25	5	10
Femmes											
Tous les cancers	**36 200**	**4 600**	**2 900**	**1 100**	**1 350**	**13 400**	**9 700**	**910**	**1 200**	**190**	**630**
Poumon	9 400	1 150	720	260	340	3 200	2 800	280	330	45	170
Sein	5 100	630	390	160	210	2 000	1 350	110	160	30	90
Côlon et rectum†	4 200	520	330	130	150	1 550	1 150	100	160	30	100
Pancréas	2 100	290	200	65	70	740	600	60	70	10	25
Ovaire	1 750	240	150	60	80	690	380	45	60	5	30
Lymphome non hodgkinien	1 300	170	100	45	60	490	340	30	50	10	15
Leucémie	1 100	140	100	40	45	420	260	30	40	5	10
Corps de l'utérus	900	100	75	25	25	410	200	20	25	5	10
Estomac	790	90	60	20	30	280	220	20	30	5	30
Encéphale	760	100	70	25	25	250	220	20	25	5	15
Vessie	670	80	45	15	15	290	180	10	20	5	10
Rein	650	70	55	25	25	250	160	20	25	5	15
Myélome multiple	620	80	60	20	30	240	150	15	25	—	10
Oesophage	410	80	35	15	20	170	80	10	15	—	5
Col de l'utérus	390	45	50	10	20	160	65	10	20	—	10
Cavité buccale	380	55	35	10	15	150	95	5	10	—	5
Mélanome	370	60	35	10	10	160	65	10	15	—	5

— Moins de trois décès

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

† La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A2.

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

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

Tableau 2.5

Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2012

	Décès pour 100 000										
	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-E.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	**184**	**167**	**174**	**187**	**197**	**177**	**198**	**193**	**223**	**195**	**230**
Poumon	50	41	42	44	47	44	65	64	65	64	60
Côlon et rectum†	23	20	20	22	24	23	25	22	31	24	39
Prostate	19	17	20	29	24	18	16	19	19	26	22
Pancréas	10	10	9	10	10	9	10	12	12	10	9
Leucémie	7	6	7	8	8	8	7	7	9	10	6
Lymphome non hodgkinien	7	7	7	9	9	7	7	9	8	7	5
Vessie	7	7	6	7	7	6	7	7	8	7	8
Oesophage	7	7	7	6	7	7	5	7	8	6	6
Estomac	6	4	6	5	7	6	7	7	8	5	12
Encéphale	5	5	5	5	4	5	6	6	6	5	5
Rein	5	4	4	5	6	5	5	7	7	6	7
Myélome multiple	4	3	3	3	4	4	3	4	4	5	3
Cavité buccale	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4
Mélanome	3	3	3	3	2	3	2	2	4	3	4
Foie	3	4	3	1	3	3	3	1	2	—	2
Femmes											
Tous les cancers	**135**	**125**	**127**	**137**	**144**	**131**	**146**	**138**	**145**	**152**	**149**
Poumon	36	33	33	34	37	32	45	43	41	40	40
Sein	19	17	17	21	22	20	20	17	20	24	22
Côlon et rectum†	15	13	14	15	14	14	16	14	18	22	24
Pancréas	8	8	9	7	7	7	9	9	9	6	6
Ovaire	7	7	7	8	9	7	6	8	7	5	7
Lymphome non hodgkinien	5	4	4	6	6	5	5	5	6	6	4
Leucémie	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	3
Corps de l'utérus	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3
Encéphale	3	3	3	3	3	3	4	3	4	5	4
Estomac	3	2	3	2	3	3	3	3	3	4	7
Rein	2	2	2	3	3	2	2	3	3	5	3
Myélome multiple	2	2	3	2	3	2	2	2	3	—	2
Vessie	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2
Col de l'utérus	2	1	2	2	2	2	1	2	3	—	2
Oesophage	1	2	1	2	2	2	1	2	2	—	1
Mélanome	1	2	2	1	1	2	1	1	2	—	1
Cavité buccale	1	1	1	1	2	1	1	1	1	—	1

— Moins de trois décès

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

† La définition de ce cancer a changé; voir le tableau A2.

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

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

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

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

Tendances selon l'âge

En 2012, presque 70 % de tous les nouveaux cas de cancer et 62 % des décès par cancer surviendront chez des Canadiens âgés de 50 à 79 ans. La plus grande proportion des nouveaux cas de cancer (28 %) touchera le groupe des 60 à 69 ans, tandis que la plus grande proportion des décès par cancer (34 %) devrait toucher le groupe des personnes âgées de 80 ans et plus (tableau 3.1). Le cancer continue d'affecter les Canadiens de tous les âges :

- D'après les estimations, en 2012, 12 % de tous les nouveaux diagnostics de cancer (21 700) et 5 % de tous les décès par cancer (3 680) seront enregistrés chez les plus jeunes Canadiens, âgés de 0 à 49 ans.
- En 2012, on comptera environ 51 200 nouveaux cas de cancer chez les Canadiens âgés de 60 à 69 ans, ce qui représente le plus grand nombre de nouveaux diagnostics de cancer (28 %) et approximativement 16 900 décès par cancer (22 %).
- C'est chez les Canadiens âgés de 80 ans et plus que l'on enregistrera la plus grande proportion de décès par cancer, c'est-à-dire 34 % (25 400 décès). Cela représentera 19 % de tous les nouveaux diagnostics de cancer (35 400) en 2012.

Le cancer continue d'être un fardeau important chez les Canadiens plus âgés. Comme l'indique le tableau 3.1, la population du Canada est estimée à 35 millions. Selon Statistique Canada, près de 5 millions de Canadiens sont maintenant âgés de 65 ans ou plus, ce qui représente 14 % de la population totale[3]. On s'attend à ce que cette proportion continue d'augmenter alors que les baby-boomers commencent à atteindre 65 ans[2].

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

La répartition selon l'âge et le sexe des cancers les plus courants chez les Canadiens en 2012 est présentée dans le tableau 3.2, qui indique ce qui suit :

- Quatre des principaux cancers (cancer du sein, cancer du poumon, cancer colorectal et cancer de la prostate) représentent la majorité (53 %) des nouveaux cas de cancer chez les hommes et les femmes. Le cancer de la prostate est le cancer le plus courant chez les hommes (27 %), tandis que le cancer du sein (26 %) est le cancer le plus courant chez les femmes.
- La moitié de tous les nouveaux cas de cancer du poumon et de cancer colorectal seront diagnostiqués chez des personnes âgées de 70 ans ou plus.
- Le cancer du sein frappe surtout les femmes de 50 à 69 ans. Trente pour cent des cas de cancer du sein seront diagnostiqués chez des femmes de plus de 69 ans et 19 % le seront chez des femmes de moins de 50 ans. Fait à signaler, bien que plus de la moitié des nouveaux cas de cancer du sein surviennent entre l'âge de 50 et 69 ans, les décès par cancer du sein seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus que dans tout autre groupe d'âge, ce qui montre les bienfaits associés au dépistage et au traitement en vue de prolonger la vie chez les femmes d'âge moyen.

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

- La majorité des cas de cancer de la prostate surviendront chez les hommes de 60 à 69 ans; par contre, les décès dus au cancer de la prostate seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus. Ce phénomène rend vraisemblablement compte de l'effet du dépistage effectué chez les hommes dans la soixantaine et de la lente évolution de la maladie.
- Contrairement à d'autres cancers d'importance pour lesquels le nombre de décès augmente avec l'âge, les décès liés au cancer du poumon culminent dans le groupe des 70 à 79 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

Tendances selon le sexe

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

Chez les personnes âgées de 19 ans et moins et de 60 ans et plus, le cancer touche davantage les hommes que les femmes, mais cette tendance s'inverse par la suite chez les personnes âgées de 20 à 50 ans, car le taux d'incidence devient plus élevé chez les femmes. Dans le groupe des personnes âgées de 50 à 59 ans, les taux observés chez les hommes et chez les femmes sont très semblables. Les cancers liés au sexe (en particulier le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus), de même que le mélanome et le cancer de la thyroïde, sont responsables de l'incidence plus élevée du cancer observée chez les jeunes femmes.

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

Le taux d'incidence global du cancer chez les hommes de plus de 69 ans est en baisse, principalement en raison de la diminution de l'incidence du cancer du poumon liée à un recul du tabagisme[4]. Chez les femmes, le taux d'incidence global n'a commencé que récemment à marquer un palier. Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer pour les deux sexes.

Depuis 1989, les taux de mortalité attribuable à tous les cancers combinés diminuent chez les hommes jusqu'à l'âge de 79 ans et chez les femmes jusqu'à l'âge de 69 ans. Chez les femmes, ce taux commence toutefois à augmenter dès 70 ans. Les taux de mortalité observés au cours des dernières années chez les groupes les plus jeunes d'hommes et de femmes (0 à 19 ans, 20 à 29 ans) sont très semblables et révèlent un mince écart jusqu'à l'âge de 59 ans, après quoi les taux de mortalité sont sensiblement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 3.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2012

Groupe d'âge	Population (en milliers)			Nouveaux cas			Décès		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les âges	**34 922**	**17 324**	**17 598**	**186 400**	**97 600**	**88 800**	**75 700**	**39 500**	**36 200**
0–19	7 878	4 043	3 836	1 400	760	650	160	85	75
20–29	4 858	2 476	2 383	2 100	970	1 100	190	99	85
30–39	4 721	2 364	2 357	4 900	1 700	3 200	630	260	370
40–49	5 087	2 563	2 524	13 300	4 700	8 600	2 700	1 150	1 500
50–59	5 139	2 555	2 584	33 300	16 300	17 000	9 000	4 500	4 500
60–69	3 707	1 808	1 899	51 200	29 600	21 600	16 900	9 300	7 600
70–79	2 113	981	1 132	44 800	25 800	18 900	20 700	11 600	9 100
80+	1 418	534	883	35 400	17 700	17 700	25 400	12 500	12 900

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

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

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur l'état civil – Décès et Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada[2]

Le risque d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge, et le nombre de nouveaux diagnostics de cancer continuera d'augmenter alors que les baby-boomers commencent à atteindre 65 ans. Pour tous les cancers combinés, des baisses notables des taux de mortalité ont été observées chez les deux sexes et dans la plupart des groupes d'âge.

Tableau 3.2

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour les cancers les plus courants selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2012

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
Nouveaux cas								
Tous les âges	**25 600**	**13 300**	**12 300**	**23 300**	**13 000**	**10 300**	**26 500**	**22 700**
0–19	5	5	—	10	5	5	—	5
20–29	20	10	10	70	35	35	—	110
30–39	95	40	55	260	140	120	5	850
40–49	810	340	460	1 100	580	520	460	3 300
50–59	3 800	1 800	2 000	3 500	2 000	1 450	4 600	5 600
60–69	7 400	3 900	3 500	6 100	3 800	2 300	10 500	6 000
70–79	7 900	4 300	3 600	6 500	3 800	2 700	7 100	4 000
80+	5 500	2 900	2 700	5 800	2 600	3 200	3 800	2 800
Décès								
Tous les âges	**20 100**	**10 800**	**9 400**	**9 200**	**5 000**	**4 200**	**4 000**	**5 100**
0–19	—	—	—	—	—	—	—	—
20–29	5	5	5	10	10	5	—	5
30–39	45	15	30	55	30	25	—	90
40–49	530	240	280	260	140	120	10	410
50–59	2 600	1 300	1 300	940	550	390	120	920
60–69	5 400	2 900	2 400	1 900	1 150	710	500	1 100
70–79	6 300	3 500	2 800	2 500	1 500	970	1 100	1 000
80+	5 300	2 800	2 500	3 600	1 650	2 000	2 200	1 600

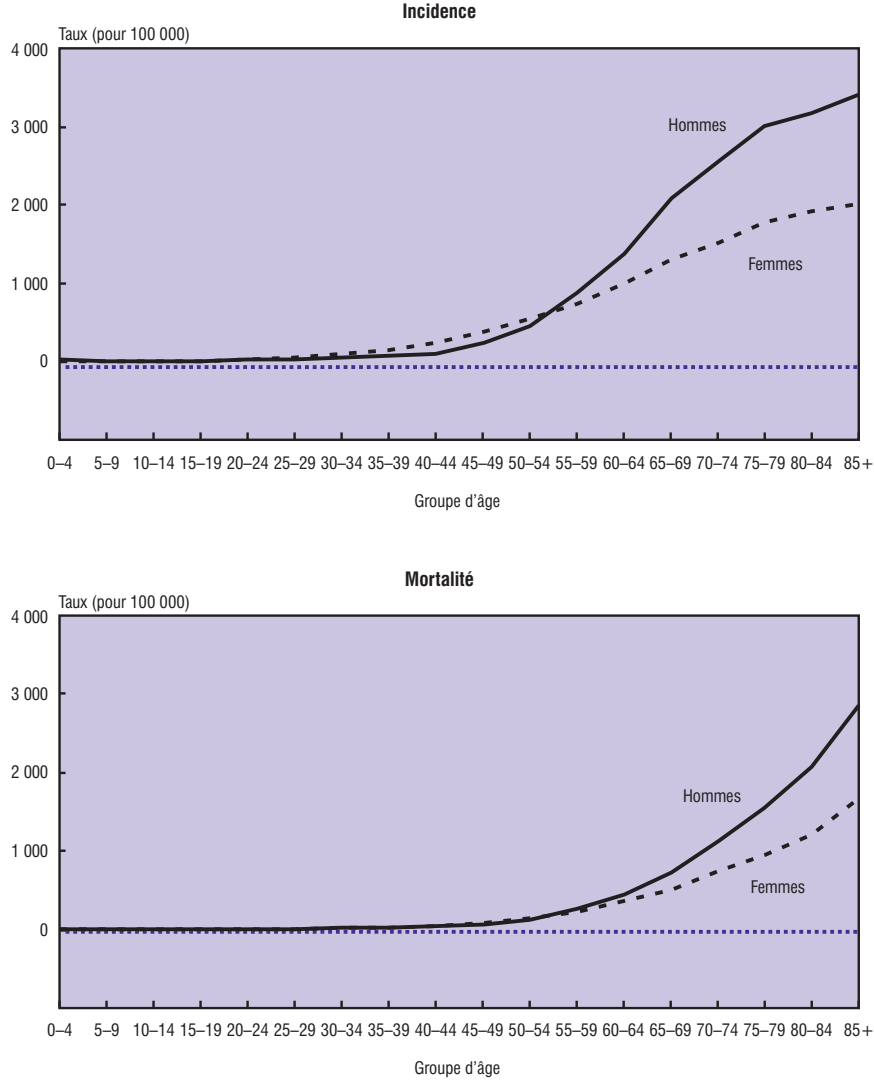
— Moins de trois cas ou décès

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

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

Figure 3.1

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



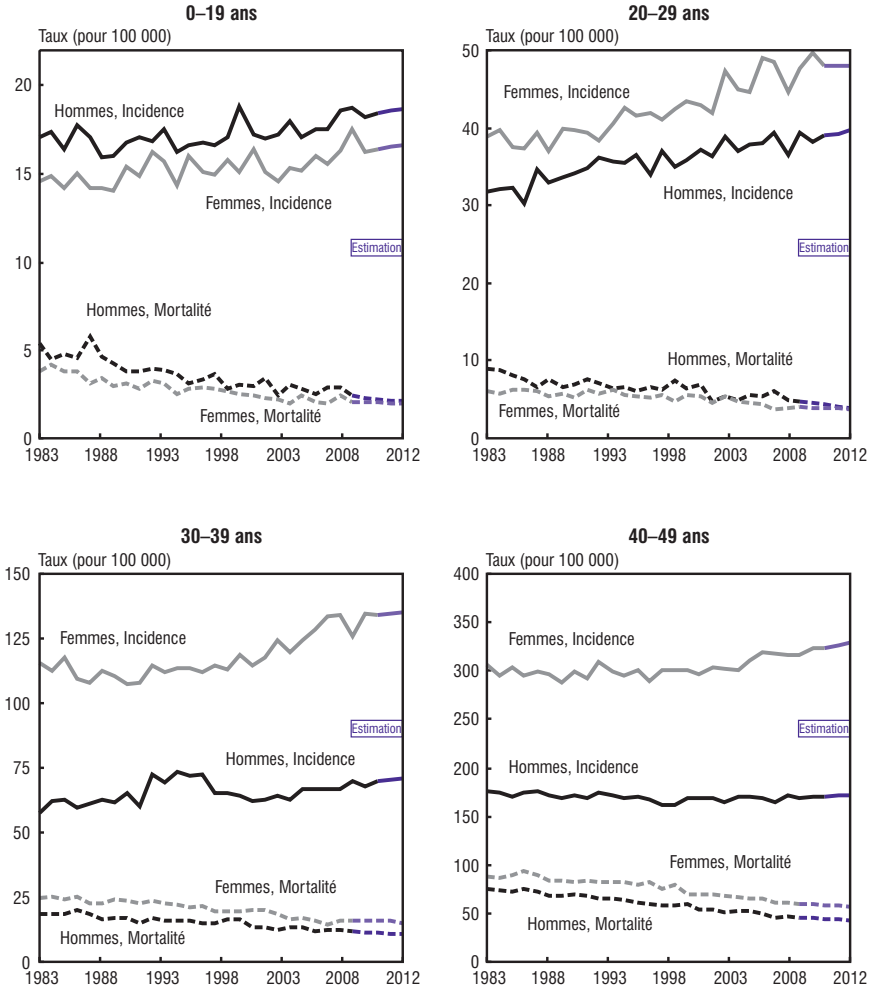
Nota : Les taux d'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux).

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

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

Figure 3.2

Taux d'incidence et de mortalité spécifiques par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1983–2012



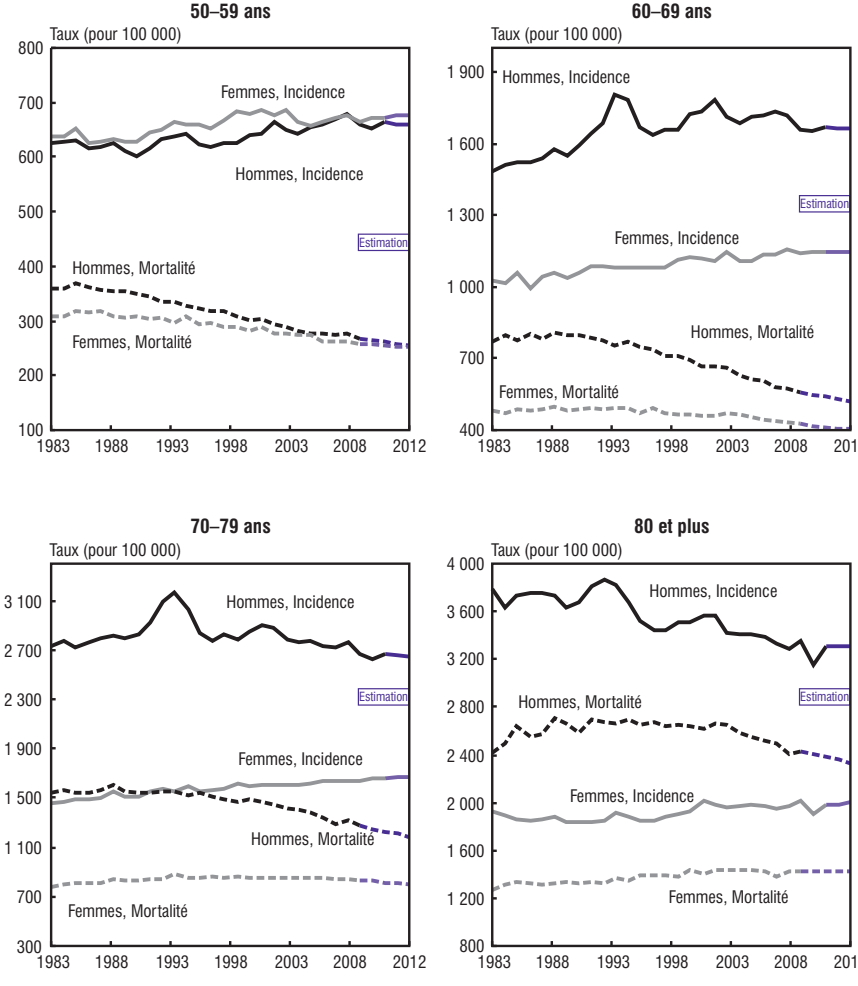
Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2007.

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, base de données du Système national de déclaration des cas de cancer et Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Figure 3.2 *(suite)*

Taux d'incidence et de mortalité spécifiques par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1983–2012



Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les quatre groupes d'âge. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2007.

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, base de données du Système national de déclaration des cas de cancer et Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

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

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

Tendances pour l'ensemble des cancers

La figure 4.1 indique le nombre de nouveaux cas pour tous les cancers combinés, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants, de 1983 à 2009, de même que des prévisions jusqu'en 2012. La figure 4.2 présente le nombre de décès et les taux normalisés selon l'âge correspondants, de 1983 à 2007, de même que des prévisions jusqu'en 2012. Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge, le nombre de nouveaux cas de cancer continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne croît et vieillit. Selon les estimations, en 2012, on enregistrera 186 400 nouveaux cas de cancer et 75 700 décès.

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

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

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

- La ligne continue du bas représente le nombre total de nouveaux cas de cancer (ou de décès) qui seraient survenus chaque année si la taille et la structure par âge de la population étaient restées les mêmes qu'en 1983. Cette ligne illustre l'impact des changements au niveau du risque de cancer ou des pratiques diagnostiques.
- La ligne du milieu représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) qui seraient survenus si la structure de la population par âge était demeurée identique à celle de 1983. Cette ligne illustre l'impact des changements au niveau du risque de cancer et de la croissance démographique.
- La ligne du haut représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) réellement survenus et reflète donc l'effet conjugué des changements au niveau du risque, de la croissance démographique et du vieillissement de la population.

Ces chiffres montrent que l'augmentation du nombre de cas de cancer et de décès observée au cours des 30 dernières années découle principalement du vieillissement de la population et, dans une moindre mesure, de la croissance démographique. Tant que cette tendance démographique se poursuivra, on observera une augmentation annuelle correspondante du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer.

Tendances pour certains cancers

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

Les données sur la variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et des taux de mortalité (1998–2007) selon le type de cancer figurent au tableau 4.5. Le taux d'incidence global a augmenté de manière significative chez les femmes entre 1998 et 2007 (0,3 % par année). Le taux de mortalité global a diminué de manière significative entre 1998 et 2007 pour les femmes (-0,8 % par année) et entre 2001 et 2007 pour les hommes (-2,0 % par année). Il convient de souligner que ces tendances à court terme ne reflètent pas nécessairement les tendances à plus long terme ou les tendances antérieures mises en évidence dans les tableaux 4.1 à 4.4 et dans les figures 4.5 à 4.8. Il faut en tenir compte au moment d'interpréter les descriptions suivantes.

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

- Hausses du taux d'incidence
  - cancer du foie chez les hommes (3,6 %) et chez les femmes (2,4 %)
  - cancer de la thyroïde chez les hommes (6,8 %) et chez les femmes (6,9 %)
  - cancer du rein chez les hommes (2,6 %)
- Baisses du taux d'incidence
  - cancer du larynx chez les hommes (-3,8 %) et chez les femmes (-3,4 %)
  - cancer de l'estomac chez les hommes (-2,0 %)
- Hausses du taux de mortalité
  - cancer du foie chez les hommes (2,2 %)

- Baisses du taux de mortalité
  - chez les hommes, tous les types de cancer combinés (-2,0 %), cancer du poumon (-2,3 %), cancer colorectal (-2,6 %), lymphome non hodgkinien (-2,6 %), cancer de l'estomac (-3,0 %), cancer de la prostate (-4,3 %) et cancer du larynx (-6,2 %)
  - chez les femmes, cancer du sein (-2,2 %), lymphome non hodgkinien (-2,7 %), cancer de l'estomac (-2,9 %) et cancer du col de l'utérus (-2,9 %)

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

Cancer du sein

Les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté entre 1983 et le début des années 1990, tendance qui s'explique en partie par le recours accru au dépistage par mammographie. Les raisons expliquant les alternances de hausses et de baisses modestes observées depuis lors ne sont pas claires, mais elles sont probablement liées à des facteurs tels que l'augmentation constante du dépistage par mammographie tout au long des années 1990, ainsi que les tendances variables du recours à l'hormonothérapie chez les femmes ménopausées durant la même période.

Les taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes diminuent depuis le milieu des années 1980. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a chuté de presque 40 % depuis le sommet atteint en 1986, passant de 32,0 à 19,5 pour 100 000 (tableau 4.4). La tendance à la baisse s'est accélérée, passant à 2,2 % au cours des dernières années. Cette situation est probablement attribuable à la fois au recours accru au dépistage par mammographie et à l'utilisation de traitements adjuvants plus efficaces à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein. Le taux de mortalité par cancer du sein a atteint le niveau le plus faible jamais enregistré depuis 1950. Une tendance à la baisse similaire est observée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie[5].

Cancer du col de l'utérus

Les taux d'incidence et de mortalité dus au cancer du col de l'utérus continuent de baisser (de 1,4 % et de 2,9 % par année respectivement) depuis 1998 (tableau 4.5). Cela est principalement dû au dépistage généralisé et régulier au moyen du test de Papanicolaou (Pap), qui permet de déceler tôt les lésions précancéreuses et malignes et de les traiter.

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

Cancer colorectal

Entre 1983 et 2000, les taux d'incidence du cancer colorectal sont demeurés relativement stables chez les hommes et ont diminué légèrement chez les femmes. Chez les deux sexes, le taux d'incidence a diminué de façon significative (0,8 % par année) depuis 2000 (tableau 4.5).

Les taux de mortalité continuent de chuter chez les deux sexes, à raison de respectivement 2,6 % par année chez les hommes depuis 2003 et de 1,8 % par année chez les femmes depuis 1998 (tableau 4.5), baisse qui tient vraisemblablement à l'amélioration des traitements, notamment la chimiothérapie.

Le dépistage du cancer colorectal peut permettre de réduire tant l'incidence (par la détection et l'excision des polypes précancéreux) que la mortalité. Plusieurs provinces procèdent déjà au dépistage, ce qui peut expliquer en partie la chute des taux de mortalité, même si les taux de dépistage sont peu élevés. Toutes les provinces ont annoncé ou ont commencé la mise en œuvre de programmes organisés de dépistage.

Cancer du rein

La figure 4.5 montre que les taux d'incidence du cancer du rein chez les hommes canadiens ont augmenté au cours des années 1980, sont demeurés stables entre 1988 et 1998, puis ont augmenté à nouveau par la suite. Durant la période de 2003 à 2007, les taux d'incidence du cancer du rein chez les hommes ont augmenté de façon significative, c'est-à-dire de 2,6 % par année (tableau 4.5). Entre 1998 et 2007, ce taux a également augmenté de façon significative chez les femmes, c'est-à-dire de 1,9 % par année.

L'augmentation de l'incidence du cancer du rein concorde avec les tendances observées dans plusieurs pays développés[6–8]. La tendance à la hausse en ce qui concerne l'incidence du cancer du rein au Canada pourrait s'expliquer en partie par l'utilisation accrue des techniques d'imagerie diagnostique de pointe, par l'augmentation du tabagisme (avant sa diminution) ainsi que par le taux accru d'obésité au cours des 25 dernières années[9].

Durant la période de 1998 à 2007, on a observé une légère diminution des taux de mortalité par cancer du rein, c'est-à-dire 0,8 % par année chez les hommes et 0,9 % par année chez les femmes.

Cancer du larynx

Les taux d'incidence du cancer du larynx (de 1998 à 2007) ont diminué tant chez les hommes (-3,8 % par année) que chez les femmes (-3,4 % par année), tandis que les taux de mortalité affichent un recul significatif de 6,2 % chez les hommes depuis 2001 (tableau 4.5).

Le cancer du larynx est associé principalement au tabagisme[10] et à la consommation d'alcool[11]. Les taux d'incidence et de mortalité reflètent les tendances à la baisse de ces facteurs de risque[4,12].

Cancer du foie

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du foie a augmenté de 3,6 % par année et le taux de mortalité, de 2,2 % par année (tableau 4.5) entre 1998 et 2007. Ces deux hausses sont statistiquement significatives. Chez les femmes, le taux d'incidence a augmenté de 2,4 % par année (tableau 4.5).

Les hausses observées pourraient s'expliquer en partie par l'augmentation de l'immigration de personnes originaires de régions du globe où les facteurs de risque de cancer du foie, par exemple l'infection par le virus de l'hépatite B et l'exposition aux aflatoxines, sont prévalents[13].

Parmi les autres facteurs, citons les taux accrus d'infection par le virus de l'hépatite C et l'abus d'alcool, qui augmentent le risque de cirrhose et, par conséquent, de cancer du foie[14].

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Cancer du poumon

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

Chez les femmes, le taux d'incidence augmente depuis 1983, et il a connu une hausse importante de 1,1 % par année entre 1998 et 2007. On observe une augmentation légère, mais statistiquement significative (0,7 %) du taux de mortalité chez les femmes.

Malgré les tendances divergentes, on prévoit que les hommes continueront de connaître des taux d'incidence et de mortalité plus élevés que les femmes en 2012 (incidence : 62 contre 49 pour 100 000; mortalité : 50 contre 36 pour 100 000).

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

Lymphome non hodgkinien

Les taux d'incidence du lymphome non hodgkinien ont légèrement augmenté chez les hommes (0,8 %) et se sont stabilisés chez les femmes depuis 1998.

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

Les taux de mortalité ont diminué chez les hommes (-2,6 % par année) et chez les femmes (-2,7 % par année) depuis 2000 (tableau 4.5).

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

Cancer de la cavité buccale

Ce groupe comprend les cancers de la lèvre, de la langue, de la glande salivaire, de la bouche, du nasopharynx et de l'oropharynx. On a observé une légère diminution du taux d'incidence (-1,0 % par année) et du taux de mortalité (-1,8 % par année) chez les hommes depuis 1998 (tableau 4.5).

Une diminution du tabagisme, un facteur de risque majeur pour la plupart des cancers de la cavité buccale au Canada, est sans doute responsable des tendances à la baisse des taux d'incidence de ces cancers et de mortalité qui y est associée.

La diminution de l'abus d'alcool est peut-être aussi en cause. Le rôle joué par les autres facteurs de risque, y compris l'infection à VPH, l'alimentation et l'exposition au soleil (liée au cancer de la lèvre), demeure vague.

Cancer de la prostate

Les deux pics qui ont été atteints pour l'incidence du cancer de la prostate en 1993 et en 2001, suivis dans chaque cas d'un fléchissement (figure 4.5), coïncident avec deux vagues d'intensification du dépistage au moyen du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS), qui permet de déceler le cancer de la prostate à un stade précoce. Le premier pic suit l'introduction du dosage de l'APS en tant que test de dépistage. Le second pourrait s'expliquer par la publicité entourant le diagnostic de cancer de la prostate reçu en 2001 par le ministre fédéral de la Santé alors en place à la suite de dosages en série de l'APS. Le premier recul a été suivi de la reprise de la tendance à la hausse plus graduelle observée antérieurement, tandis que le second recul a été suivi d'une stabilisation de la tendance.

Si l'augmentation durable et continue des taux d'incidence est peut-être attribuable à une évolution graduelle de la détection précoce, elle peut aussi être en partie imputable à des changements dans la prévalence des facteurs de risque. Toutefois, on en sait peu sur la nature de ces facteurs dans le cas du cancer de la prostate.

Contrairement aux taux d'incidence, les taux de mortalité par cancer de la prostate ont augmenté beaucoup plus lentement depuis 1980, et ont amorcé un mouvement à la baisse au milieu des années 1990. Les taux de mortalité ont affiché une diminution importante de 4,3 % par année entre 2001 et 2007 (tableau 4.5), sans doute grâce à l'amélioration des traitements au fil du temps.

En 2009, deux essais randomisés à grande échelle portant sur le dosage de l'APS et son lien possible avec la baisse de la mortalité chez les hommes âgés de plus de 55 ans ont produit des résultats contradictoires[15,16]. Le suivi des participants à ces études aidera peut-être à clarifier le rôle de ce test dans la diminution des décès par cancer de la prostate.

Cancer de l'estomac

Les taux d'incidence du cancer de l'estomac ont diminué chez les deux sexes, à raison de 2,0 % par année chez les hommes et de 1,6 % par année chez les femmes, entre 1998 et 2007 (tableau 4.5). Cette baisse pourrait s'expliquer par un changement des habitudes alimentaires, une diminution du tabagisme et de l'abus d'alcool (lequel peut aggraver les conséquences du tabagisme sur le risque de cancer de l'estomac) et une amélioration de la reconnaissance de l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori*, qui est associée au cancer de l'estomac, et de son traitement.

Les taux de mortalité due à ce cancer ont aussi diminué considérablement (3,0 % par année chez les hommes et 2,9 % par année chez les femmes) (tableau 4.5).

Cancer de la thyroïde

Il s'agit du cancer dont le taux d'incidence augmente le plus rapidement (6,8 % par année chez les hommes depuis 1998 et 6,9 % par année chez les femmes depuis 2002; tableau 4.5). Des hausses similaires ont été observées en Europe et aux États-Unis.

On propose deux explications de l'augmentation des taux d'incidence du cancer de la thyroïde. Il est possible qu'un recours plus fréquent aux tests diagnostiques (imagerie

par échographie, tomodensitométrie et résonance magnétique) permette de déceler des cancers de la thyroïde asymptomatiques à un stade plus précoce que ce qui était possible dans le passé[17]. Autrement, il se pourrait que le risque d'être atteint de ce cancer ait réellement augmenté au fil du temps, étant donné qu'au moins une étude de recherche menée aux États-Unis a fait état d'une augmentation du nombre de tumeurs de la glande thyroïde, toutes tailles et tous stades confondus[18].

Les taux de mortalité sont demeurés stables, fort probablement parce que les traitements actuels sont très efficaces dans la prise en charge du cancer de la thyroïde à un stade précoce.

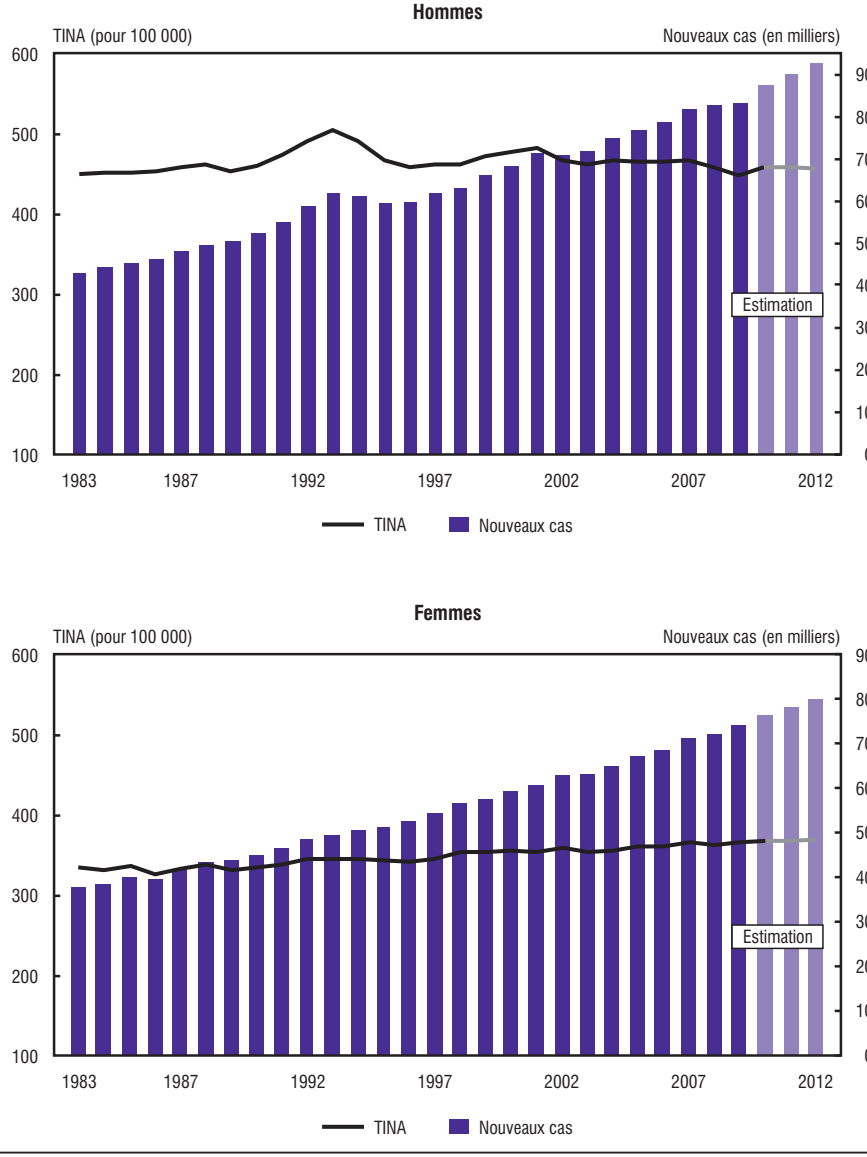
Répercussions

Les fortes baisses des taux de mortalité observées pour plusieurs cancers portent à croire que des progrès importants ont été réalisés dans la lutte contre le cancer, notamment grâce à la détection précoce et aux traitements, comme l'atteste l'amélioration de la survie relative à cinq ans au cours de la période la plus récente pour les cancers les plus courants[19]. Les tendances stables ou à la hausse des taux d'incidence de nombreux cancers suggèrent toutefois qu'il faut rehausser la prévention primaire. De plus, la figure 4.1 et la figure 4.2 mettent en relief le fardeau de plus en plus lourd que représentera l'accroissement continu du nombre de nouveaux cas de cancer pour la société canadienne, et ce, dans une large mesure, indépendamment des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité. Ces figures montrent pourquoi les programmes de prévention du cancer et de promotion de la santé sont si cruciaux. Il est essentiel d'améliorer la capacité en matière de prévention primaire, de détection précoce et de traitement afin de réduire davantage les taux globaux d'incidence du cancer et de mortalité liée à cette maladie.

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

Figure 4.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, Canada, 1983–2012



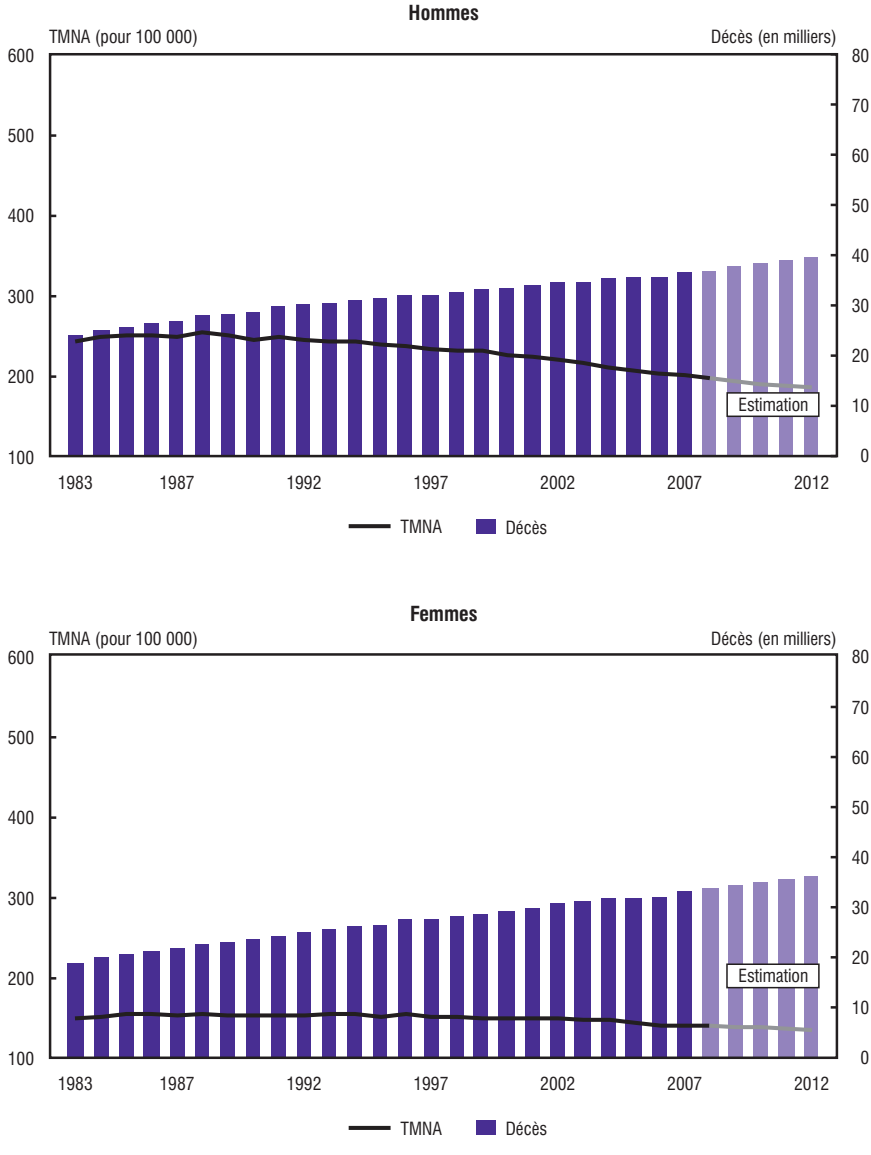
Nota : La catégorie « Tous les cancers » ne comprend pas les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Pour plus de détails, consulter l'*Annexe II : Sources de données et méthodologie.*

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

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Figure 4.2

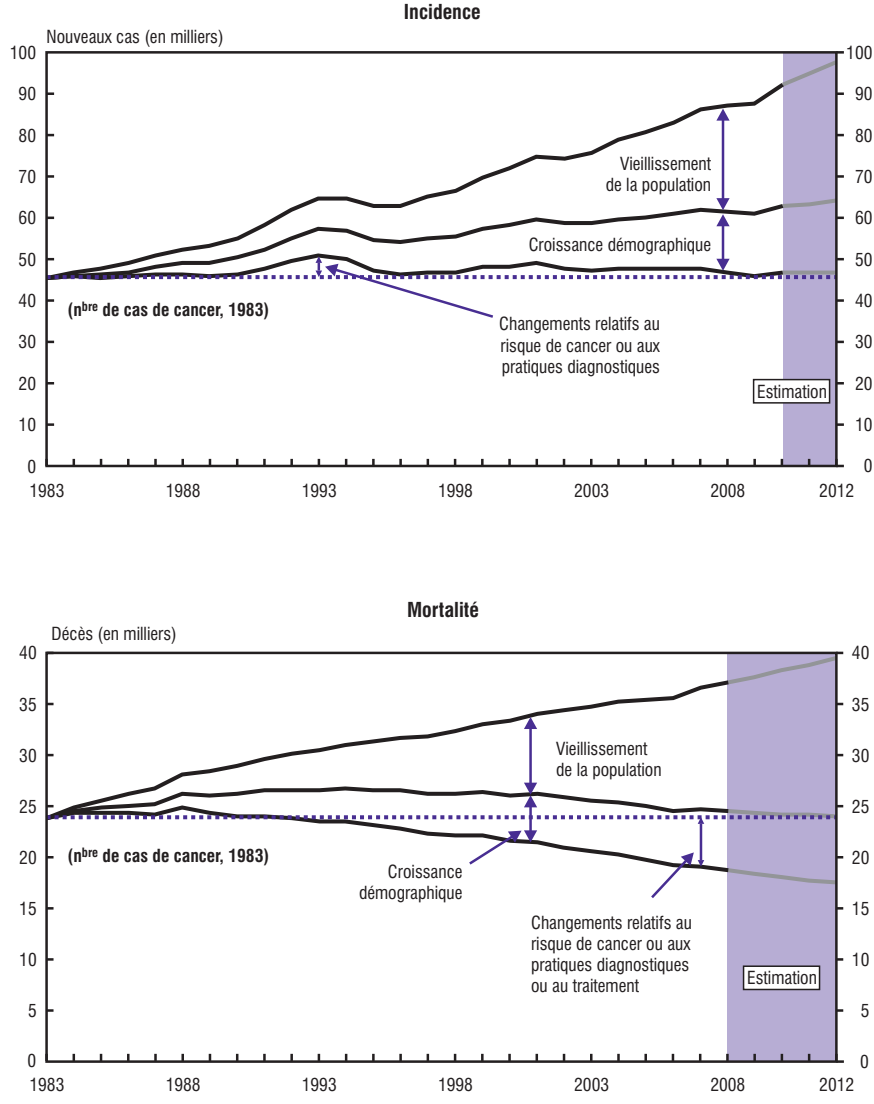
Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1983–2012



Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2007.
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada
Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Figure 4.3

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1983–2012



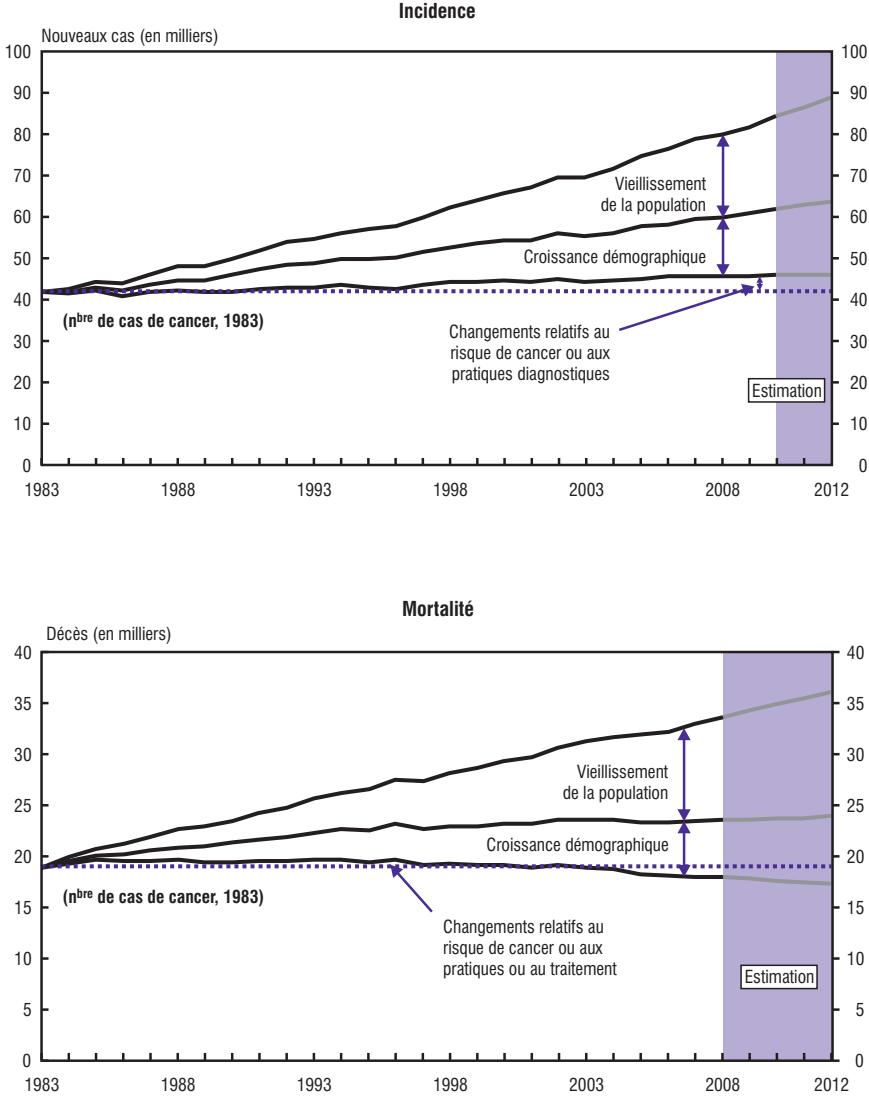
Nota : Les nouveaux cas excluent les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2007. Les fourchettes des taux varient entre les figures.

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

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, base de données du Système national de déclaration des cas de cancer et Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Figure 4.4

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1983–2012



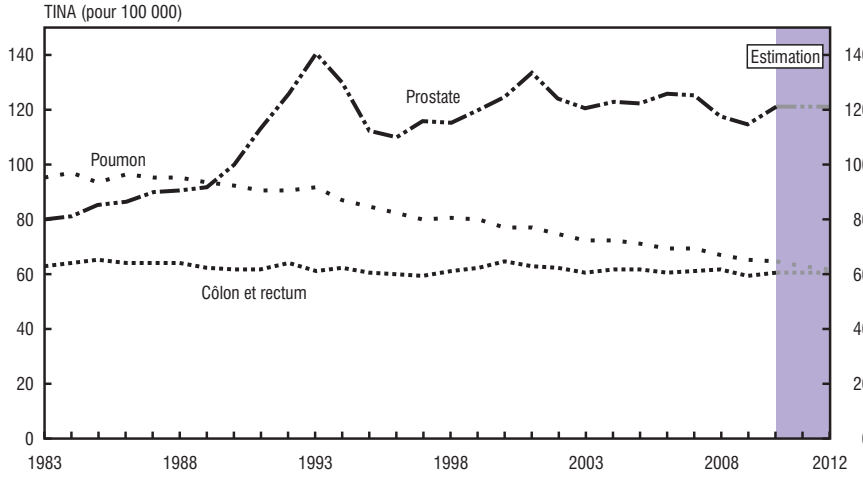
Nota : Les nouveaux cas excluent les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007), et les données réelles sur la mortalité, jusqu'en 2007. Les fourchettes des taux varient entre les figures.

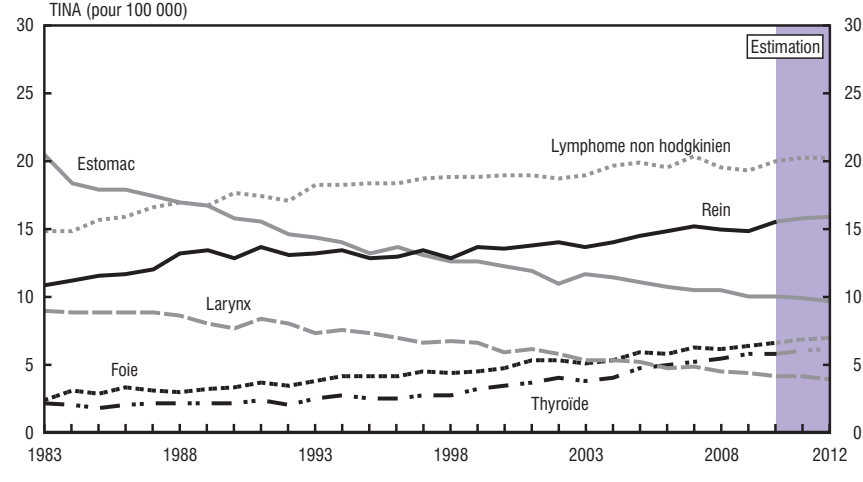
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, base de données du Système national de déclaration des cas de cancer et Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Figure 4.5

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1983–2012





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

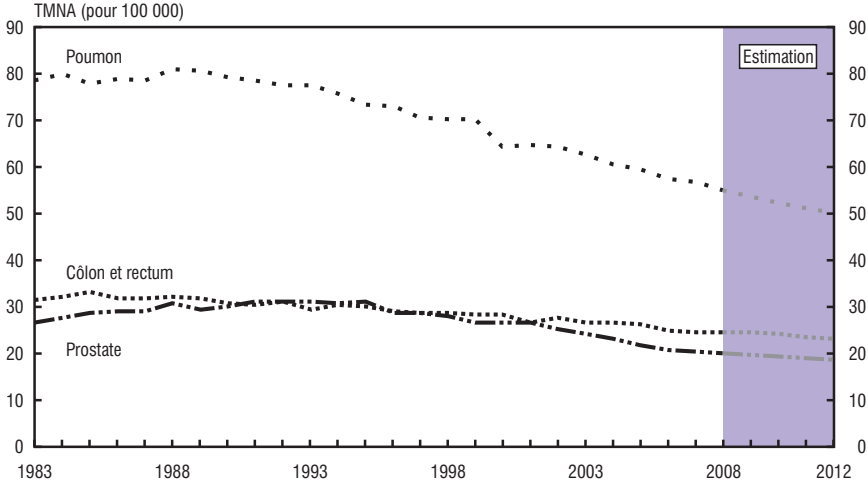
Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.1. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

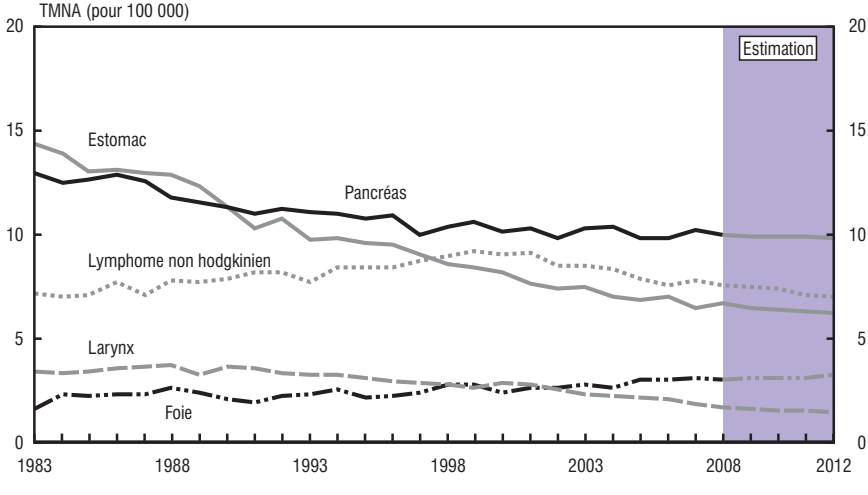
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Figure 4.6

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1983–2012





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

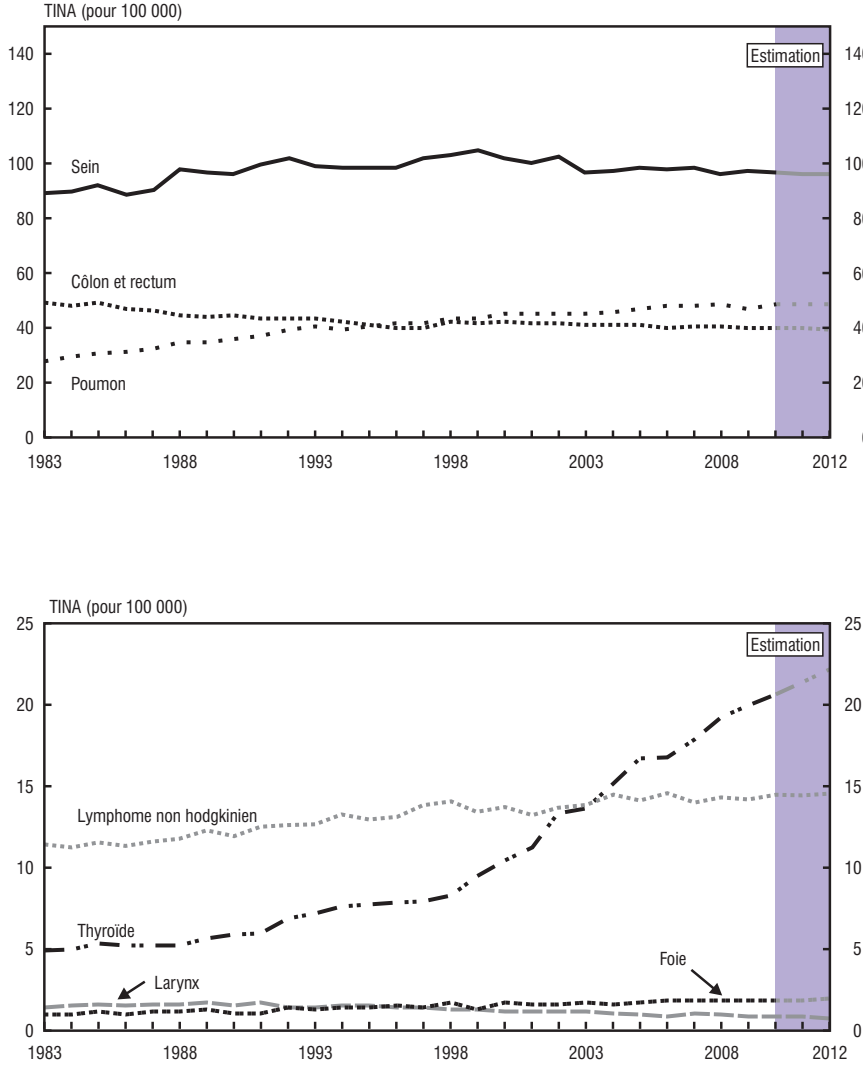
Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.2. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2007. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

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

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

Figure 4.7

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1983–2012



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

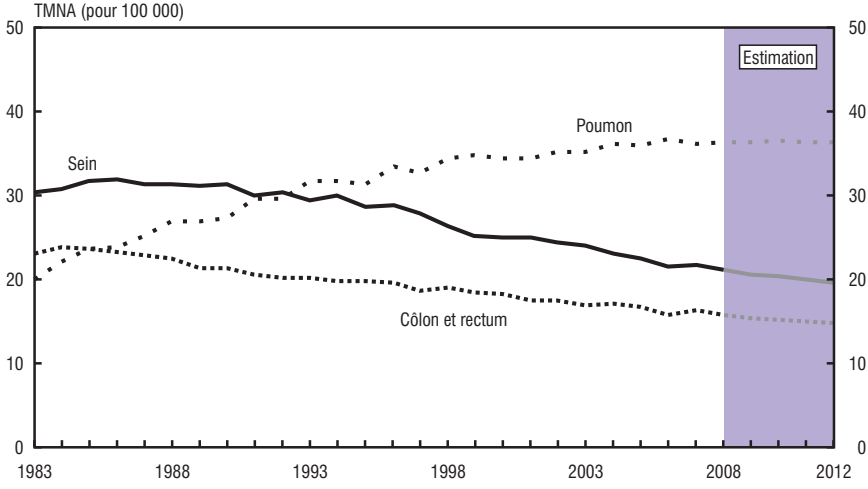
Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.3. Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

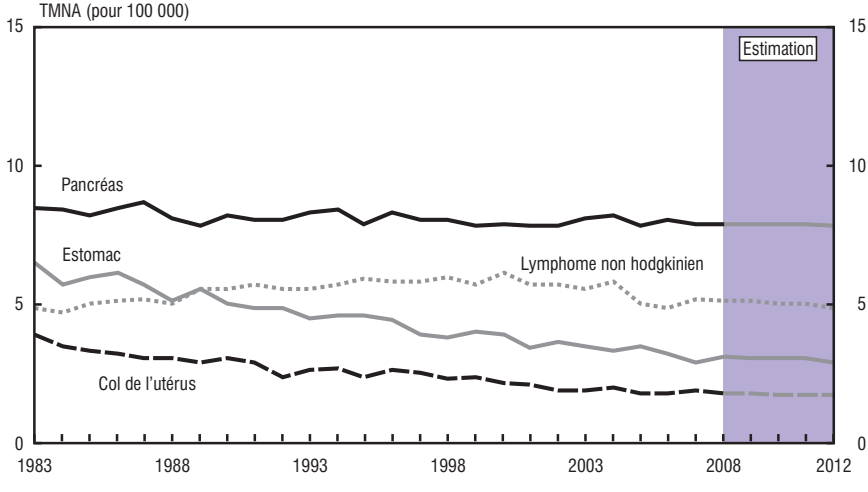
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Figure 4.8

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1983–2012





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

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Voir les données du tableau 4.4. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2007. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

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

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

Tableau 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1983-2012

Année	Cas pour 100 000									
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphome non hodgkinien	Rein	Estomac	Foie	Thyroïde	Larynx
1983	450,5	79,7	95,0	62,9	14,9	10,8	20,5	2,4	2,1	9,0
1984	452,3	81,0	96,9	63,8	14,9	11,3	18,4	3,1	2,0	8,9
1985	452,3	85,1	93,0	65,2	15,7	11,5	18,0	2,8	1,8	8,8
1986	453,9	86,1	96,1	63,5	16,0	11,6	18,0	3,3	2,0	8,8
1987	458,5	89,5	94,8	63,4	16,6	12,0	17,4	3,1	2,2	8,8
1988	460,9	90,4	95,1	63,4	17,0	13,3	17,0	3,0	2,1	8,6
1989	453,8	91,8	93,3	62,0	16,7	13,4	16,7	3,2	2,1	8,1
1990	460,2	99,8	92,4	61,9	17,7	12,9	15,8	3,4	2,2	7,7
1991	472,4	112,5	90,5	61,8	17,4	13,6	15,6	3,6	2,4	8,4
1992	490,6	125,7	90,6	63,3	17,2	13,1	14,6	3,5	2,0	8,1
1993	503,1	140,7	91,5	61,0	18,2	13,2	14,3	3,8	2,6	7,4
1994	491,3	129,8	86,8	62,1	18,2	13,4	14,1	4,2	2,7	7,5
1995	467,1	111,8	84,7	60,5	18,3	12,8	13,3	4,2	2,6	7,4
1996	458,1	110,1	82,2	59,4	18,3	13,0	13,6	4,2	2,6	6,9
1997	461,0	115,6	79,4	59,1	18,8	13,4	13,1	4,5	2,7	6,6
1998	460,8	115,0	80,5	61,2	18,9	12,9	12,6	4,4	2,7	6,7
1999	471,9	119,6	79,5	62,2	18,9	13,6	12,6	4,6	3,2	6,6
2000	476,5	124,8	77,1	64,2	19,0	13,5	12,3	4,7	3,5	5,9
2001	482,3	133,2	77,0	63,2	19,0	13,8	11,9	5,3	3,6	6,1
2002	466,7	123,8	74,5	62,6	18,8	14,0	11,0	5,3	4,0	5,8
2003	462,4	120,4	72,4	60,3	19,0	13,6	11,7	5,1	3,7	5,4
2004	466,4	122,6	72,3	61,5	19,7	14,0	11,4	5,4	4,0	5,3
2005	465,3	121,9	71,1	61,4	20,0	14,4	11,1	5,9	4,7	5,2
2006	464,9	126,1	69,1	60,4	19,5	14,9	10,7	5,8	5,0	4,7
2007	467,1	125,5	68,9	60,8	20,4	15,3	10,5	6,3	5,2	4,8
2008	458,0	117,2	67,0	61,4	19,6	15,0	10,5	6,1	5,5	4,5
2009	448,8	114,6	65,1	59,2	19,3	14,9	10,1	6,4	5,8	4,4
2010†	458,0	121,2	64,2	60,6	20,1	15,6	10,0	6,6	5,8	4,2
2011†	457,0	121,2	63,0	60,5	20,2	15,8	9,9	6,8	6,0	4,1
2012†	456,1	121,2	61,8	60,5	20,2	15,9	9,7	6,9	6,1	3,9

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

† Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

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

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

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Tableau 4.2

Taux de mortalité selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1983–2012

Année	Décès pour 100 000								
	Tous les cancers	Poumon	Côlon et rectum	Prostate	Pancréas	Lymphome non hodgkinien	Estomac	Foie	Larynx
1983	243,1	78,4	31,7	26,7	12,9	7,2	14,3	1,6	3,4
1984	248,1	80,2	32,4	27,5	12,5	7,0	13,9	2,3	3,3
1985	249,2	78,0	33,3	28,9	12,7	7,1	13,0	2,2	3,4
1986	249,0	78,8	31,9	29,4	12,8	7,7	13,1	2,3	3,5
1987	248,1	78,5	31,9	29,4	12,6	7,1	12,9	2,3	3,6
1988	254,6	81,2	32,3	30,7	11,8	7,8	12,8	2,6	3,7
1989	249,4	81,0	31,9	29,7	11,5	7,7	12,3	2,4	3,2
1990	246,4	79,4	30,8	30,1	11,3	7,9	11,3	2,0	3,6
1991	247,5	78,7	30,3	31,2	11,0	8,1	10,3	1,9	3,5
1992	245,2	77,6	31,0	31,1	11,2	8,1	10,7	2,2	3,3
1993	243,2	77,9	29,6	31,1	11,1	7,7	9,7	2,3	3,2
1994	242,3	75,6	30,2	30,8	11,0	8,4	9,8	2,5	3,2
1995	239,3	73,3	30,0	31,1	10,7	8,4	9,6	2,1	3,1
1996	236,6	72,9	29,4	29,0	10,9	8,4	9,5	2,2	2,9
1997	232,3	70,5	28,8	28,8	10,0	8,7	9,0	2,4	2,8
1998	230,7	70,2	28,8	28,1	10,4	8,9	8,6	2,7	2,7
1999	229,8	70,4	28,4	26,9	10,6	9,2	8,4	2,7	2,6
2000	225,8	64,3	28,4	26,9	10,1	9,0	8,1	2,4	2,8
2001	224,3	64,7	27,0	26,7	10,3	9,1	7,6	2,6	2,7
2002	220,3	64,5	27,6	25,1	9,8	8,5	7,3	2,6	2,5
2003	215,4	62,7	26,7	24,0	10,3	8,5	7,4	2,7	2,3
2004	212,1	60,6	26,7	23,4	10,4	8,3	7,0	2,6	2,2
2005	207,7	59,8	26,4	21,9	9,8	7,9	6,8	3,0	2,1
2006	201,5	57,5	24,8	20,8	9,8	7,5	7,0	3,0	2,0
2007	200,1	57,0	24,4	20,4	10,2	7,8	6,5	3,1	1,8
2008†	196,4	55,1	24,6	20,3	10,0	7,5	6,6	3,0	1,7
2009†	193,3	53,8	24,3	19,8	9,9	7,4	6,5	3,1	1,6
2010†	190,3	52,6	24,0	19,4	9,9	7,3	6,4	3,1	1,5
2011†	187,2	51,3	23,7	18,9	9,9	7,1	6,3	3,1	1,5
2012†	184,4	50,2	23,4	18,5	9,8	7,0	6,2	3,2	1,4

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

† Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2007. Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

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

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

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

Tableau 4.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1983–2012

Année	Cas pour 100 000							
	Tous les cancers	Sein	Poumon	Côlon et rectum	Thyroïde	Lymphome non hodgkinien	Foie	Larynx
1983	333,1	89,3	28,2	49,1	4,8	11,5	0,9	1,3
1984	329,9	90,3	29,5	47,8	4,9	11,3	0,9	1,4
1985	336,1	92,2	30,8	49,5	5,3	11,4	1,1	1,5
1986	325,4	88,6	31,5	47,1	5,2	11,3	0,9	1,4
1987	331,6	91,1	33,2	46,7	5,2	11,5	1,1	1,5
1988	336,8	97,8	34,6	45,0	5,1	11,7	1,1	1,5
1989	330,6	96,4	34,9	44,3	5,6	12,2	1,2	1,6
1990	333,6	96,0	36,3	44,5	5,8	12,1	1,0	1,4
1991	338,0	100,2	37,5	43,2	5,9	12,5	1,0	1,6
1992	343,8	101,9	39,7	43,3	6,8	12,6	1,3	1,3
1993	343,3	99,2	40,5	43,1	7,1	12,7	1,2	1,3
1994	343,8	99,0	39,8	42,5	7,6	13,3	1,3	1,4
1995	342,1	98,9	40,7	41,4	7,7	13,1	1,3	1,4
1996	340,0	98,7	42,0	40,1	7,8	13,1	1,4	1,3
1997	344,3	102,3	41,9	40,4	7,9	13,8	1,3	1,3
1998	352,0	103,4	43,6	42,8	8,2	14,0	1,6	1,2
1999	352,8	105,4	43,5	41,9	9,4	13,5	1,2	1,2
2000	354,8	101,7	45,1	42,9	10,4	13,8	1,6	1,1
2001	352,6	100,4	45,1	42,3	11,2	13,3	1,5	1,1
2002	358,6	102,4	45,7	42,1	13,3	13,6	1,5	1,1
2003	351,4	96,9	45,6	41,2	13,6	13,7	1,6	1,1
2004	354,2	97,2	46,3	41,6	15,1	14,4	1,5	1,0
2005	360,9	98,5	47,6	41,5	16,7	14,0	1,6	0,9
2006	361,0	98,3	47,9	40,3	16,8	14,5	1,8	0,8
2007	364,3	98,6	47,7	40,9	17,9	13,9	1,8	1,0
2008	361,9	96,2	48,6	40,7	19,2	14,2	1,8	0,9
2009	364,2	97,6	47,4	39,9	20,0	14,2	1,8	0,8
2010†	365,7	96,5	48,4	40,1	20,6	14,4	1,8	0,8
2011†	366,8	96,2	48,6	39,9	21,4	14,4	1,8	0,8
2012†	367,9	95,9	48,7	39,8	22,2	14,5	1,9	0,7

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

† Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2009 pour toutes les provinces, à l'exception du Québec (2007). Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

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

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

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Tableau 4.4

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1983–2012

Année	Décès pour 100 000							
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Pancréas	Lymphome non hodgkinien	Estomac	Col de l'utérus
1983	149,4	19,9	30,4	23,0	8,5	4,9	6,5	3,9
1984	151,8	22,1	30,7	23,8	8,4	4,7	5,7	3,5
1985	154,8	23,7	31,8	23,6	8,2	5,0	6,0	3,3
1986	154,4	23,9	32,0	23,3	8,5	5,1	6,1	3,2
1987	154,0	25,3	31,3	22,8	8,7	5,2	5,7	3,0
1988	155,3	26,9	31,4	22,6	8,1	5,0	5,1	3,0
1989	153,0	26,9	31,2	21,2	7,8	5,5	5,5	2,9
1990	152,9	27,5	31,3	21,2	8,2	5,5	5,0	3,0
1991	153,7	29,5	30,1	20,6	8,0	5,7	4,9	2,9
1992	153,1	29,6	30,4	20,1	8,0	5,5	4,9	2,4
1993	154,9	31,7	29,4	20,2	8,3	5,5	4,5	2,6
1994	155,2	31,9	30,0	19,8	8,4	5,7	4,6	2,7
1995	152,0	31,3	28,7	19,7	7,9	5,9	4,6	2,4
1996	155,2	33,6	28,9	19,6	8,3	5,8	4,4	2,6
1997	150,4	32,6	27,8	18,7	8,0	5,8	3,9	2,5
1998	151,3	34,5	26,4	19,1	8,0	6,0	3,8	2,3
1999	149,8	34,9	25,2	18,5	7,8	5,7	4,0	2,4
2000	149,8	34,4	25,0	18,1	7,9	6,1	3,9	2,2
2001	148,2	34,4	25,0	17,6	7,8	5,7	3,4	2,1
2002	149,2	35,2	24,4	17,5	7,8	5,7	3,6	1,9
2003	148,1	35,3	24,1	16,9	8,1	5,5	3,5	1,9
2004	147,0	36,1	23,1	17,1	8,2	5,8	3,3	2,0
2005	143,7	35,9	22,6	16,7	7,8	5,0	3,5	1,8
2006	141,5	36,8	21,5	15,7	8,0	4,9	3,2	1,8
2007	141,2	36,1	21,8	16,3	7,9	5,2	2,9	1,9
2008†	140,3	36,4	21,1	15,7	7,9	5,1	3,1	1,8
2009†	139,1	36,5	20,7	15,4	7,9	5,1	3,0	1,8
2010†	137,9	36,6	20,3	15,2	7,9	5,0	3,0	1,7
2011†	136,7	36,5	19,9	15,0	7,9	5,0	3,0	1,7
2012†	135,5	36,3	19,5	14,8	7,8	4,9	2,9	1,7

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

† Les données réelles sont disponibles jusqu'en 2007. Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

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

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

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

Tableau 4.5

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

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

— Sans objet ou faible nombre de décès

* Significatif, $p<0,05$

** Significatif, $p<0,01$

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

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

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

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

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

Le présent rapport vise surtout à présenter les estimations pour l'année en cours obtenues après analyse des données réelles et à faire des prévisions à court terme à l'aide de techniques statistiques (voir l'*annexe II*).

Toutefois, des résumés des statistiques de l'incidence et de la mortalité réelles obtenues à partir des données disponibles les plus à jour sont accessibles sur les sites Web suivants :

- Renseignements sur l'incidence du cancer
  - Statistique Canada
    http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-231-X&lang=fra
  - Agence de la santé publique du Canada, cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques
    www.infobase.phac-aspc.gc.ca
- Renseignements sur les causes de décès - y compris la mortalité par cancer - accessibles sur le site de Statistique Canada :
  http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-208-x&lang=fra
- Pour obtenir les données les plus récentes pour chaque province ou territoire, veuillez communiquer avec les responsables des registres provinciaux ou territoriaux du cancer (voir la section *Pour en savoir plus sur le cancer*).

ANNEXE II : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

SOURCES DE DONNÉES

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

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans le présent rapport couvrent la période allant de 1983 à 2009 (sauf pour la province de Québec, pour laquelle les données figurant dans le RCC étaient disponibles jusqu'à 2007 au moment de la préparation du rapport). Les données pour la période de 1992 à 2009 ont été tirées du RCC[20], tandis que celles des années antérieures ont été extraites du prédécesseur du RCC, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC). Le SNDCC est une base de données fixe, axée sur le nombre de tumeurs, qui répertorie des cas dont la date de diagnostic peut remonter jusqu'à 1969.

- Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada les données à verser dans le RCC.
- Le RCC est une base de données axée sur les individus qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada.
- C'est la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada qui maintient le RCC. Grâce au couplage interne des enregistrements, elle peut retracer les personnes dont la tumeur a été diagnostiquée dans plus d'une province ou d'un territoire et détecter les enregistrements en double. Elle apparie les données sur l'incidence aux données sur la mortalité, décrites ci-dessous, aux fins d'analyses de la survie et de la prévalence.
- Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la troisième révision de la *Classification internationale des maladies - Oncologie* (CIM-O-3)[21].

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

- Les données réelles sur la mortalité par cancer couvrent la période de 1983 à 2007 et sont tirées de la Base de données sur les décès - Statistiques de l'état civil[22].
- Les données sur les décès sont recueillies par les responsables des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil, qui les communiquent régulièrement à Statistique Canada afin qu'elles soient versées dans la Base de données sur les décès.
- La Base de données sur les décès comprend des renseignements sur le profil démographique et la cause du décès de toutes les personnes décédées au Canada depuis 1921.
- Elle renferme aussi des données sur les résidents canadiens décédés dans certains États américains. Le Canada reçoit actuellement des données abrégées sur les décès de la part d'une dizaine d'États.
- La Base de données est maintenue par la Division de la statistique de la santé, à Santé Canada.
- Les causes de décès sont classées selon la dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10)[23].

- Les décès par cancer sont les décès dont la cause initiale, établie par le médecin, est une forme quelconque de cancer.

Données sur la population : le Recensement du Canada

- Les données estimatives sur la population pour le Canada, les provinces et les territoires proviennent des recensements réalisés tous les cinq ans de 1981 à 2006.
- Les estimations intercensitaires établies par Statistique Canada ont été utilisées pour les années comprises entre ces recensements, et les estimations postcensitaires ont été utilisées pour la période de 2006 à 2010[3].
- Les estimations de la population projetée effectuées par Statistique Canada, en prenant pour hypothèse une croissance moyenne (scénario M1), sont utilisées pour 2011 et 2012[2]. Le scénario M1 est celui d'une croissance moyenne prenant en compte les tendances historiques (1981–2008) en matière de migration interprovinciale.
- Toutes les estimations démographiques incluent les résidents non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens qui reviennent de l'étranger.

Définitions des cancers

- Les cancers sont généralement définis selon les catégories établies dans la CIM-O-3 pour l'incidence et la CIM-10 pour la mortalité, comme l'indique le tableau A1.
- Certaines définitions ont légèrement changé au fil du temps. Le tableau A2 fait état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de cette publication.

MÉTHODOLOGIE

Taux d'incidence et de mortalité

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

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

ANNEXE II : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Estimation de l'incidence (nouveaux cas) et de la mortalité (décès) pour 2012

Nous avons utilisé deux méthodes pour estimer les données sur l'incidence et la mortalité : le modèle de régression Nordpred Power5 et le calcul de la moyenne sur cinq ans.

Modèle Nordpred Power5

Le modèle de régression Nordpred Power5 est la principale méthode qui a été utilisée pour estimer le nombre de nouveaux cas et de décès en 2012 pour chaque siège ou type de cancer selon le sexe (sauf pour les nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome; voir la section *Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome* ci-dessous), qui sont présentés dans les tableaux 1.1 et 1.2. Le modèle Nordpred est fondé sur un modèle de régression de Poisson de type âge-période-cohorte, mais, grâce aux améliorations qui lui ont été apportées, il permet de surmonter les difficultés que comporte le modèle de Poisson standard et offre des projections améliorées et plus exactes[24]. Le modèle Nordpred est offert sous forme de trousse logicielle[25]; il s'agit actuellement de l'une des méthodes les plus fréquemment utilisées pour établir des projections sur le cancer à l'échelle mondiale[26–30].

Le modèle Nordpred Power5 a été utilisé dans la situation où le nombre annuel moyen de cas pour un siège, pour les cinq années les plus récentes, était supérieur à 50. L'hypothèse sous-jacente du modèle de régression Nordpred Power5 est que les nombres annuels de nouveaux cas et de décès sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes dont la valeur moyenne est égale au produit de la taille de la population pour une année donnée et du taux annuel (réel).

- Un modèle de régression Nordpred Power5 distinct était adapté à chaque province, à chaque sexe et à chaque type de cancer pour la période de 1985 à 2009 (1983 à 2007 pour le Québec) en ce qui concerne l'incidence et pour la période de 1983 à 2007 en ce qui a trait à la mortalité.
- Le modèle Power5 utilise la formule $R_{ap} = (A_a + D \cdot p + P_p + C_c)^5$, où *a, p* et *c* représentent respectivement l'âge, la période et la cohorte, dans des groupes de cinq ans. Les données d'entrée ont été regroupées en périodes calendaires de cinq ans et en 18 groupes d'âge de cinq ans (décrites ci-dessus); des cohortes ont été créées synthétiquement en soustrayant l'âge de la période. R_{ap} est le taux d'incidence/de mortalité pour le groupe d'âge a à la période calendaire p, A_a est la composante âge pour le groupe d'âge a, D est le paramètre de dérive courant qui résume la composante linéaire de la tendance et qui ne peut être attribué à une période ni à une cohorte[31]. P_p est la composante non linéaire de la période p, et C_c est la composante non linéaire de la cohorte c.
- Le modèle Nordpred utilise un test de validité de l'ajustement pour choisir le nombre de périodes de cinq ans à inclure dans l'ensemble de données qui servira à calculer les valeurs futures (base de projection).
- Le logiciel détermine si la tendance moyenne pour toutes les valeurs observées, ou si la pente des 10 dernières années de valeurs observées est utilisée pour effectuer des projections, d'après un test de signification mesurant la déviation par rapport à la tendance linéaire. Cette méthode permet de chercher de façon approximative des changements significatifs dans la tendance observée. Vous pouvez également

choisir d'utiliser la tendance moyenne ou la tendance pour les 10 dernières années de votre projection en précisant la valeur de l'option « recent » (récent).

- Pour chaque groupe d'âge, un minimum de cinq cas dans chaque période de cinq ans était nécessaire; pour les groupes d'âge dont le nombre de cas n'atteignait pas ce seuil, les taux futurs étaient calculés d'après le nombre moyen de cas des deux dernières périodes.
- Pour atténuer l'impact des tendances courantes dans les périodes futures, on utilise l'option « cut-trend » (atténuer la tendance), laquelle est un vecteur de proportions qui indique la mesure dans laquelle il faut atténuer la tendance estimée pour chaque période de projection de cinq ans. Une réduction graduelle de 25 % et de 50 % du paramètre de dérive pour la deuxième et la troisième période de cinq ans, respectivement, a été utilisée par défaut dans le présent rapport.
- Tous les modèles prévoyaient un facteur pour l'âge. Les tendances du taux d'incidence normalisé selon l'âge ont ensuite été extrapolées à 2012. Nous avons obtenu les estimations pour 2012 en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques selon le sexe, l'âge et la province pour la même année.
- Les valeurs par défaut des options « recent » (récent) et « cut-trend » (atténuer la tendance) du modèle Nordpred ont été modifiées pour certains sièges, notamment pour le taux d'incidence du cancer de la thyroïde et le taux de mortalité du cancer de la prostate, étant donné que l'on ne s'attend pas à continuer d'observer une variation annuelle en pourcentage aussi importante des tendances récentes. Les valeurs ont été choisies de façon à ce que les estimations concordent avec les plus récentes données auxquelles avaient accès les responsables des registres provinciaux du cancer.

Calcul de la moyenne sur cinq ans

Le nombre estimatif de nouveaux cas et de décès en 2012 pour chaque siège ou type de cancer reposait aussi sur le calcul de la moyenne des données des cinq années les plus récentes. Cette méthode peut être plus réaliste dans le cas des cancers où une modification de la tendance a été observée récemment (les estimations faites à l'aide du modèle Nordpred Power5 laissent à désirer pour ces cancers, car il est fondé sur une tendance à moyen ou à long terme), ou lorsque les fréquences sont faibles, de sorte que les estimations fondées sur le modèle Nordpred sont instables. Nous avons calculé la moyenne des taux pour les cinq années les plus récentes pour chaque sexe, tranche d'âge de cinq ans, type de cancer et province. Nous avons ensuite obtenu les estimations en multipliant ces taux par les projections démographiques correspondantes.

La moyenne sur cinq ans a été utilisée pour établir l'incidence du cancer de la prostate en raison des changements spécifiques selon l'âge observés récemment dans la tendance.

Sélection des « meilleures » estimations

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

- L'estimation obtenue à l'aide du modèle Nordpred a été privilégiée, sauf lorsque les fréquences étaient faibles.

- Une estimation de la moyenne sur cinq ans a été utilisée lorsque le nombre annuel moyen de cas au cours de la plus récente période de cinq ans était inférieur ou égal à 50.
- Une estimation de la moyenne sur cinq ans a été utilisée pour les territoires et n'est déclarée que pour la catégorie « Tous les cancers » en raison de la petite taille des échantillons.
- Nous avons calculé la valeur absolue de l'écart entre les taux normalisés selon l'âge obtenus à l'aide des deux méthodes et l'avons exprimée par rapport à l'estimation fondée sur la moyenne sur cinq ans. Ainsi, si le taux estimé selon le modèle Nordpred Power5 était de 4,0 et que le taux fondé sur la moyenne sur cinq ans était de 4,5, l'écart relatif serait de (4,0 - 4,5) ÷ 4,5 soit 11,1 %.
- Les provinces ont examiné de près les estimations de cas de cancers affichant un écart relatif supérieur à 15 %. De tels cas peuvent révéler des écarts importants par rapport à la tendance à long terme.
- Les provinces ont formulé des commentaires sur l'accès à des projections à l'interne, la connaissance des tendances locales ou l'accès à des données plus actuelles, ce qui a permis d'évaluer les estimations faites à l'aide des deux méthodes.
- Les estimations pour l'ensemble du Canada ont été obtenues en additionnant les chiffres applicables aux provinces et aux territoires.

Les tableaux A3 et A4 indiquent les types ou sièges de cancer qui ont été signalés selon la méthode de la moyenne sur cinq ans pour 2012. Dans ces cas, les taux normalisés selon l'âge pour 2012, déclarés dans le présent rapport, ont été calculés à l'aide de données réelles des cinq années les plus récentes.

Tous les cancers combinés

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

Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome

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

- Les laboratoires de pathologie de la Colombie-Britannique envoient au registre provincial tous les rapports de diagnostic de cancer de la peau autre que le mélanome. Le registre du cancer de la Colombie-Britannique a projeté jusqu'en 2012 les taux d'incidence selon l'âge et le sexe enregistrés de 1992 à 1994 et en 2003, et ces chiffres ont été appliqués aux estimations prévues de la population canadienne pour obtenir une estimation du nombre de cas au Canada dans son ensemble.
- Les données sur les cancers de la peau autres que le mélanome pour 1989 à 2008 par année, selon le sexe et selon le groupe d'âge, ont été transmises par les

responsables du registre du cancer du Manitoba et du registre du cancer du Nouveau-Brunswick. Les régressions linéaires ont été effectuées et projetées jusqu'en 2012 au moyen d'une transformation logarithmique des taux annuels pour chaque province et groupe d'âge (0 à 39 ans, 40 à 59 ans, 60 à 79 ans et 80 ans et plus).

- Nous avons calculé le nombre prévu de cas de cancer autre que le mélanome pour l'ensemble du Canada en multipliant les taux d'incidence prévus au Manitoba et au Nouveau-Brunswick par les estimations prévues de la population canadienne selon le sexe et l'âge pour 2012.
- Les nouveaux cas de cancer autre que le mélanome signalés pour l'ensemble du Canada correspondent à la moyenne des estimations faites par les registres de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick pour 2012.

Arrondissement aux fins de la production du rapport

- Les estimations de l'incidence et de la mortalité qui figurent dans le présent rapport ont été arrondies de la façon suivante :
  - au multiple de 5 près pour les dénombrements de 0 à 99;
  - à la dizaine près pour les dénombrements de 100 à 999;
  - au multiple de 50 près pour les dénombrements de 1 000 à 1 999;
  - à la centaine près pour les dénombrements de 2 000 et plus.
- Les pourcentages et les taux normalisés et spécifiques selon l'âge ont été arrondis à la dizaine près, sauf dans les tableaux 1.1, 1.2, 2.3 et 2.5, où ils ont été arrondis au nombre entier le plus près en raison de contraintes d'espace.
- Les dénombrements ou les taux selon l'âge et selon le sexe ont été combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tout écart de ce type se situe toutefois à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

Précision des estimations de 2012

Les estimations de la précision (erreurs-types, coefficients de variation et limites de confiance) pour les dénombrements et les taux de 2012 sont disponibles sur demande auprès de la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada). La précision d'une estimation dépend principalement du nombre de cas et de la taille de la population pour chaque combinaison siège ou type de cancer, âge, sexe, province ou territoire.

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

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

- Nous avons soumis les taux annuels normalisés selon l'âge au cours de la période de 1986 à 2007 (pour l'incidence et la mortalité) à un modèle de régression Joinpoint afin de déterminer quelles sont les années où la VAP a changé de manière significative. Ces années sont appelées des *points de retournement*.
- Pour déceler une tendance nouvelle, il fallait au moins cinq années de données avant et après un point de retournement. Ainsi, le point de retournement le plus récent est 2003.
- Lorsque nous n'avons détecté aucun point de retournement au cours de la période de 1998 à 2007, nous avons calculé la VAP en ajustant un modèle à cette période, comme il est décrit ci-dessus.
- Lorsque nous avons détecté un point de retournement dans cette décennie, nous avons estimé la VAP à partir de la tendance dans le dernier segment. Le tableau 4.5 indique l'année du point de retournement et la VAP pour les années suivant le point de retournement.

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

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

- Ligne supérieure : nombre annuel de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, hommes ou femmes.
- Sous la ligne supérieure : population totale annuelle multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1983 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- Au-dessus de la ligne inférieure : population totale en 1983 multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1983 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- Ligne inférieure (ligne pointillée) : nombre observé de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, hommes ou femmes, en 1983.

QUESTIONS LIÉES AUX DONNÉES ET À LA MÉTHODOLOGIE

Incidence

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

- Les tumeurs bénignes et les cancers in situ ne sont pas systématiquement enregistrés ou signalés, sauf dans le cas des cancers in situ de la vessie. Tous les

registres du cancer, sauf celui de l'Ontario, communiquent au RCC des données sur les cancers in situ de la vessie.

- À Terre-Neuve-et-Labrador, le registre n'a reçu que tout récemment l'information sur tous les certificats de décès portant la mention de cancer. Cela a entraîné une sous-estimation de l'incidence de certains cancers, car il n'y a pas eu de cas identifiés par certificat de décès seulement (CDS). Par conséquent, le nombre de décès ou les taux de mortalité pourraient dépasser le taux d'incidence au cours d'une année donnée, surtout lorsqu'il s'agit de cancers très mortels.
- Le nombre de cas identifiés par CDS à Terre-Neuve-et-Labrador en 2008 et en 2009 a été estimé à partir des données de 2007.
- Au Québec, les cas identifiés par CDS n'ont, de façon générale, pas été signalés au RCC, sauf pour la période de 2000 à 2006. Le nombre de cas identifiés par CDS au Québec en 2007 a été estimé à partir de la moyenne de 2002 à 2006. De plus, le registre étant tributaire des données transmises par les hôpitaux, le nombre de cas de certains cancers, en particulier ceux pour lesquels le rapport de pathologie représente la principale source d'information sur le diagnostic, est sous-estimé. La remarque vaut en particulier pour le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie[1].
- Le nombre de cas identifiés par CDS en Ontario en 2008 et en 2009 a été estimé à partir de la moyenne de 2003 à 2007.
- Le nombre de cas identifiés par CDS représente moins de 2 % du nombre total de cas.
- Les cancers de la peau autres que le mélanome sont exclus parce que la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur ces cas. Il est difficile d'enregistrer ces cancers de manière exhaustive, car ils peuvent être diagnostiqués et traités dans des cadres divers et sont très nombreux. C'est pourquoi les calculs fondés sur les trois registres qui rendent compte de ces cancers (voir la section *Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome* ci-dessus) sont vraisemblablement des sous-estimations.

Mortalité

Bien que les procédures d'enregistrement des décès et de détermination de leur cause soient normalisées tant à l'échelle nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du siège ou type de cancer qui figure sur le certificat de décès est généralement moins précise que celle qu'obtiennent les registres du cancer dans les dossiers des hôpitaux et des services d'anatomopathologie.

De nombreux légers changements ont été apportés aux définitions au fil des ans (voir le tableau A2), mais une modification importante mérite d'être signalée :

- Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avions utilisé les codes 153 et 154 de la neuvième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-9) dans les versions du rapport publiées avant 2003, par souci d'uniformité avec les autres rapports. Cependant, cette mesure donne une sous-estimation d'environ 10 % de la mortalité par cancer du côlon et du rectum, parce que la plupart des décès enregistrés sous le code 159.0 (tractus intestinal, partie non précisée) de la CIM-9 sont des cas de cancer colorectal.

- Depuis la révision de 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les données sur la mortalité par cancer colorectal qui figurent dans le présent rapport ne peuvent être comparées directement avec celles dont font état les rapports antérieurs à 2003.

ANNEXE II : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Tableau A1
Définition des différents cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3* (Incidence)	CIM-10 (mortalité)
Cavité buccale	C00–C14	C00–C14
Oesophage	C15	C15
Estomac	C16	C16
Côlon et rectum	C18–C20, C26.0	C18–C20, C26.0
Foie	C22.0	C22.0, C22.2–C22.7
Pancréas	C25	C25
Larynx	C32	C32
Poumon	C34	C34
Mélanome	C44 (types 8720–8790)	C43
Sein	C50	C50
Col de l'utérus	C53	C53
Corps de l'utérus	C54–C55	C54–C55
Ovaire	C56.9	C56
Prostate	C61.9	C61
Testicule	C62	C62
Vessie (y compris le cancer in situ)	C67	C67
Rein	C64.9, C65.9	C64–C65
Encéphale	C70–C72	C70–C72
Thyroïde	C73.9	C73
Maladie de Hodgkin*	Types 9650–9667	C81
Lymphome non hodgkinien*	Types 9590–9596,9670–9719, 9727–9729 Type 9823, tous les sièges sauf C42.0, C42.1 et C42.4 Type 9827, tous les sièges sauf C42.0, C42.1 et C42.4	C82–C85,C96.3
Myélome multiple*	Types 9731,9732,9734	C90.0, C90.2
Leucémie*	Types 9733,9742,9800–9801,9805, 9820,9826,9831–9837,9840, 9860–9861,9863,9866–9867, 9870–9876,9891,9895–9897,9910, 9920,9930–9931,9940,9945–9946, 9948,9963–9964 Types 9823 et 9827, sièges C42.0, C42.1 et C42.4	C91–C95,C90.1
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00–C80, C97 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00–C80, C97 non mentionnés ci-dessus

Tableau A1 *(suite)*
Définition des différents cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3* (Incidence)	CIM-10 (mortalité)
Tous les cancers, sauf le cancer du poumon	Sièges C00–C97, sauf C34	Sièges C00–C97, sauf C34
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Types 9140,9740,9741,9750–9758, 9760–9769,9950–9962, 9970–9989 C76.0–C76.8 (types 8000–9589) C80.9 (types 8000–9589) C42.0–C42.4 (types 8000–9589) C77.0–C77.9 (types 8000–9589) C44.0–C44.9 sauf les types 8050–8084,8090–8110, 8720–8790,9590–9989	C26.1,C44,C46,C76–C80,C88, C96.0–.2,C96.7–.9,C97
Tous les cancers	Tous les cancers infiltrants	Tous les cancers infiltrants

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

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la C*lassification internationale des maladies – Oncologie*[21]

ANNEXE II : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Tableau A2
Modification récente de la définition de certains cancers

	Définition de l'incidence			Définition de la mortalité		
Cancer	**Nouvelle définition et année de la modification**		**Ancienne définition**	**Nouvelle définition et année de la modification**		**Ancienne définition**
Vessie	CIM-O-3 : C67 (y compris les cancers in situ, sauf pour l'Ontario, qui ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie)	2006	CIM-O-3 : C67 (à l'exclusion des cancers in situ)	—		—
Côlon et rectum	CIM-O-3 : C18–C20, C26.0	2011	CIM-O-3 : C18–C21,C26.0	CIM-10 : C18–C20, C26.0	2012	CIM-10 : C18–C21, C26.0
Rein	CIM-O-3 : C64–C65	2008	CIM-O-3 : C64–C66,C68	CIM-10 : C64–C65	2008	CIM-10 : C64–C66, C68
Leucémie	—		—	CIM-10 : C91–C95, C90.1	2008	CIM-10 : C91–C95
Foie	—		—	CIM-10 : C22.0, C22.2–C22.7	2007	CIM-10 : C22 (avant 2006) CIM-10 C22.0, C22.2–C22.9 (en 2006)
Poumon	CIM-O-3 : C34	2008	CIM-O-3 : C33–C34 (avant 2006) CIM-O-3 : C34 (en 2006) CIM-O-3 : C33–C34 (en 2007)	CIM-10 : C34	2008	CIM-10 : C33–C34 (avant 2006) CIM-10 : C34 (en 2006) CIM-10 : C33–C34 (en 2007)
Myélome multiple	—		—	CIM-10 : C90.0, C90.2	2008	CIM-10 : C88, C90 (avant 2007) CIM-10 : C90 (en 2007)
Ovaire	CIM-O-3 : C56	2006	CIM-O-3 : C56, C57.0–C57.4	CIM-10 : C56	2006	CIM-10 : C56, C57.0–C57.4
Tous les autres cancers et cancers non précisés	—		—	CIM-10 : C44, C46,C76–C80, C88, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97	2007	CIM-10 : C44,C46, C76–C80, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97

Nota : Selon la la troisième révision de la *Classification internationale des maladies – Oncologie* (CIM-O-3)[21], les données sur l'incidence du cancer de la vessie, du rein et du poumon ne tiennent pas compte des types histologiques 9590–9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple) et 9050–9055 (mésothéliomes).

Tableau A3

Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans* pour les projections des taux d'incidence selon le siège ou type de cancer et la province, 2012

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

* L'estimation est par défaut fondée sur le modèle de régression Nordpred Power5 pour toutes les provinces, sauf pour celles où le nombre moyen de cas par année pour les cinq dernières années était inférieur ou égal à 50; pour ces provinces, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est employée par défaut.

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

Nota :

H = hommes; F = femmes

Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans a été employée pour la catégorie « Tous les cancers » en raison du faible nombre de cas (non illustré).

Tableau A4

Recours à la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq* ans pour les projections des taux de mortalité selon le type de cancer et la province, 2012

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

* L'estimation est par défaut fondée sur le modèle de régression Nordpred Power5 pour toutes les provinces, sauf pour celles où le nombre moyen de cas par année pour les cinq dernières années était inférieur ou égal à 50; pour ces provinces, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est employée par défaut.

Nota :

H = hommes; F = femmes

Dans le cas des territoires, la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans a été employée pour la catégorie « Tous les cancers » en raison du faible nombre de cas (non illustré).

ANNEXE III : SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

Les sujets particuliers portent sur des questions courantes ou permanentes concernant la surveillance du cancer ou la lutte contre le cancer. Ils visent plus particulièrement à fournir un portrait détaillé du contexte canadien. Vous trouverez ci-dessous certains des sujets particuliers abordés au cours des années précédentes. Vous pouvez les consulter à l'adresse www.cancer.ca/statistiques.

2011	Cancer colorectal
2010	Soins de fin de vie Tout sur le cancer : cancer de l'oesophage Tout sur le cancer : cancer du rein
2009	Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans)
2008	Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)
2007	Cancer du sein
2006	Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage
2005	Progrès dans la prévention du cancer : facteurs de risque modifiables
2004	Variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997 Répercussions économiques du cancer au Canada, 1998
2003	Lymphomes non hodgkiniens
2002	Incidence du cancer chez les jeunes adultes Survie relative à cinq ans au Canada, 1992
2001	Cancer colorectal
2000	Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer
1999	Facteurs influant sur le fardeau de l'incidence du cancer et de la mortalité consécutive au cancer Un nouveau système de surveillance du cancer au Canada
1998	Comparaisons internationales
1997	Examen des statistiques sur le cancer pour une période de dix ans
1996	Cancer de la prostate Coûts directs du cancer au Canada, 1993 Évaluation de la validité des estimations : 1987-1991
1995	Prévalence du cancer Cancer colorectal
1993	Cancer du sein chez la femme
1991	Tabagisme et cancer du poumon Cancer chez les Inuits et les Indiens
1990	Cancer du sein et des organes génitaux chez la femme – tendances récentes Maladie de Hodgkin et cancer du testicule Mortalité due au cancer par quintile de revenu Fardeau économique de la maladie au Canada Lutte contre le cancer
1989	Incidence du cancer et mortalité due au cancer : une comparaison
1988	Consommation de tabac liée à l'usage de la cigarette et mortalité due au cancer du poumon Mortalité due au cancer : une comparaison internationale

GLOSSAIRE

Âge

Âge de la personne atteinte du cancer au moment du diagnostic ou du décès.

CIM-10

Dixième révision de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*[23]. Il s'agit d'un système général de classification des maladies et des causes de décès, dont le cancer.

CIM-O-3

Troisième révision de la *Classification internationale des maladies - Oncologie*[21]. Il s'agit du système le plus actuel spécialement conçu pour classifier les tumeurs. Il repose sur la CIM-10, mais il renseigne aussi sur le point d'origine de la tumeur et sur le type morphologique de la tumeur[23].

Incidence (nouveaux cas)

Nombre total de cas de cancer nouvellement diagnostiqués au cours d'une période donnée au sein d'une population précise. Cette méthode dénombre les cancers, et non pas les personnes; une personne peut être atteinte de plus d'un cancer.

Mortalité (décès)

Nombre de décès attribuables au cancer qui surviennent dans une population donnée au cours d'une période précise, sans égard à la date du diagnostic de cancer (p. ex. durant ou avant la période étudiée, ou au moment du décès).

Population type

La distribution de la population canadienne est fondée sur les estimations finales de la population canadienne au 1er juillet 1991 après le recensement, rajustée pour le sous-dénombrement lors du recensement (voir page 66). La répartition par âge de la population a été pondérée et normalisée. Les données proviennent de la Direction de la statistique démographique et du recensement de Statistique Canada.

Province/territoire

Province ou territoire où la résidence permanente de la personne était établie au moment du diagnostic du cancer ou du décès. Cette province ou ce territoire peut différer du lieu où l'on a enregistré le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer, ou encore, où le traitement a été donné.

Taux d'incidence

Nombre de nouveaux cas de cancer (de tous les types, ou pour un siège ou un type en particulier) survenant dans une population donnée au cours d'une année; il est habituellement exprimé en nombre de cancers pour 100 000 personnes à risque. On le calcule en divisant le nombre de nouveaux cas par la taille de la population, puis en multipliant par 100 000. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour certains groupes d'âge en particulier lorsqu'on parle de taux spécifique selon l'âge.

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA)

Taux d'incidence que l'on aurait relevé si la répartition par âge de la population étudiée avait été identique à celle de la population type. Il est habituellement exprimé en nombre de cas pour 100 000 personnes à risque par année. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour un groupe d'âge élargi donné (on utilise en général des tranches d'âge de plus de dix ans). On le calcule en établissant une moyenne pondérée des taux réels selon l'âge; on utilise la proportion de personnes dans le groupe d'âge correspondant d'une population type en guise de pondération. Au Canada, la population type utilisée est la population canadienne de 1991 (hommes et femmes combinés). On réduit le risque d'effet confondant de l'âge en comparant des taux normalisés selon l'âge qui sont calculés à partir de la même population type.

Taux de mortalité

Nombre de décès attribuables au cancer (de tous les types, ou pour un siège ou un type en particulier) survenant dans une population donnée au cours d'une année; il est habituellement exprimé en nombre de cas pour 100 000 personnes à risque. On le calcule en divisant le nombre de décès par la taille de la population, puis en multipliant par 100 000. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour certains groupes d'âge en particulier (taux spécifique selon l'âge).

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)

Taux de mortalité que l'on aurait relevé si la répartition par âge de la population étudiée avait été identique à celle de la population type. Il est habituellement exprimé en nombre de décès pour 100 000 personnes à risque par année. On peut le calculer pour tous les âges combinés ou pour un groupe d'âge élargi donné (on utilise en général des tranches d'âge de plus de dix ans). On le calcule en établissant une moyenne pondérée des taux réels selon l'âge; on utilise la proportion de personnes dans le groupe d'âge correspondant d'une population type en guise de pondération. Au Canada, la population type utilisée est la population canadienne de 1991 (hommes et femmes combinés). On réduit le risque d'effet confondant de l'âge en comparant des taux normalisés selon l'âge qui sont calculés à partir de la même population type.

Variation annuelle en pourcentage (VAP)

Changement estimé du taux de nouveaux cas (incidence) ou de décès (mortalité) d'une année à l'autre sur une période donnée, exprimé en pourcentage. On estime cette variation en appliquant un modèle linéaire aux taux annuels après transformation logarithmique, en supposant que la variation du taux au cours de la période modélisée, sous forme de pourcentage du taux de l'année antérieure, est constante.

Population type canadienne en 1991

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

1. Brisson J, Major D, Pelletier E. Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec. Institut national de la santé publique du Québec, 2003.
2. Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et le territoires 2009 à 2036*, n° 91-520-X au catalogue. Ottawa (Ontario), ministre de l'Industrie, 2010. Accessible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.htm (consulté le 30 décembre 2011).
3. Statistique Canada. *Compendium des estimations démographiques 2010*. Ottawa (Ontario), ministre de l'Industrie, 2010, tableau 051-0001 de CANSIM, publié le 29 septembre 2010.
4. Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2010. Accessible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2010-fra.php (consulté le 13 décembre 2011).
5. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res* 2004;6(6):229–239.
6. Chow WH, Devesa SS. Contemporary epidemiology of renal cell cancer. *Cancer J* 2008;14(5):288–301.
7. Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA* 1999;281(17):1628–1631.
8. Mathew A, Devesa SS, Fraumeni JF, Chow WH. Global increases in kidney cancer incidence, 1973–1992. *Eur J Cancer Prev* 2002;11(2):171–178.
9. Tjepkema M. Obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés. Dans *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, n° 1*. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2005, n° 82-620-MWF2005001 au catalogue.
10. International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco smoke and involuntary smoking. In: *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. vol. 83. Lyon, France: IARC; 2004.
11. International Agency for Research on Cancer (IARC). Alcohol consumption and ethyl carbamate. In: *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. vol. 96. Lyon, France: IARC; 2010.
12. Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Accessible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/summary-sommaire-fra.php (consulté le 3 décembre 2011).
13. El-Serag HB, Davila JA, Petersen NJ, et al. The continuing increase in the incidence of hepatocellular carcinoma in the United States: an update. *Ann Intern Med* 2003;139:817–823.
14. Nordenstedt H, White DL, El-Serag HB. The changing pattern of epidemiology in hepatocellular carcinoma. *Dig Liver Dis* 2010 Jul;42 Suppl 3:S206–S214.
15. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009;360(13):1310–1319.
16. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320–1328.
17. Kent WD, Hall SF, Isotalo PA, et al. Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease. *CMAJ* 2007;177:1357–1361.

RÉFÉRENCES

18. Enewold L, Zhu K, Ron E, et al. Rising thyroid cancer incidence in the United States by demographic and tumor characteristics, 1980-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18(3): 784–91.

19. Ellison LF, Wilkins K. Mise à jour sur la survie au cancer. Rapports sur la santé, 21(3), 2010, p. 59–64.

20. Statistique Canada. *Incidence du cancer au Canada, 2008 et 2009*, n° 82- 231-X au catalogue, Ottawa (Ontario), ministre de l'Industrie, 2011. Accessible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/82-231-x/82-231-x2010001-fra.htm (consulté le 3 janvier 2012).

21. Fritz A, Jack A, Parkin DM, et al., editors. *International Classification ofDiseases for Oncology. Third Edition.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.

22. Statistique Canada. *Causes de décès 2008*, n° 84-208-X au catalogue, Ottawa (Ontario), ministre de l'Industrie, 2011. Accessible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-208-X&lang=fra (consulté le 30 décembre 2011).

23. Organisation mondiale de la Santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, volumes 1 à 3, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 1992.

24. Møller B, Fekjær H, Hakulinen T, et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries: empirical comparison of different approaches. *Stat Med* 2003;22:2751–2766.

25. Fekjær H, Møller B. Nordpred software package. Available at: http://www.kreftregisteret.no/software/nordpred (consulté le 30 décembre 2011).

26. Coupland VH, Okello C, Davies EA, et al. The future burden of cancer in London compared with England. *J Public Health (Oxf)* 2010;32(1):83–89.

27. Aitken R, Morrell S, Barraclough H, et al. *Cancer Incidence and Mortality Projections in New South Wales, 2007 to 2011*. Eveleigh, Australia: Cancer Institute NSW; 2008. Available at: http://www.cancerinstitute.org.au/media/27770/2007-04_cancer_incidence_mortality_projections_2007-2011.pdf (consulté le 30 décembre 2011).

28. Olsen AH, Parkin DM, Sasieni P. Cancer mortality in the United Kingdom: projections to the year 2025. *Br J Cancer* 2008;99(9):1549–1554.

29. Møller H, Fairley L, Coupland V, et al. The future burden of cancer in England: Incidence and numbers of new patients in 2020. *Br J Cancer* 2007;96(9):1484–1488.

30. Møller B, Fekjær H, Hakulinen T, et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. *Eur J Cancer Prev* 2002;11Suppl 1:S1–96.

31. Clayton D, Schifflers E. Models for temporal variation in cancer rates. II: Ageperiod-cohort models. *Stat Med* 1987;6(4):469–481.

32. Statistique Canada. *Statistiques sur la survie au cancer 1992 à 2003,* n° 82-226-X au catalogue, Ottawa (Ontario), ministre de l'Industrie, 2012. Accessible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/82-226-x/82-226-x2012001-fra.htm (consulté le 17 janvier 2012).

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE CANCER

Vous pouvez accéder aux données présentées dans ce rapport ainsi qu'à des renseignements additionnels par l'intermédiaire des sources suivantes :

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

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

- des rapports des registres provinciaux et territoriaux du cancer;
- les publications *Incidence du cancer au Canada*[20], *Statistiques sur la survie au cancer*[32] et *Rapports sur la santé* de Statistique Canada;
- la revue *Maladies chroniques et blessures au Canada* publiée par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada;
- une monographie collective intitulée *Cancer in North America: 2004–2008* publiée par la North American Association of Central Cancer Registries et accessible à l'adresse www.naaccr.org/DataandPublications/CINAPubs.aspx;
- la publication *Cancer Incidence in Five Continents* produite par le Centre international de recherche sur le cancer en 2007 et accesible à l'adresse http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp160/index.php.

Information de la Société canadienne du cancer
Pour obtenir de l'information générale relative aux statistiques sur le cancer ou à toute autre question liée au cancer (p. ex. prévention, dépistage, diagnostic, traitement ou soins), veuillez vous adresser au ***Service d'information sur le cancer*** **de la Société canadienne du cancer au numéro 1-888-939-3333**. Une liste des bureaux nationaux et régionaux de la Société canadienne du cancer est fournie à la page 73. Les coordonnées de votre bureau local de la Société canadienne du cancer figurent dans les pages blanches du bottin téléphonique.

Pour obtenir des renseignements sur la recherche en cancérologie parrainée par l'**Institut de recherche de la Société canadienne du cancer**, communiquez avec le bureau national de la Société canadienne du cancer à l'adresse indiquée à la page 73.

Information de l'Agence de la santé publique du Canada
Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur la méthodologie employée pour la préparation du présent rapport, veuillez communiquer avec la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9. Tél. : 613-952-5176, téléc. : 613-941-2057.

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

Information de Statistique Canada
Des tableaux de statistiques détaillées peuvent être consultés sur le site Web de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca). Il est possible de commander, moyennant certains frais, des tableaux sur mesure en s'adressant à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Centre de contact national, au 613-951-8116, sans frais au 1-800-263-1136, ou à l'adresse infostats@statcan.gc.ca. Des articles analytiques paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé,* Statistique Canada, n° de catalogue 82-003 (http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-003-XWF&lang=fra).

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE CANCER

Information des registres provinciaux et territoriaux du cancer
Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents (voir les coordonnées aux pages 71-72).

Conseil canadien des registres du cancer

TERRE-NEUVE ET-LABRADOR

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

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

M^me^ Kim Vriends
Directrice, Registre du cancer de l'Î.-P.-É.
PEI Cancer Treatment Centre
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. : (902) 894-2167
Téléc. : (902) 894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

D^r^ Eshwar Kumar et
D^r^ Réjean Savoie
Codirecteurs
Réseau cancer Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé
PO Box 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Tél. : (506) 453-5521
Téléc. : (506) 453-5522
www.gnb.ca/0051/cancer/index-e.asp

QUÉBEC

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

ONTARIO

M^me^ Mary Jane King
Gestionnaire, Qualité des données intégrées, Centre d'excellence en informatique
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario)
M5G 2L7
Tél. : (416) 217-1242
Téléc. : (416) 971-6888
www.cancercare.on.ca

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE CANCER

MANITOBA

M^me^ Gail Noonan
Directrice
Registre du cancer du Manitoba
Action Cancer Manitoba
675 McDermot Avenue, Room ON4025
Winnipeg (Manitoba)
R3E 0V9
Tél. : (204) 787-2573
Téléc. : (204) 786-0629
www.cancercare.mb.ca

SASKATCHEWAN

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

ALBERTA

M^me^ Carol Russell
Directrice, Registre du cancer de l'Alberta
Cross Cancer Institute
11560 University Avenue
Edmonton (Alberta)
T6G 1Z2
Tél. : (780) 432-8781
Téléc. : (780) 432-8659
www.albertahealthservices.ca

YUKON

M. Paul Gudaitis
Directeur, Services de santé assurés
Registre du cancer du Yukon
Health Services Branch
Yukon Government
Box 2703 (H-2)
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6
Tél. : (867) 667-5202
Téléc. : (867) 393-6486

COLOMBIE-BRITANNIQUE

M^me^ Sharon Tamaro
Directrice scientifique
Registre du cancer de la C.-B.
BC Cancer Agency
Cancer Control Research Unit
#2-116 — 675 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 1L3
Tél. : (604) 675-8070
Téléc. : (604) 675-8180
www.bccancer.bc.ca

NUNAVUT

D^re^ Geraldine Osborne
Registre du cancer du Nunavut
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut)
X0A 0H0
Tél. : (867) 975-5774 ou 5700
Téléc. : (867) 975-5755 ou 5780

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

M^me^ Maria Santos
Territorial Epidemiologist
Population Health
Gouvernement des T.-N.-O.
Box 1320, 5022 49th Street
Centre Square Tower, 6th Floor
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9
Tél. : (867) 920-3241
Téléc. : (867) 873-0122
www.gov.nt.ca

STATISTIQUE CANADA

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

Bureaux de division de la Société canadienne du cancer

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

Alberta et Territoires-du-Nord-Ouest
325 Manning Road NE
Suite 200 Calgary (Alberta) T2E 2P5
Sans frais : 1-800-661-2262
Tél. : (403) 205-3966
Téléc. : (403) 205-3979
Courriel : info@cancer.ab.ca

Colombie-Britannique et Yukon
565 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4J4
Sans frais : 1-800-663-2524
Tél. : (604) 872-4400
Téléc. : (604) 872-4113
Courriel : inquiries@bc.cancer.ca

Manitoba
193 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B7
Sans frais : 1-800-532-6982
Tél. : (204) 774-7483
Téléc. : (204) 774-7500
Courriel : info@mb.cancer.ca

Nouveau-Brunswick
PO Box 2089
133 Prince William Street, Suite 201
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2L 3T5
Sans frais : 1-800-455-9090
Tél. : (506) 634-6272
Téléc. : (506) 634-3808
Courriel : ccsnb@nb.cancer.ca

Terre-Neuve-et-Labrador
PO Box 8921
Daffodil Place
70 Ropewalk Lane
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3R9
Sans frais : 1-888-753-6520
Tél. : (709) 753-6520
Téléc. : (709) 753-9314
Courriel : ccs@nl.cancer.ca

Nouvelle-Écosse
5826 South Street, Suite 1
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1S6
Sans frais : 1-800-639-0222
Tél. : (902) 423-6183
Téléc. : (902) 429-6563
Courriel : ccs.ns@ns.cancer.ca

Ontario
55 St. Clair Avenue West, Suite 500
Toronto (Ontario) M4V 2Y7
Sans frais : 1-800-268-8874
Tél. : (416) 488-5400
Téléc. : (416) 488-2872
Courriel : ontdiv@ontario.cancer.ca

Île-du-Prince-Édouard
1 Rochford Street, Suite 1
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 9L2
Sans frais : 1-866-566-4007
Tél. : (902) 566-4007
Téléc. : (902) 628-8281
Courriel : info@pei.cancer.ca

Québec
5151, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9
Tél. : (514) 255-5151
Téléc. : (514) 255-2808
Courriel : info@sic.cancer.ca

Saskatchewan
1910 McIntyre Street
Regina (Saskatchewan) S4P 2R3
Sans frais : 1-877-977-4673
Tél. : (306) 790-5822
Téléc. : (306) 569-2133
Courriel : ccssk@sk.cancer.ca

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

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

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

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

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

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

Des questions sur le cancer?

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

1 888 939-3333
Du lundi au vendredi, 9 h à 18 h

Distribué par :

Société canadienne du cancer
Canadian Cancer Society