

Statistiques canadiennes sur le cancer 2010

Sujet particulier : soins de fin de vie

www.cancer.ca

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



Membres du comité directeur

Lorraine Marrett (présidente), PhD

Études et surveillance de la population, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario)

Heather Chappell, MSc, CHE

Politiques de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Prithwish De, PhD

Politiques de lutte contre le cancer, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Dagny Dryer, MD, FRCPC

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

Larry Ellison, MSc

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

Eva Grunfeld, MD, DPhil, FCFP

Institut ontarien de recherche sur le cancer, Toronto (Ontario)

Heather Logan, RN, BScN, MHSc, CHE

Association canadienne des agences provinciales du cancer, Toronto (Ontario)

Maureen MacIntyre, MHSA

Surveillance and Epidemiology Unit, Cancer Care Nova Scotia, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Les Mery, MSc

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

Hannah K. Weir, PhD

Division of Cancer Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (Georgie)

Soutien analytique et statistique

Lin Xie, MSc (statistique), MSc (MIS)

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

Robert Semenciw, MSc

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

Citation : On peut reproduire ou copier les renseignements qui figurent dans la présente publication sans autorisation, à condition d'indiquer la source de la façon suivante :

« Comité directeur de la Société canadienne du cancer : **Statistiques canadiennes sur le cancer 2010. Toronto : Société canadienne du cancer, 2010** ».

Avril 2010, ISSN 0835-2976

Le présent rapport peut être consulté sur Internet à l'adresse

<http://www.cancer.ca/statistiques>

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 figurer sur la liste d'envoi de la publication et la recevoir l'an prochain, ou encore donner votre avis sur les façons de l'améliorer, veuillez remplir le *Bon de commande et formulaire d'évaluation*, ou envoyer un courriel à l'adresse : stats@cancer.ca. Pour obtenir d'autres exemplaires, il suffit de s'adresser à une des divisions de la Société canadienne du cancer ou de téléphoner au Service d'information sur le cancer, au numéro 1-888-939-3333 (voir *Pour en savoir plus sur le cancer*).

This publication is available in English upon request.

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

- ◆ On estime que 173 800 nouveaux cas de cancer (à l'exclusion de 75 500 cas de cancer de la peau autre que le mélanome) et 76 200 décès causés par cette maladie surviendront au Canada en 2010.
- ◆ Plus d'hommes que de femmes reçoivent un diagnostic de cancer, mais l'écart entre les deux sexes a diminué au cours des dernières années (51,7 % des cas de cancer sont des hommes tandis que 48,3 % sont des femmes).
- ◆ Plus du quart (27 %) de tous les décès par cancer sont attribuables au cancer du poumon.
- ◆ Le cancer du côlon et du rectum a un impact important sur la mortalité chez les deux sexes combinés, causant un nombre estimé à 9 100 décès (11,9 % de tous les décès).

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, le taux d'incidence du cancer du poumon et le taux de mortalité attribuable à ce dernier continuent d'être les plus élevés au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique. Chez les femmes, on prévoit que c'est la Nouvelle-Écosse qui enregistrera le taux d'incidence le plus élevé, tandis que c'est le Québec qui devrait enregistrer le taux de mortalité le plus élevé.
- ◆ Le taux de mortalité attribuable au cancer du côlon et du rectum à Terre-Neuve-et-Labrador est environ le double de celui enregistré en Colombie-Britannique.
- ◆ C'est en Saskatchewan que l'on enregistre le taux de mortalité le plus élevé lié au cancer de la prostate.
- ◆ Le taux d'incidence du cancer du sein semble passablement constant d'une région à l'autre au Canada.

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

- ◆ Le risque de cancer augmente avec l'âge; 43 % des nouveaux cas de cancer et 61 % des décès par cancer touchent des personnes de 70 ans et plus.
- ◆ 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 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 1997 et 2006, le taux d'incidence du cancer de la thyroïde a augmenté de près de 7 % par année chez les hommes et de 10 % chez les femmes. Le taux de cancer du foie a augmenté de 3 % par année chez les hommes.
- ◆ Entre 1997 et 2006, le taux d'incidence a diminué d'au moins 2 % par année pour le cancer de l'estomac et le cancer du poumon chez les hommes, et pour le cancer du larynx chez les deux sexes.
- ◆ En excluant le cancer du poumon, le taux de mortalité global par cancer a diminué de près de 20 % chez les femmes depuis 1981.

FAITS SAILLANTS

- ◆ Entre 1996 et 2005, le taux de mortalité global a beaucoup diminué chez les deux sexes. Le taux a diminué d'au moins 2 % par année pour les cancers du poumon, de la cavité buccale, de la prostate et du larynx chez les hommes; pour le cancer du col de l'utérus chez les femmes; et pour le cancer de l'estomac et le lymphome non hodgkinien chez les deux sexes.

5. Tout sur le cancer : cancer de l'oesophage

- ◆ Le cancer de l'oesophage est trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.
- ◆ La majorité des cancers de l'oesophage sont des adénocarcinomes (plus fréquents chez les hommes) et des carcinomes squameux (plus fréquents chez les femmes).
- ◆ Bien que le taux d'incidence global du cancer de l'oesophage soit demeuré stable depuis le milieu des années 1980, on a observé une hausse des adénocarcinomes (en particulier dans la partie inférieure de l'oesophage) et une baisse des carcinomes squameux.
- ◆ Il est possible que la hausse du taux d'adénocarcinome oesophagien soit liée à la prévalence accrue de l'obésité et du reflux gastro-oesophagien, tandis que la baisse du taux de carcinome squameux pourrait être liée à la diminution de la prévalence du tabagisme.
- ◆ Bien que le pronostic soit en général mauvais dans les cas de cancer de l'oesophage, la survie relative à cinq ans s'est légèrement améliorée depuis le début des années 1990.

6. Tout sur le cancer : cancer du rein

- ◆ Le cancer du rein est près de deux fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.
- ◆ Les hypernéphromes, qui représentent la majorité des cancers du rein chez l'adulte, sont devenus de plus en plus fréquents au cours des vingt dernières années.
- ◆ La hausse du taux de cancer du rein pourrait être liée à la prévalence accrue de certains facteurs de risque, en particulier l'obésité.
- ◆ En dépit du taux d'incidence croissant, le taux de mortalité par cancer du rein a diminué et la survie relative à cinq ans s'est améliorée.

7. Sujet particulier : soins de fin de vie

- ◆ Les soins palliatifs de qualité sont bénéfiques pour les personnes qui meurent du cancer.
- ◆ Environ 29 % des décès au Canada sont liés au cancer. Les personnes atteintes de cette maladie représentent donc un groupe important d'utilisateurs des services de soins palliatifs.
- ◆ Au Canada, les soins palliatifs proprement dits sont un ensemble de services qui varient considérablement dans les provinces et entre celles-ci.
- ◆ Les données actuelles portent à croire que les services ne sont pas adéquats pour permettre aux personnes qui le souhaitent de mourir à domicile, que les soins palliatifs sont sous-utilisés et que les familles sont aux prises avec des fardeaux psychologique et financier considérables.
- ◆ Étant donné qu'il n'existe pas de définition de la fin de la vie qui soit uniforme et que les données à ce sujet sont incomplètes, inaccessibles et incomparables, il est difficile d'effectuer une surveillance et de faire des comparaisons entre les provinces et les territoires.

Statistiques canadiennes sur le cancer, qui fait partie d'une série annuelle inaugurée en 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 des aspects suivants : élaboration du contenu, examen et interprétation des données statistiques et rédaction du texte. Il est formé de membres 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, de même que de chercheurs du milieu universitaire et d'organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer.

Objet et publics cibles

Cette publication annuelle 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 individuel, 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.

Nouveau format biennal

Chaque année, ce rapport fait le point sur l'incidence et la prévalence du cancer, sur la mortalité et la survie liées à cette maladie et sur le risque d'être atteint du cancer ou d'en mourir. Étant donné qu'une partie de cette information ne change pas de façon importante d'une année à l'autre, nous adoptons un nouveau format biennal pour ce rapport.

À compter de l'édition de 2010 (et à toutes les années paires par la suite), un nouveau format condensé sera publié en alternance avec le rapport complet habituel. Ce changement permettra au Comité directeur des statistiques sur le cancer d'explorer dans le rapport condensé de nouveaux volets sur des sujets spéciaux liés au cancer qui vont au-delà des statistiques habituelles. Par exemple, l'édition de cette année comprend deux nouvelles sections :

- ◆ Tout sur le cancer : cancer de l'oesophage
- ◆ Tout sur le cancer : cancer du rein

En raison de ce changement, nous avons reporté les sections sur la survie relative à cinq ans, sur la prévalence, sur la probabilité d'être atteint du cancer ou d'en mourir et sur l'incidence, la mortalité et la survie chez les enfants. Ces sections réapparaîtront l'an prochain (et à toutes les années impaires) dans le cadre du rapport complet.

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) et la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès sont les principales sources de données pour cette publication. En bref :

- ◆ Les données cliniques et démographiques sur les cas de cancer récemment diagnostiqués sont recueillies par les 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 registraires 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 A9 : Définitions des cancers*.
- ◆ Les cancers suivants ont été exclus :
 - les cancers de la peau (basocellulaires et squameux) autres que le mélanome
 - les tumeurs bénignes et les cancers *in situ* (sauf les cancers *in situ* de la vessie)

La plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas de données sur l'incidence du cancer de la peau autre que le mélanome. Les estimations canadiennes sur le cancer de la peau autre 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.

Données réelles et données estimatives (pour des renseignements détaillés, voir l'Annexe II)

- ◆ L'information contenue dans la présente publication comprend à la fois des données réelles et des données estimatives.
- ◆ Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006 pour l'ensemble des provinces et des territoires.
- ◆ Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2005 pour l'ensemble des provinces et des territoires.
- ◆ Les données sur l'incidence pour 2007 à 2010 et les données sur la mortalité pour 2006 à 2010 sont estimées à partir de tendances à long terme (15 à 20 ans). Par conséquent, les taux prévus pourraient ne pas tenir compte des changements récents dans les tendances à long terme.

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 dans la plupart des sections. Les analystes ont été appuyés par le D^r Michael Otterstatter, qui a mis à jour les figures et les tableaux.
- ◆ Des analyses ont également été fournies par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada.
- ◆ 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 A8.1 et A8.2.
- ◆ Michel Beaupré, du Fichier des tumeurs du Québec, et Jean-Marc Daigle, de l'Institut national de santé publique du Québec ont revu la version française de cette publication.

Tout sur le cancer (rein et oesophage)

Deux nouvelles sections *Tout sur le cancer* (rein et oesophage) ont été élaborées par les membres du Comité directeur des statistiques sur le cancer, qui ont bénéficié d'un appui considérable de la part du D^r Michael Otterstatter et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le Comité aimerait remercier le D^r James Brierley (Princess Margaret Hospital) pour son aide dans le cadre de la rédaction des aspects cliniques de la section sur le cancer de l'oesophage et pour avoir révisé la section avec le D^r Morteza Bashash (BC Cancer Agency).

Sujet particulier (soins de fin de vie)

Cette section a été élaborée par un groupe de travail dont les membres sont énumérés au début de la *Section 7 : soins de fin de vie*.

- ◆ Les auteurs de la section aimeraient remercier Julie Lachance de Santé Canada et Sharon Baxter de l'Association canadienne de soins palliatifs qui ont procédé à une révision critique de la version finale de la section.
- ◆ Pour obtenir la liste complète des sujets particuliers examinés au cours des dernières années, consulter l'*annexe III*.

Les sections sur des sujets particuliers publiées au cours des dernières années (1988 à 2009) sont offertes en ligne au www.cancer.ca/statistiques; on peut aussi obtenir des exemplaires imprimés en écrivant à : stats@cancer.ca.

Production et distribution

La Société canadienne du cancer appuie la production, l'impression et la distribution du présent rapport à l'aide de dons de charité. La coordination a été assurée par 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

Des copies électroniques de la publication (en français et en anglais), toutes les figures (en anglais seulement) et certains autres tableaux et figures non inclus dans le rapport peuvent être obtenus sur le site Web de la Société canadienne du cancer à 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.

Les lecteurs qui souhaitent avoir accès à des ressources additionnelles sur la surveillance du cancer au Canada peuvent consulter la section intitulée *Pour en savoir plus sur le cancer*.

	Page
1. Incidence et mortalité selon le siège ou type de cancer	11
2. Incidence et mortalité selon la province	17
3. Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe	25
4. Tendances de l'incidence et de la mortalité	32
5. Tout sur le cancer : cancer de l'oesophage	53
6. Tout sur le cancer : cancer du rein	64
7. Sujet particulier : soins de fin de vie	73
Annexe I : Données réelles sur les nouveaux cas et les décès	93
Annexe II : Sources de données et méthodologie	100
Annexe III : Sujets particuliers examinés au cours des dernières années	116
Glossaire	117
Références	121
Pour en savoir plus sur le cancer	127
Bon de commande et formulaire d'évaluation	131

Tableaux

1.1	Nombre estimatif de nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge pour les cancers selon le sexe, Canada, 2010	13
1.2	Nombre estimatif de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour les cancers selon le sexe, Canada, 2010	14
2.1	Population estimée et nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le sexe et la région, Canada, 2010	20
2.2	Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010	21
2.3	Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010	22
2.4	Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010	23
2.5	Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010	24
3.1	Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2010	27
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, 2010	28
4.1	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1981–2010	48
4.2	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, hommes, Canada, 1981–2010	49
4.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1981–2010	50
4.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, femmes, Canada, 1981–2010	51
4.5	Variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers, Canada	52
5.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer de l'oesophage selon la topographie, la morphologie, le sexe et l'âge, Canada, 2002–2006	58
5.2	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (RSR) et intervalle de confiance (IC) à 95 % pour le cancer de l'oesophage selon le sexe, l'âge, la topographie et la morphologie, Canada (à l'exception du Québec), 2003–2005	59
5.3	Nouveaux cas de cancer de l'oesophage par stade et morphologie, Manitoba, 2005–2007	60
6.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer du rein selon le sexe et l'âge, Canada, 2002–2006	67
6.2	Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (RSR) et intervalle de confiance (IC) à 95 % pour le cancer du rein selon le sexe et l'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2003–2005	68
6.3	Nouveaux cas de cancer du rein par stade, Manitoba, 2005–2007	68
7.1	Profil des décès par cancer au Canada et dans certaines provinces, 2005	87

TABLE DES MATIÈRES

7.2	Lieu du décès par cancer au Canada et dans certaines provinces, 2003-2004 et 2005	88
7.3	Utilisation des services de santé par les personnes atteintes de cancer en fin de vie pour certaines provinces canadiennes, 2003-2004 et 2005	88
7.4	Temps d'attente médian entre la date du diagnostic de cancer colorectal de stade IV (2001–2005) et la date de l'aiguillage vers les soins palliatifs, selon le sexe et l'âge, étude ACCESS, Nouvelle-Écosse	89
7.5	Aiguillage vers les soins palliatifs des cas de cancer colorectal de stade IV (2001–2005) selon le sexe et le délai avant le décès, étude ACCESS, Nouvelle-Écosse	89
7.6	Indicateurs de la qualité des soins de fin de vie chez les sujets décédés du cancer du sein, Nouvelle-Écosse et Ontario, 1998–2002	90
7.7	Coût moyen par personne des soins en fin de vie liés au cancer pour différentes périodes avant le décès, Canada	91
7.8	Coût estimé par personne des soins liés au cancer	92
A1	Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, Canada, 2006	94
A2	Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2005	95
A3	Données réelles sur les nouveaux cas des cancers les plus courants selon le sexe et la région, Canada, 2006	96
A4	Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2006	97
A5	Données réelles sur la mortalité pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2005	98
A6	Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2005	99
A7	Changements des définitions de cancers observés depuis 2004	110
A8.1	Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux d'incidence selon le siège ou le type de cancer et la région, 2010	111
A8.2	Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux de mortalité selon le type de cancer et la région, 2010	112
A9	Définitions de cancers	113
A10	Définitions détaillées de la section 5 et 6	115

Figures

1.1	Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, hommes, Canada, 2010	15
1.2	Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, femmes, Canada, 2010	16
3.1	Taux d'incidence (2006) et de mortalité (2005) par âge selon le sexe pour tous les cancers, Canada	29
3.2	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1981–2010	30
4.1	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, 1981–2010	39
4.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1981–2010	40
4.3	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1981–2010	41
4.4	Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1981–2010	42
4.5	Changement relatif des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1981–2010	43
4.6	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1981–2010	44
4.7	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, hommes, Canada, 1981–2010	45
4.8	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1981–2010	46
4.9	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, femmes, Canada, 1981–2010	47
5.1	Incidence du cancer de l'oesophage selon la topographie détaillée, Canada, 2002–2006	61
5.2	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer de l'oesophage par province, Canada, 2002–2006	61
5.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), 1986–2006, et taux de mortalité normalisés selon l'âge, 1986–2005, pour les cancers de l'oesophage, Canada	62
5.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers de l'oesophage par topographie et morphologie, Canada, 1986–2006	63
6.1	Anatomie du rein	69
6.2	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer du rein par province, Canada, 2002–2006	70
6.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), 1986–2006, et taux de mortalité normalisés selon l'âge, 1986–2005, pour le cancer du rein, Canada	71
6.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers du rein par sexe, Canada, 1986–2006	72

TABLE DES MATIÈRES

7.1	Proportion des décès dus au cancer et aux autres causes, Canada, 2005	85
7.2	Tendance du coût public total moyen par personne pendant les deux années précédant le décès par cancer, Canada, 2001–2002	85
7.3	Proportion du coût total par personne atteinte du cancer assumé par les aidants familiaux par catégorie de ressource, 2005–2006	86

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

En 2010, la hausse du nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer et qui meurent de cette maladie se poursuivra au Canada. Toutes les heures, chaque jour, en moyenne vingt personnes recevront un diagnostic de cancer et huit 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 173 800 nouveaux cas de cancer et 76 200 décès causés par le cancer surviendront au Canada en 2010. Cela représente une hausse de 1,6 % (2 800) des nouveaux cas et une hausse de 1,2 % (900) des décès comparativement à 2009¹. Les hommes seront plus nombreux que les femmes à recevoir un diagnostic de cancer (51,7 % contre 48,3 %) et à mourir de cette maladie (52,5 % contre 47,5 %). L'écart entre les sexes sur le plan de l'incidence s'amenuise par rapport aux années antérieures, tandis que cet écart demeure assez stable pour ce qui est de la mortalité. En outre, on prévoit qu'en 2010, il y aura 75 500 nouveaux cas de cancer de la peau (basocellulaire et squameux) autre que le mélanome et 280 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.

Tant chez les hommes que chez les femmes, le deuxième siège de cancer le plus fréquent est le cancer du poumon (13,9 %), tandis que le cancer du côlon et du rectum arrive au troisième rang (12,9 %). Les cancers les plus fréquents demeurent le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme, dont on prévoit respectivement 24 600 et plus de 23 200 nouveaux cas en 2010. Quatre cancers (sein, poumon, côlon et rectum et prostate) représenteront 54,4 % de tous les cancers diagnostiqués au Canada en 2010. On compte 900 nouveaux cas de cancer de la prostate de moins¹ qu'en 2009. Les diagnostics de cancer du sein chez la femme ont toutefois légèrement augmenté par rapport à l'an dernier (500 de plus).

Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer, tant chez l'homme (28,0 %) que chez la femme (26,0 %) (figures 1.1 et 1.2). Tandis que le cancer de la prostate est le plus fréquent chez les hommes, il se classe au troisième rang sur le plan de la mortalité, causant environ 4 300 décès. Le cancer du sein, qui représente 27,6 % des cas de cancer chez la femme, se classe au deuxième rang sur le plan de la mortalité (14,6 %). Le cancer du côlon et du rectum a un impact important sur la mortalité chez les deux sexes combinés, et 9 100 décès sont attendus (11,9 % de tous les décès).

Toutes les heures, chaque jour, environ vingt personnes recevront un diagnostic de cancer et huit personnes mourront de cette maladie au Canada. Le cancer du poumon, le cancer du côlon et du rectum, le cancer de la prostate et le cancer du sein représenteront environ la moitié des nouveaux cas diagnostiqués.

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 les cancers selon le sexe, Canada, 2010

	Nouveaux cas Estimations pour 2010			Taux pour 100 000 Estimations pour 2010		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	173 800	90 000	83 900	403	455	366
Prostate	24 600	24 600	—	123	123	—
Poumon†	24 200	12 900	11 200	55	66	48
Sein	23 300	180	23 200	53	1	102
Côlon et rectum	22 500	12 400	10 100	51	62	41
Lymphomes non hodgkiniens	7 500	4 100	3 400	18	21	15
Vessie†	7 100	5 300	1 800	16	27	7
Mélanome	5 300	2 900	2 300	13	15	11
Thyroïde	5 200	1 050	4 100	14	6	22
Leucémie	4 800	2 800	2 000	12	15	9
Rein†	4 800	2 900	1 850	11	15	8
Corps de l'utérus	4 500	—	4 500	19	—	19
Pancréas	4 000	1 950	2 100	9	10	8
Cavité buccale	3 400	2 200	1 150	8	11	5
Estomac	2 900	1 900	1 050	7	10	4
Encéphale	2 600	1 500	1 150	7	8	6
Ovaire†	2 600	—	2 600	11	—	11
Myélome multiple	2 300	1 250	1 000	5	6	4
Foie	1 850	1 400	440	4	7	2
Oesophage	1 700	1 250	430	4	6	2
Col de l'utérus	1 300	—	1 300	7	—	7
Larynx	1 150	930	220	3	5	1
Testicule	930	930	—	6	6	—
Maladie de Hodgkin	930	510	420	3	3	3
Tous les autres cancers	14 500	6 900	7 600	33	36	30
Cancers de la peau autres que le mélanome	75 500	41 200	34 300	—	—	—

— Sans objet.

* Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : La catégorie « Tous les cancers » exclut les nouveaux cas estimés de cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux), et 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 : Base de données du Registre canadien du cancer à 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 les cancers selon le sexe, Canada, 2010

	Décès Estimations pour 2010			Taux pour 100 000 Estimations pour 2010		
	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les cancers	76 200	40 000	36 200	170	204	146
Poumon†	20 600	11 200	9 400	47	57	39
Côlon et rectum	9 100	5 000	4 100	20	25	16
Sein	5 400	50	5 300	12	<0.5	21
Prostate	4 300	4 300	—	22	22	—
Pancréas	3 900	1 850	2 000	9	9	8
Lymphomes non hodgkiniens	3 200	1 750	1 450	7	9	6
Leucémie†	2 500	1 450	1 000	6	8	4
Vessie	1 850	1 300	550	4	7	2
Estomac	1 850	1 100	720	4	6	3
Oesophage	1 800	1 400	440	4	7	2
Encéphale	1 750	1 000	750	4	5	3
Ovaire†	1 750	—	1 750	7	—	7
Rein†	1 650	1 050	610	4	5	2
Myélome multiple†	1 450	780	650	3	4	3
Cavité buccale	1 150	750	390	3	4	2
Mélanome	920	580	350	2	3	1
Corps de l'utérus	790	—	790	3	—	3
Foie†	750	590	160	2	3	1
Larynx	500	400	95	1	2	<0.5
Col de l'utérus	370	—	370	2	—	2
Tous les autres cancers	10 600	5 400	5 300	23	28	20

— Sans objet.

* Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : La catégorie « Tous les cancers » inclut 208 décès causés par les cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux), et les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

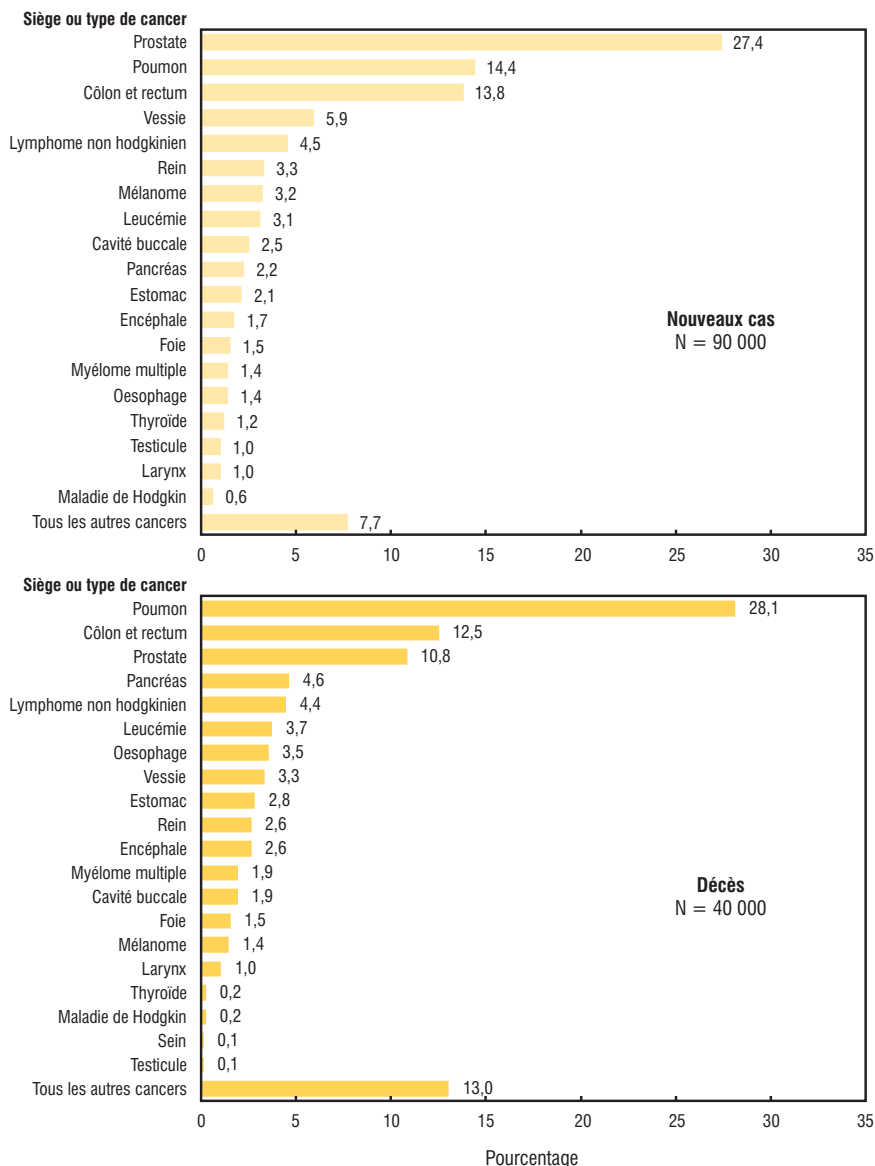
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

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

Figure 1.1

Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, hommes, Canada, 2010



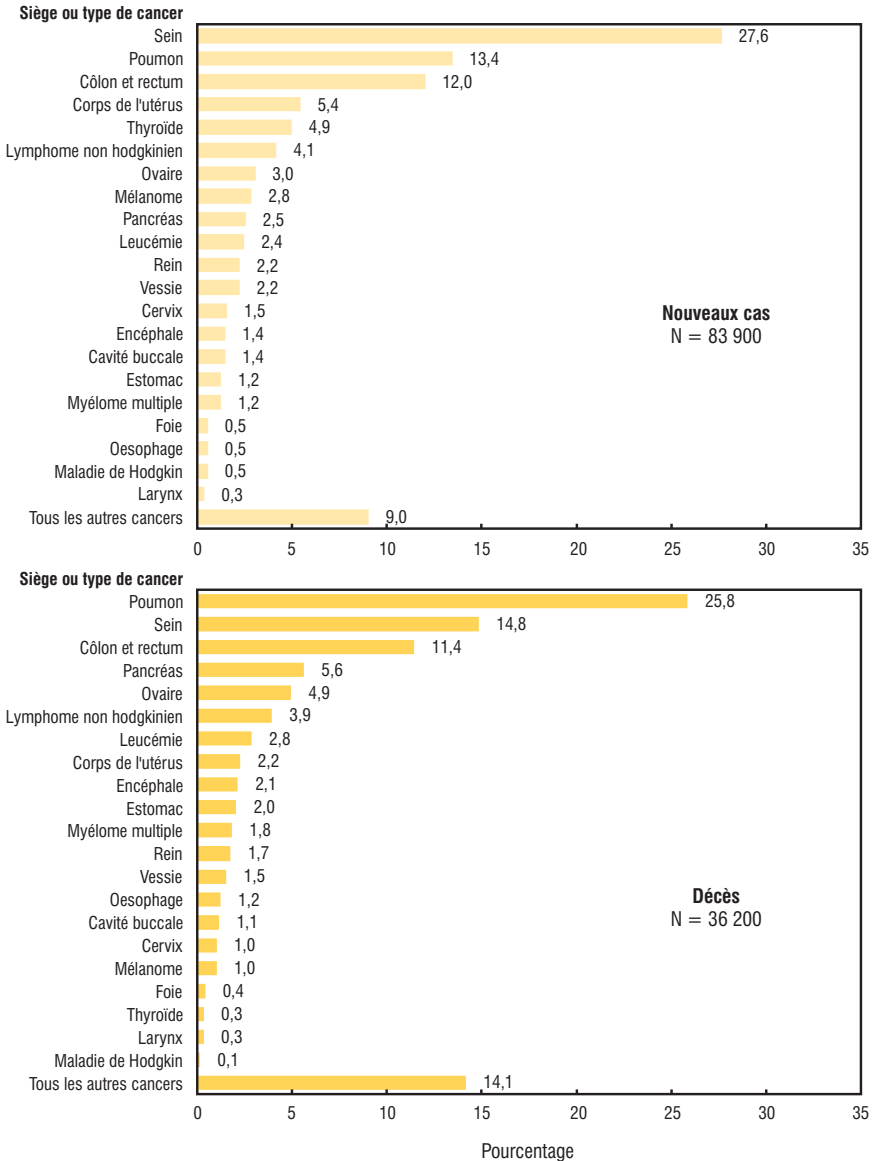
Nota : Les nouveaux cas excluent les 41 200 nouveaux cas estimés de cancer de la peau autre que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données sur la mortalité pour tous les autres cancers englobent environ 160 décès ayant comme cause initiale d'autres tumeurs malignes de la peau.

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

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

Figure 1.2

Répartition en pourcentage du nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour certains cancers, femmes, Canada, 2010



Nota : Les nouveaux cas excluent les 34 300 cas estimés de cancer de la peau autre 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 à 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 2010. Les tableaux 2.2 et 2.3 présentent des estimations du nombre de nouveaux cas et des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour chacun des cancers les plus courants, selon le sexe et selon la province ou le territoire, pour 2010. De même, les tableaux 2.4 et 2.5 renferment des estimations correspondantes du nombre de décès et des taux de mortalité normalisés selon l'âge. Les tableaux A3 à A6 de l'*Annexe I* fournissent les nombres et les taux réels les plus récents.

Les taux normalisés selon l'âge tiennent compte des différences dans la répartition par âge de la population selon les provinces et les territoires, ce qui facilite les comparaisons interprovinciales. Le calcul de ces taux, à l'aide du dénombrement de la population canadienne de 1991 comme référence, est décrit dans le *Glossaire* et de manière plus détaillée à l'*Annexe II*.

Incidence

- ◆ Les taux d'incidence de tous les cancers combinés demeureront les plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique (tableau 2.3). Les taux à Terre-Neuve-et-Labrador sont sous-estimés en raison des données manquantes.
- ◆ On observe des écarts considérables entre les provinces dans les taux d'incidence du cancer de la prostate, peut-être en raison des différences dans le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS).
- ◆ Les taux d'incidence du cancer du poumon seront les plus élevés au Québec et les plus faibles en Colombie-Britannique chez les hommes. Chez les femmes, c'est la Nouvelle-Écosse qui enregistrera vraisemblablement le taux d'incidence du cancer du poumon le plus élevé.
- ◆ Les taux d'incidence du cancer colorectal les plus élevés sont observés à Terre-Neuve-et-Labrador pour ce qui est des hommes et à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador pour ce qui est des femmes; ils sont les plus faibles en Colombie-Britannique pour les deux sexes.
- ◆ 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 de mortalité attribuable à tous les cancers demeurent plus élevés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec et plus faibles dans l'Ouest canadien (tableau 2.5). Les tendances sont semblables chez les femmes, mais le taux projeté est également élevé au Manitoba.
- ◆ Chez les hommes, le taux de mortalité due au cancer du poumon sera le plus élevé au Québec et au Nouveau-Brunswick et le plus faible en Colombie-Britannique. Chez les femmes, il sera le plus élevé au Québec et le plus faible en Ontario et en Saskatchewan.
- ◆ Les taux de mortalité attribuable au cancer du côlon et du rectum à Terre-Neuve-et-Labrador sont environ le double de ceux enregistrés en Colombie-Britannique.

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

- ◆ On prévoit que la Saskatchewan continuera d'enregistrer le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate le plus élevé.

Interprétation

Le Canada est l'un des rares pays à s'être doté de registres du cancer fondés sur la population, permettant de surveiller les tendances relatives au cancer dans toute la population. Les registres tenus à l'échelle nationale et provinciale ou territoriale sont des outils importants grâce auxquels les taux d'incidence et de mortalité peuvent être comparés d'une région à l'autre. Ces comparaisons fournissent des éléments d'information précieux qui peuvent servir à la recherche, à la synthèse des connaissances, à la planification et à la prise de décisions à l'échelle provinciale et territoriale. Par conséquent, ces données intéresseront les chercheurs, les travailleurs de la santé, de même que les responsables de la planification et les décideurs.

Il faut toutefois interpréter avec prudence les variations géographiques, car elles pourraient s'expliquer par divers facteurs. Les différences réelles de taux d'incidence ou de mortalité, observées entre les provinces ou les territoires, pourraient tenir entre autres aux phénomènes suivants :

- ◆ des variations de la prévalence des facteurs de risque du 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);
- ◆ des variations des pratiques de détection précoce du cancer attribuables à des différences liées aux taux de participation aux programmes organisés de dépistage (p. ex., le dépistage par mammographie du cancer du sein), aux habitudes en matière de dépistage non prévu dans le cadre d'un programme (p. ex., le dosage de l'APS pour la détection du cancer de la prostate), ou à l'accès à des services diagnostiques;
- ◆ des variations de la disponibilité et de la qualité des traitements.

Toutefois, lorsqu'il y a une concordance entre les variations de taux de cancer et de l'un ou l'autre des facteurs susmentionnés, on ne peut présumer d'un lien de causalité. 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 long. Par ailleurs, l'information sur la prévalence des facteurs de risque durant les décennies antérieures est souvent insuffisante. Les résultats des études épidémiologiques ultérieures qui démontreront des associations causales ou des différences réelles dans le risque de cancer pourront être utilisés pour la planification de programmes de lutte contre le cancer ayant pour objet de réduire le fardeau de cette maladie.

Certains facteurs doivent être pris en considération lorsqu'on interprète les variations interprovinciales :

- ◆ Si le cancer est rare, ou que la population est peu nombreuse, le nombre de cas qui se manifestent et les taux enregistrés dans une province ou un territoire durant une année sont parfois si peu élevés que les estimations peuvent ne pas être fiables et varier considérablement d'une année à l'autre.
- ◆ 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

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

exceptions. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, les renseignements contenus dans les certificats de décès ne sont devenus accessibles à des fins d'enregistrement que très récemment, et n'étaient pas disponibles pour ce rapport; cela a diminué faussement le nombre de cas nouvellement diagnostiqués tant dans la projection actuelle que dans les données réelles (*Annexe I*), surtout dans le cas des cancers associés à un pronostic peu favorable, comme le cancer du poumon et le cancer du pancréas (voir l'*Annexe II*). Donc, la mesure dans laquelle on corrobore les renseignements contenus dans les certificats de décès en consultant les dossiers hospitaliers varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui influe sur l'exactitude des données relatives à l'incidence (p. ex., l'année du diagnostic). De plus, au Québec, comme le registre dépend des données d'hôpitaux, on estime que le nombre de cas de cancer de la prostate, de mélanome et de cancer la vessie est sous-déclaré.²

- ◆ La méthode de projection choisie par les responsables des registres provinciaux pour les estimations de 2010 (modèle de Poisson vs moyenne sur cinq ans) varie selon la province et le type de cancer (voir la section *Méthodologie* à l'*Annexe II*). Cela pourrait toucher particulièrement la variation des estimations de 2010 en ce qui concerne le cancer du poumon chez les femmes (nouveaux cas et décès), pour laquelle la méthode choisie pourrait être liée à des changements récents dans la tendance, laquelle varie selon la province.

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'étaient donc pas accessibles pour cette publication.

On observe encore des différences importantes dans les taux d'incidence et de mortalité déclarés au Canada.

Le Canada est l'un des rares pays à s'être doté de registres du cancer permettant 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 la synthèse des 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 région, Canada, 2010

	Population (en milliers) Estimations pour 2010			Nouveaux cas Estimations pour 2010			Décès Estimations pour 2010		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
CANADA	33 639	16 654	16 986	173 800	90 000	83 900	76 200	40 000	36 200
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)†	513	251	262	2 700	1 550	1 200	1 400	810	610
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	141	69	72	880	490	400	350	180	170
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	947	464	483	6 200	3 400	2 800	2 700	1 450	1 300
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	756	373	383	4 600	2 500	2 100	2 000	1 100	920
Québec (Qc)†	7 804	3 858	3 946	45 200	22 900	22 300	20 300	10 700	9 600
Ontario (Ont.)	13 237	6 533	6 705	65 100	33 300	31 800	28 200	14 600	13 600
Manitoba (Man.)	1 208	601	607	6 200	3 100	3 000	2 800	1 450	1 350
Saskatchewan (Sask.)	983	488	495	5 200	2 800	2 400	2 400	1 300	1 100
Alberta (Alb.)	3 446	1 737	1 709	15 900	8 400	7 600	6 200	3 300	2 900
Colombie-Britannique (C.-B.)	4 496	2 226	2 270	21 600	11 400	10 200	9 500	5 000	4 500
Yukon (Yn)	31	16	16	120	60	55	65	40	25
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	46	24	22	140	70	65	60	30	30
Nunavut (Nt)	31	16	15	70	35	35	40	20	20

* Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut 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 2010.

Nota : Les totaux pour le Canada et les provinces 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, Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada³

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.2

Nombre estimatif de nouveaux cas pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010

	Nouveaux cas											
	Canada*	T.-N.-L.†	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc†	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	
Hommes												
Tous les cancers	90 000	1 550	490	3 400	2 500	22 900	33 300	3 100	2 800	8 400	11 400	400
Prostate	24 600	510	150	1 050	690	4 700	10 200	760	890	2 500	3 100	
Poumon†	12 900	180	70	510	420	4 400	4 100	430	350	990	1 400	
Côlon et rectum	12 400	300	55	460	310	3 300	4 500	450	390	1 050	1 550	
Vessie†	5 300	85	30	230	160	1 750	1 300	210	170	510	800	
Lymphomes non hodgkiniens	4 100	50	20	140	120	930	1 600	150	120	370	590	
Mélanome	2 900	50	15	130	90	400	1 300	95	75	300	460	
Rein†	2 900	50	20	130	110	830	1 000	130	90	280	280	
Leucémie	2 800	20	15	75	55	650	1 100	110	100	280	380	
Cavité buccale	2 200	40	5	85	60	560	870	95	55	180	280	
Pancréas	1 950	25	10	65	65	570	630	75	55	170	270	
Estomac	1 900	50	5	55	50	500	710	70	50	160	240	
Encéphale	1 500	30	5	45	35	400	560	40	40	140	180	
Foie	1 400	15	5	20	10	380	530	40	20	150	220	
Oesophage	1 250	20	5	60	35	300	460	40	35	130	180	
Myélome multiple	1 250	15	10	40	30	340	510	40	35	100	150	
Thyroïde	1 050	10	—	30	30	250	530	15	15	100	80	
Femmes												
Tous les cancers	83 900	1 200	400	2 800	2 100	22 300	31 800	3 000	2 400	7 600	10 200	400
Sein	23 200	370	100	740	560	6 100	8 900	800	630	2 100	2 800	
Poumon†	11 200	160	55	460	310	3 200	3 700	420	310	1 050	1 500	
Côlon et rectum	10 100	210	60	400	240	2 600	3 800	370	300	800	1 250	
Corps de l'utérus	4 500	65	20	140	100	1 050	1 850	190	120	430	590	
Thyroïde	4 100	45	5	75	120	870	2 300	75	60	350	230	
Lymphomes non hodgkiniens	3 400	50	10	110	100	810	1 400	120	100	300	460	
Ovaire†	2 600	25	10	65	65	690	1 050	95	70	180	300	
Mélanome	2 300	45	20	120	75	340	1 050	60	60	220	330	
Pancréas	2 100	10	10	70	70	640	670	75	55	190	280	
Leucémie	2 000	10	10	55	40	510	750	90	75	210	260	
Rein†	1 850	30	10	80	60	520	680	80	55	160	170	
Vessie†	1 800	30	10	70	50	620	470	70	55	180	260	
Col de l'utérus	1 300	20	10	50	30	280	490	45	35	160	160	
Cavité buccale	1 150	15	5	35	25	290	440	50	35	95	150	
Encéphale	1 150	15	5	35	30	330	440	40	35	95	140	
Estomac	1 050	25	5	30	25	300	380	35	25	95	120	
Myélome multiple	1 000	10	5	30	25	270	430	35	25	70	110	

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

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

— Moins de trois cas.

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2010.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les nouveaux cas pour tous les cancers 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

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

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.3

Taux estimatifs d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010

	Cas pour 100 000										
	Canada*	T.-N.-L.†	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc†	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	455	444	552	564	532	486	442	453	460	467	417
Prostate	123	147	167	162	141	98	133	109	148	142	108
Poumon‡	66	54	79	84	88	92	55	63	58	57	50
Côlon et rectum	62	88	65	75	64	68	59	65	64	59	54
Vessie‡	27	27	35	37	33	37	18	30	27	29	28
Lymphomes non hodgkiniens	21	15	20	23	25	20	21	22	21	20	21
Mélanome	15	17	19	22	19	8	17	13	12	17	16
Rein‡	15	15	21	21	21	17	13	18	15	15	10
Leucémie	15	6	18	13	12	14	15	17	17	16	14
Cavité buccale	11	12	8	13	12	11	11	14	9	9	10
Estomac	10	15	7	9	11	10	9	10	8	9	9
Pancréas	10	9	13	10	13	12	8	11	9	10	9
Encéphale	8	9	7	8	8	9	8	6	7	8	7
Foie	7	4	5	3	3	8	7	6	3	8	7
Oesophage	6	5	8	9	7	6	6	6	5	7	6
Thyroïde	6	3	2	5	6	6	7	2	3	5	3
Myélome multiple	6	4	10	7	6	7	7	6	5	6	5
Femmes											
Tous les cancers	366	318	393	394	377	386	365	374	349	374	323
Sein	102	96	98	105	100	109	102	102	95	102	90
Poumon‡	48	43	51	64	53	54	42	51	45	53	47
Côlon et rectum	41	52	53	52	40	43	40	42	40	38	37
Thyroïde	22	13	6	14	27	20	31	12	11	19	9
Corps de l'utérus	19	17	18	20	17	17	21	23	19	21	18
Lymphomes non hodgkiniens	15	14	12	16	18	14	16	15	15	15	15
Mélanome	11	13	22	18	15	7	13	9	10	12	12
Ovaire‡	11	6	9	9	12	12	12	12	10	9	10
Leucémie	9	4	8	9	8	9	9	11	11	11	8
Pancréas	8	3	8	9	11	10	7	8	7	9	8
Rein‡	8	8	7	12	11	9	8	10	8	8	6
Col de l'utérus	7	7	10	10	7	6	7	7	7	9	6
Vessie‡	7	8	7	9	9	10	5	8	8	9	8
Encéphale	6	5	6	6	6	7	6	5	6	5	5
Cavité buccale	5	4	5	5	4	5	5	6	5	5	5
Estomac	4	6	3	4	4	5	4	4	4	4	3
Myélome multiple	4	2	4	4	4	4	5	4	3	3	3

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

† Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2010.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux) et 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 à Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.4

Nombre estimatif de décès pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010

	Décès										
	Canada*	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	40 000	810	180	1 450	1 100	10 700	14 600	1 450	1 300	3 300	5 000
Poumon†	11 200	240	60	450	370	3 700	3 700	390	320	810	1 250
Côlon et rectum	5 000	140	20	190	120	1 350	1 850	190	170	380	590
Prostate	4 300	85	20	140	140	870	1 650	180	230	440	570
Pancréas	1 850	30	5	75	55	470	660	65	60	150	260
Lymphomes non hodgkiniens	1 750	20	5	50	50	400	710	80	50	140	230
Leucémie†	1 450	20	5	50	35	310	600	60	55	130	200
Oesophage	1 400	20	5	50	30	260	560	50	45	120	230
Vessie	1 300	25	5	50	35	300	510	50	45	100	190
Estomac	1 100	35	5	35	25	330	420	35	30	75	130
Rein†	1 050	20	5	40	35	270	360	55	30	100	120
Encéphale	1 000	20	—	35	25	300	350	30	25	100	130
Myélome multiple†	780	10	5	25	20	190	310	30	20	60	110
Cavité buccale	750	15	5	35	20	180	280	25	20	55	110
Foie†	590	10	—	15	5	180	250	20	5	45	70
Mélanome	580	10	—	25	10	110	250	20	15	60	80
Femmes											
Tous les cancers	36 200	610	170	1 300	920	9 600	13 600	1 350	1 100	2 900	4 500
Poumon†	9 400	170	40	310	220	2 900	3 000	390	240	820	1 250
Sein	5 300	110	30	180	130	1 400	2 100	220	160	420	640
Côlon et rectum	4 100	110	25	160	100	1 150	1 550	160	120	290	500
Pancréas	2 000	30	10	70	60	540	740	70	55	160	280
Ovaire†	1 750	30	5	60	45	390	710	65	55	150	240
Lymphomes non hodgkiniens	1 450	15	5	40	35	350	590	60	45	110	170
Leucémie†	1 000	10	5	30	25	230	410	40	40	90	130
Corps de l'utérus	790	10	5	25	20	180	350	30	20	60	85
Encéphale	750	15	5	25	20	210	260	25	20	70	95
Estomac	720	25	—	25	15	210	260	25	20	60	80
Myélome multiple†	650	10	5	20	15	170	260	25	20	50	80
Rein†	610	15	5	25	20	180	200	30	25	50	65
Vessie	550	10	—	15	15	140	220	20	15	40	75
Cavité buccale	390	—	—	10	10	100	150	15	10	35	55
Col de l'utérus	370	15	5	20	10	65	140	15	10	40	50
Mélanome	350	10	—	15	10	60	150	10	10	30	50

— Moins de 3 décès

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales. À cause des petits nombres, les données sur les territoires n'ont pas été indiquées séparément.

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

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 à Statistique Canada

2. INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LA PROVINCE

Tableau 2.5

Taux estimatifs de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la province, Canada, 2010

	Décès pour 100 000										
	Canada*	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Hommes											
Tous les cancers	204	251	212	241	230	228	195	209	208	188	175
Poumon†	57	73	69	74	77	77	49	56	52	47	44
Côlon et rectum	25	44	25	31	24	29	24	27	26	22	21
Prostate	22	29	26	24	29	20	22	25	34	26	20
Pancréas	9	10	8	12	12	10	9	9	10	9	9
Lymphomes non hodgkiniens	9	5	8	8	11	8	9	12	8	8	8
Leucémie†	8	6	8	8	7	7	8	9	9	7	7
Oesophage	7	6	8	8	6	5	7	7	7	7	8
Vessie	7	9	6	8	7	7	7	7	7	6	7
Estomac	6	12	5	6	5	7	6	5	5	4	5
Encéphale	5	6	2	6	5	6	5	5	5	5	5
Rein†	5	7	7	7	7	6	5	8	5	6	4
Cavité buccale	4	4	5	5	4	4	4	4	3	3	4
Myélome multiple†	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4
Mélanome	3	3	3	4	2	2	3	3	2	3	3
Foie†	3	2	1	2	1	4	3	3	1	2	2
Femmes											
Tous les cancers	146	152	153	168	150	154	143	154	145	139	131
Poumon†	39	44	40	42	37	50	33	45	33	41	38
Sein	21	27	27	23	20	22	22	24	21	20	19
Côlon et rectum	16	26	23	20	15	17	15	16	15	13	13
Pancréas	8	7	8	9	10	8	8	8	7	8	8
Ovaire†	7	7	6	8	7	6	8	8	8	7	7
Lymphomes non hodgkiniens	6	4	6	6	6	6	6	7	6	5	5
Leucémie†	4	2	4	4	4	4	4	5	5	4	4
Estomac	3	7	1	3	2	3	3	2	2	3	2
Corps de l'utérus	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2
Encéphale	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3
Myélome multiple†	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
Cavité buccale	2	—	2	1	1	2	2	2	1	2	2
Col de l'utérus	2	4	3	3	2	1	2	2	2	2	2
Vessie	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Rein†	2	4	3	3	4	3	2	3	3	2	2
Mélanome	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2

— Moins de trois décès.

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

† Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

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 à Statistique Canada

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

Bien que le cancer soit une maladie qui frappe surtout les Canadiens âgés de 50 ans ou plus (qui représentent 88 % de tous les nouveaux cas et 95 % des décès), il touche néanmoins tous les groupes d'âge. Chez les deux sexes, l'âge médian au moment du diagnostic de cancer est de 65 à 69 ans et il est de 70 à 74 ans au moment du décès. Il est important de souligner qu'environ 12 % des nouveaux cas de cancer et 5 % des décès liés à cette maladie toucheront des personnes de moins de 50 ans. Le tableau 3.1 indique qu'en 2010 :

- ◆ Chez les Canadiens âgés de 70 ans et plus, on enregistrera environ 75 100 nouveaux cas de cancer (43 % de tous les cas) ainsi que 46 200 décès liés à cette maladie (61 % de tous les décès).
- ◆ En outre, 46 900 nouveaux cas (27 %) et 17 100 décès (22 %) seront enregistrés dans le groupe des 60 à 69 ans.
- ◆ Comparativement aux groupes plus âgés, le groupe des 50 à 59 ans représente une plus faible proportion de tous les nouveaux cas (18 %) et des décès (12 %).

La figure 3.1 présente les taux d'incidence (en 2006) et de mortalité (en 2005) 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 du taux de mortalité.

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

- ◆ Plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du poumon et de cancer colorectal seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus.
- ◆ Le cancer du sein frappe surtout les femmes de 50 à 69 ans. Vingt-huit pour cent des cas de cancer du sein sont diagnostiqués chez des femmes de plus de 69 ans, et 19 % 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 50 et 69 ans, les décès par cancer du sein seront plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus, ce qui montre les bienfaits associés au dépistage et au traitement en vue de prolonger la vie chez les femmes d'âge moyen.
- ◆ De même, 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 sont plus nombreux dans le groupe des 80 ans et plus. Ce phénomène rend vraisemblablement compte de l'effet du dépistage effectué auprès des hommes dans la soixantaine et de la lente évolution de la maladie dans un grand nombre de cas.
- ◆ 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 l'homme que chez la femme.

Tendances selon le sexe

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

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

- ◆ Chez les personnes de moins de 20 ans et de plus de 60 ans, le cancer touche davantage les hommes que les femmes, alors que le taux d'incidence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes parmi les personnes de 20 à 59 ans. Les cancers liés au sexe (en particulier le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus), ainsi que le cancer du poumon, le mélanome et le cancer de la thyroïde, sont responsables de l'incidence plus élevée observée chez les femmes de 20 à 59 ans.
- ◆ Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes de plus de 20 ans. Mais 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 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. Ce n'est que récemment que le taux d'incidence chez les femmes a commencé à se stabiliser. Le cancer du poumon demeure la première cause de décès par cancer chez 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 toutefois, ce taux commence à augmenter dès 70 ans. De 1996 à 2005, des baisses significatives des taux de mortalité annuels ont été enregistrées dans toutes les tranches d'âge de dix ans, en particulier dans les groupes plus jeunes (données non présentées).

*Le risque d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge.
Des baisses notables de la mortalité ont été observées pour
tous les cancers combinés, chez les deux sexes et dans la
plupart des groupes d'âge.*

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

Tableau 3.1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour tous les cancers selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2010

Groupe d'âge	Population (en milliers) Estimations pour 2010			Nouveaux cas Estimations pour 2010			Décès Estimations pour 2010		
	Total*	H	F	Total*	H	F	Total*	H	F
Tous les âges	33 639	16 654	16 986	173 800	90 000	83 900	76 200	40 000	36 200
0-19	7 641	3 914	3 727	1 300	690	590	160	90	75
20-29	4 597	2 334	2 262	2 000	910	1 100	220	120	100
30-39	4 652	2 342	2 310	4 600	1 550	3 000	660	280	390
40-49	5 180	2 601	2 580	12 900	4 500	8 400	2 900	1 250	1 650
50-59	4 865	2 407	2 458	31 100	14 600	16 500	9 000	4 400	4 600
60-69	3 405	1 657	1 748	46 900	27 000	19 900	17 100	9 400	7 700
70-79	2 003	922	1 080	42 900	25 000	17 900	21 800	12 400	9 400
80+	1 296	475	821	32 200	15 800	16 400	24 400	12 100	12 300

* Les chiffres ayant été arrondis, la somme des nombres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les totaux pour le Canada incluent les 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 à Statistique Canada³.

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

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, 2010

Groupe d'âge	Poumon			Côlon et rectum			Prostate	Sein
	Total	H	F	Total	H	F	H	F
Nouveaux cas								
Tous les âges	24 200	12 900	11 200	22 500	12 400	10 100	24 600	23 200
0-19	10	5	5	10	5	5	5	5
20-29	25	10	10	55	30	25	—	85
30-39	95	40	55	240	120	110	15	860
40-49	960	360	600	1 050	560	510	440	3 500
50-59	3 400	1 600	1 850	3 400	2 000	1 400	4 100	6 200
60-69	7 200	3 900	3 300	5 900	3 600	2 200	9 400	5 800
70-79	7 600	4 400	3 300	6 300	3 700	2 700	7 000	3 800
80+	4 800	2 700	2 100	5 400	2 400	3 100	3 600	2 800
Décès								
Tous les âges	20 600	11 200	9 400	9 100	5 000	4 100	4 300	5 300
0-19	—	—	—	5	5	—	—	—
20-29	5	—	5	10	5	5	—	5
30-39	55	20	35	50	25	25	—	100
40-49	690	260	430	270	150	120	15	400
50-59	2 500	1 200	1 300	950	560	390	120	920
60-69	5 700	3 100	2 600	1 900	1 200	670	520	1 050
70-79	6 800	3 900	2 900	2 500	1 500	1 000	1 250	1 100
80+	4 900	2 700	2 200	3 500	1 550	1 950	2 400	1 750

— Moins de trois cas ou décès.

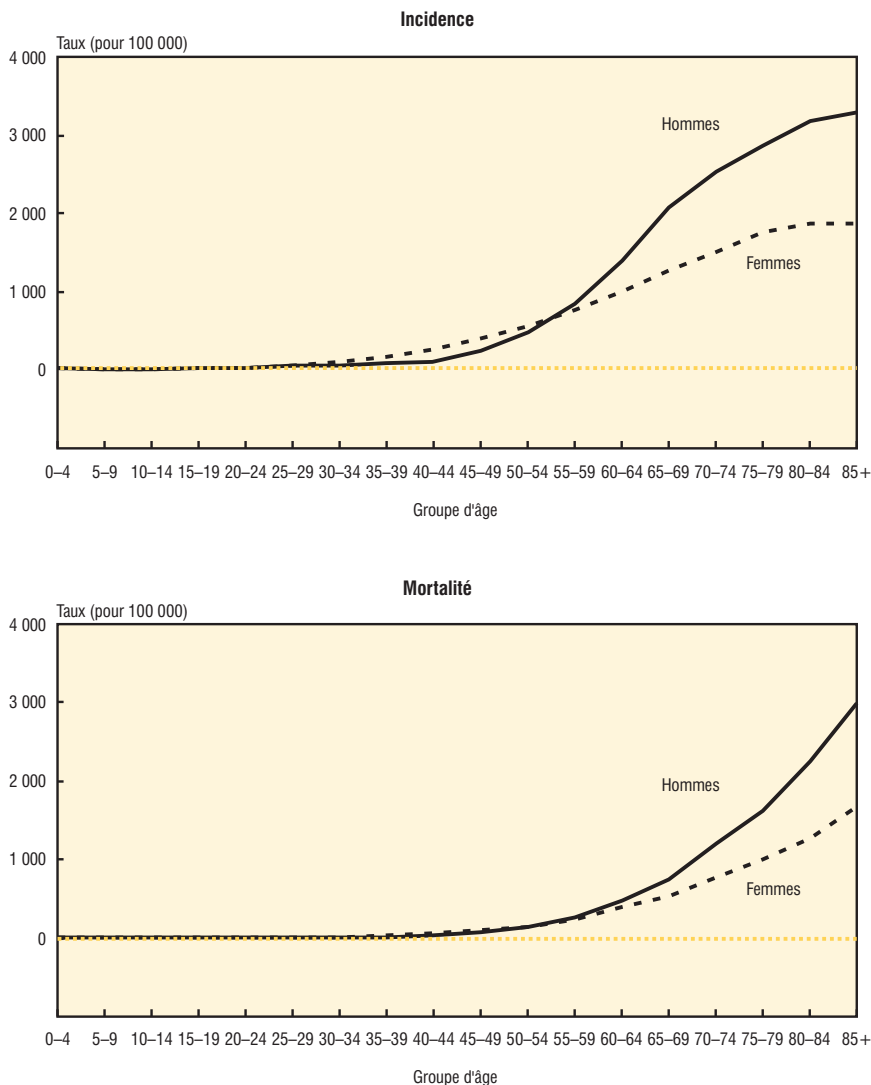
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

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

Figure 3.1

Taux d'incidence (2006) et de mortalité (2005) par âge selon le sexe pour tous les cancers, Canada



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

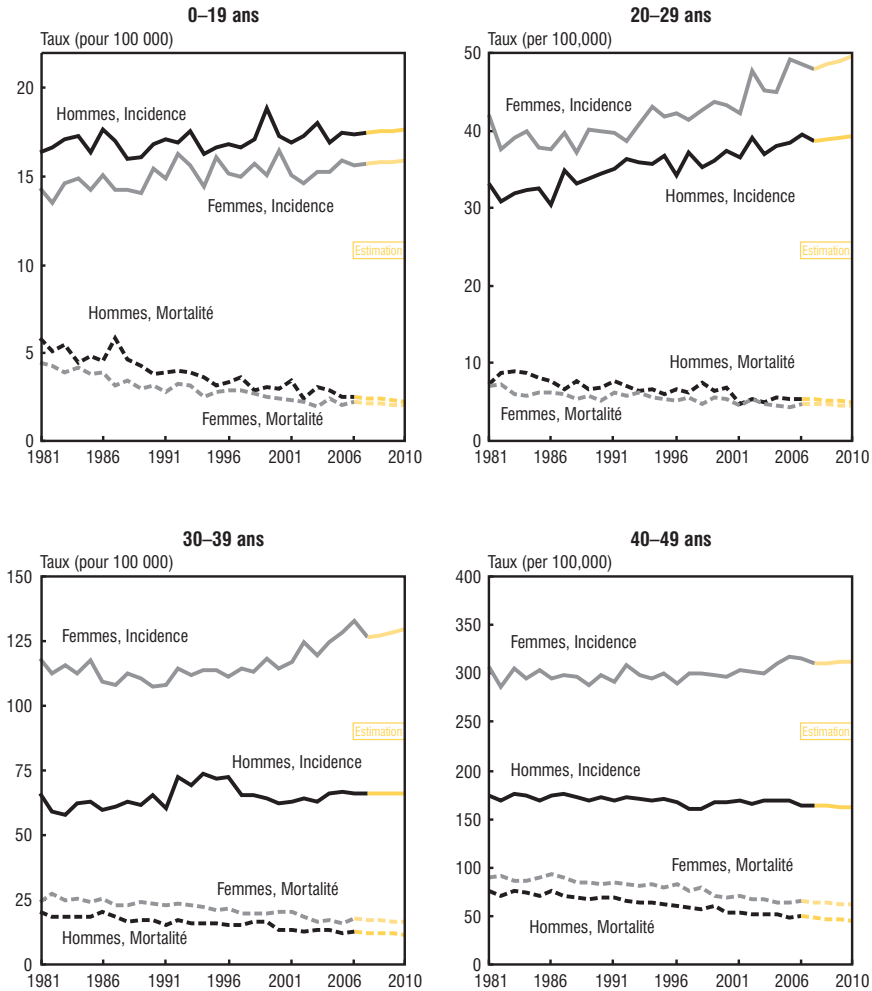
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

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

Figure 3.2

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1981–2010



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 et la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006 et 2005, respectivement.

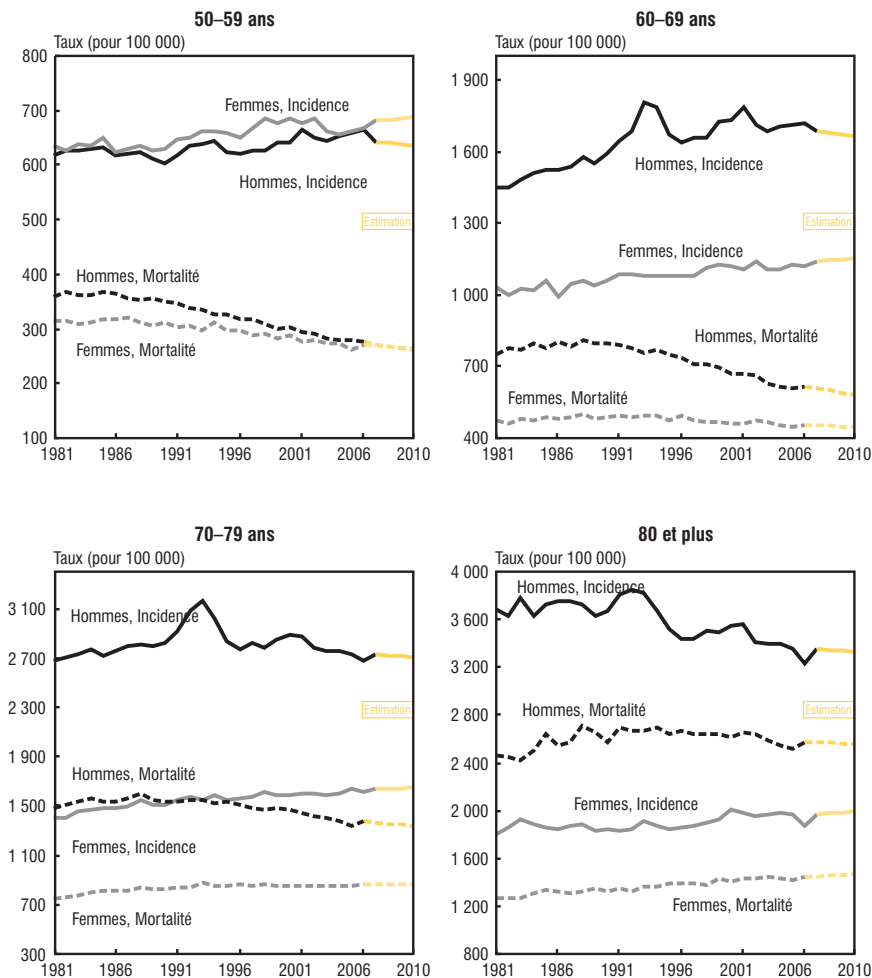
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

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

Figure 3.2 (suite)

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge par groupe d'âge pour tous les cancers, Canada, 1981–2010



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 et la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006 et 2005, respectivement.
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 et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Le nombre de nouveaux cas et de décès constituent d'importantes mesures du fardeau que fait peser le cancer sur la population et le système de santé au Canada. Les tendances de l'incidence indiquent en général des changements pour ce qui est de la prévalence des facteurs de risque ou de protection. Elles peuvent aussi indiquer des changements dans les pratiques diagnostiques (y compris le dépistage) et peuvent être directement utilisées pour prévoir le nombre de nouvelles personnes qui demanderont un diagnostic, un traitement primaire et éventuellement des traitements additionnels. Les tendances du taux de mortalité reflètent les changements dans l'incidence, la survie ou les deux, et permettent de constater les progrès de la lutte contre le cancer.

La détermination des tendances de l'incidence et de la mortalité repose sur la comparaison des taux annuels normalisés selon l'âge. La normalisation selon l'âge permet des comparaisons géographiques et temporelles plus utiles puisqu'elle tient compte de la variation de la répartition par âge de la population au fil des ans et d'une région à l'autre

Tendances pour l'ensemble des cancers

Les figures 4.1 et 4.2 indiquent le nombre de nouveaux cas et de décès chez les hommes et chez les femmes, ainsi que les taux normalisés selon l'âge correspondants, de 1981 à 2006, de même que des prévisions jusqu'en 2010. Malgré la stabilité relative des taux normalisés selon l'âge, le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès causés par cette maladie continue d'augmenter régulièrement à mesure que la population canadienne croît et vieillit. Selon les estimations, en 2010, on enregistrera 173 800 nouveaux cas et 76 200 décès, soit 2 800 nouveaux cas et 900 décès de plus qu'en 2009. Parmi ces cas additionnels, 800 sont des cancers du poumon, 500 sont des cancers du côlon et du rectum et 400 sont des cancers du sein. En outre, il y aura 900 cas de cancer de la prostate de moins en 2010 que ce qu'on prévoyait pour 2009.

Chez les hommes, le taux d'incidence global du cancer a augmenté au début des années 1990, puis a diminué radicalement, avant de culminer à nouveau en 2001 et de diminuer par la suite (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. En revanche, le taux de mortalité par cancer, après avoir atteint un point culminant en 1988, a diminué lentement en raison des baisses des taux de mortalité par cancer du poumon, du côlon et du rectum, de la prostate et autres (figure 4.2). Chez les femmes, le taux d'incidence global du cancer augmente lentement depuis le début des années 1990, tandis que le taux de mortalité demeure relativement stable depuis 1981 (figures 4.1 et 4.2).

Les figures 4.3 et 4.4 décrivent l'effet relatif des changements dans les taux de cancer, la taille de la population et le vieillissement de la population sur le nombre total de nouveaux cas et de décès. Comme le montrent les figures, la croissance démographique et le vieillissement de la population sont les principaux facteurs qui expliquent la tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer :

- ◆ La ligne continue la plus basse représente le nombre total de nouveaux cas (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 1981, ce qui illustre l'impact des changements au niveau du risque.
- ◆ La ligne du milieu représente le nombre de nouveaux cas (ou de décès) qui seraient survenus si la structure par âge était demeurée identique à celle de 1981, ce qui

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

illustre l'impact de la croissance démographique et des changements au niveau de risque.

- ◆ 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. Aussi longtemps que se poursuivra cette tendance démographique, on observera une augmentation correspondante du nombre de nouveaux cas et de décès chaque année. Il importe de souligner que les changements touchant le risque de cancer n'ont que très peu contribué à l'augmentation des nouveaux cas, en particulier chez les hommes, tandis que les changements touchant le risque de décès ont bel et bien donné lieu à une diminution des décès chez les hommes.

La figure 4.5 montre les répercussions de l'évolution des taux de mortalité due au cancer du poumon sur les tendances globales de la mortalité par cancer. Elle illustre la variation relative des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour la période de 1981 à 2010 pour l'ensemble des cancers combinés, et pour tous les cancers *excluant* le cancer du poumon. La différence entre les tendances observées chez l'homme et chez la femme tient au stade d'évolution du problème du cancer du poumon qui diffère entre les sexes et à l'écart entre les tendances relatives aux taux de mortalité associés aux autres cancers:

- ◆ Chez l'homme, la tendance relative à la mortalité due à tous les cancers traduit essentiellement la tendance relative à la mortalité associée au cancer du poumon (les deux lignes sont très proches tout au long de la période). Le mouvement à la baisse du taux de mortalité par cancer, observé depuis 1988, s'explique donc surtout par une diminution des taux de mortalité liée au cancer du poumon.
- ◆ Chez la femme, toutefois, le taux de mortalité par cancer du poumon n'a pas encore entamé une diminution. Ainsi, le taux de mortalité associée à tous les cancers, qui est demeuré essentiellement stable depuis 1981, dissimule la régression importante (presque 20 %) observée à l'égard des autres types de cancer au cours de la période de 30 ans.

Tendances pour certains cancers

Les figures 4.6 à 4.9 représentent graphiquement les tendances des taux annuels au cours des 30 dernières années pour certains cancers, et les tableaux 4.1 à 4.4 fournissent les données simples. Les tendances sont examinées plus loin.

Les données sur la variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence (1997-2006) et de mortalité (1996-2005) selon le siège ou le type de cancer figurent au tableau 4.5. 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 les figures 4.6 à 4.9. Il faut en tenir compte au moment d'interpréter les descriptions suivantes.

Parmi les cancers figurant dans le tableau 4.5, des hausses ou des baisses statistiquement significatives de 2 % ou plus par année ont été observées pour les cancers suivants :

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ Hausses de l'incidence :
 - cancer du foie chez l'homme (3,1 %)
 - cancer de la thyroïde chez l'homme (6,8 %) et chez la femme (9,5 %)
- ◆ Baisse de l'incidence :
 - chez l'homme, cancer de l'estomac (-2,1 %) et cancer du poumon (-2,1 %)
 - cancer du larynx chez l'homme (-3,8 %) et chez la femme (-4,3 %)
- ◆ Hausses de la mortalité :
 - cancer du foie chez l'homme (2,2 %)
- ◆ Baisse de la mortalité :
 - chez l'homme, cancer du poumon (-2,2 %), cancer de la cavité buccale (-2,4 %), lymphome non hodgkinien (-2,6 %), cancer de la prostate (-3,0 %), cancer de l'estomac (-3,6 %) et cancer du larynx (-6,5 %)
 - chez la femme, cancer de l'estomac (-2,5 %), lymphome non hodgkinien (-2,9 %) et cancer du col de l'utérus (-3,8 %)

Analyse sur certains cancers dont les tendances connaissent des changements importants

Cancer du foie

- ◆ Chez l'homme, le taux d'incidence a augmenté de 3,1 % par année, tandis que le taux de mortalité a augmenté de 2,2 % par année. Ces deux hausses sont statistiquement significatives.
- ◆ Chez la femme, le taux d'incidence a augmenté de 2,2 % par année, tandis que le taux de mortalité a augmenté de 1,3 % par année. Ces changements ne sont toutefois pas statistiquement significatifs.
- ◆ Les hausses observées pourraient s'expliquer par l'augmentation du nombre d'immigrants provenant de régions où des facteurs de risque du cancer du foie, comme le virus de l'hépatite B et les aflatoxines, sont prévalents. En outre, on a observé une hausse de l'abus d'alcool et du taux d'infection par le virus de l'hépatite C, lesquels peuvent mener à une cirrhose du foie, pouvant à son tour mener à un cancer.

Cancer de la thyroïde

- ◆ Il s'agit du cancer dont l'incidence augmente le plus rapidement (6,8 % par année chez l'homme et 9,5 % par année chez la femme depuis 1998). Des hausses similaires ont été observées en Europe et dans certaines régions des États-Unis.
- ◆ Il est possible qu'en raison du recours plus fréquent à l'imagerie médicale (échographie, biopsie à l'aiguille et possiblement la tomographie par ordinateur et la résonance magnétique [IRM]), on détecte plus souvent les cancers asymptomatiques, à un stade précoce, que par le passé⁴.
- ◆ Le taux de mortalité est demeuré stable, fort probablement parce que les traitements actuels sont très efficaces contre le cancer de la thyroïde à un stade précoce.

Cancer de l'estomac

- ◆ Le taux d'incidence diminue chez les deux sexes (–2,1 % par année chez l'homme et –1,6 % par année chez la femme). Cette baisse pourrait être attribuable :
 - à une meilleure alimentation (y compris à la consommation réduite d'aliments salés, fumés ou en conserve);
 - à une diminution du tabagisme et de l'abus d'alcool, lequel peut aggraver l'impact du tabagisme sur le risque de cancer de l'estomac;
 - à la reconnaissance au traitement de l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori*, laquelle est associée au cancer de l'estomac.
- ◆ Le taux de mortalité lié à ce cancer a aussi diminué considérablement (–3,6 % par année chez les hommes et –2,5 % par année chez les femmes).
- ◆ On observe ces tendances à la baisse de l'incidence et de la mortalité depuis longtemps. Les taux sont maintenant près de deux fois moins élevés qu'en 1981.

Cancer du poumon

- ◆ Chez l'homme, les taux d'incidence et de mortalité 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 –2,1 % par année dans le cas de l'incidence et de –2,2 % par année dans le cas de la mortalité (tableau 4.5).
- ◆ Chez la femme, le taux d'incidence augmente depuis 1980, et il a connu une hausse importante de 1,2 % par année entre 1997 et 2006. Les projections à plus long terme suggèrent toutefois que ces taux commencent à se stabiliser.
- ◆ On prévoit que les hommes continueront de connaître des taux d'incidence et de mortalité plus élevés que les femmes en 2010 (incidence : 65,5 pour 100 000 c. 47,9 pour 100 000; mortalité : 57,1 pour 100 000 c. 39,4 pour 100 000).
- ◆ Les différences dans les tendances entre les hommes et les femmes sont le reflet des différences passées dans les profils de consommation du tabac, notamment de la diminution du tabagisme qui s'est amorcée au milieu des années 1960 dans le cas des hommes, puis beaucoup plus tard, soit au milieu des années 1980, pour ce qui est des femmes.

Cancer du larynx

- ◆ Le taux d'incidence diminue de façon importante tant chez l'homme (–3,8 % par année) que chez la femme (–4,3 % par année), tandis que le taux de mortalité connaît une baisse importante de –6,5 % depuis 2001.
- ◆ Le cancer du larynx est fortement lié au tabagisme et à la consommation d'alcool. Les taux d'incidence et de mortalité reflètent les tendances à la baisse de ces facteurs de risque.

Lymphome non hodgkinien

- ◆ Tant chez l'homme que chez la femme, le taux d'incidence a augmenté d'environ 50 % entre 1978 et la fin des années 1990. Depuis ce temps, le taux s'est stabilisé.
- ◆ 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 et de changements au niveau des facteurs de risque. Le facteur de risque le plus manifestement associé au lymphome non hodgkinien est l'immunosuppres-

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

sion, 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 phénoxy et les dioxines.

- ◆ On a enregistré une légère baisse du taux de mortalité. Depuis 2000, il y a eu une baisse statistiquement significative de -2,6 % par année chez l'homme et de -2,9 % par année chez la femme.
- ◆ 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 cas atteints des formes particulièrement agressives de lymphome non hodgkinien attribuables à l'infection à VIH.

Cancer de la prostate

- ◆ Les deux pics qui ont été atteints pour l'incidence en 1993 et en 2001, suivis dans chaque cas d'un fléchissement, 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. La première vague a suivi l'introduction du dosage de l'APS comme méthode de dépistage; la seconde vague peut s'expliquer par la publicité entourant le diagnostic de cancer de la prostate reçu au début de 2001 par le ministre fédéral de la Santé au terme d'un dosage sérique de l'APS. Le premier recul a été suivi de la reprise de la tendance à la hausse plus graduelle observée antérieurement; le second recul est trop récent pour que l'on puisse déterminer si la tendance ascendante reviendra.
- ◆ Si l'augmentation durable et apparemment continue des taux d'incidence est peut-être attribuable à une évolution plus graduelle de la détection précoce, elle peut aussi être en partie imputable à des changements dans la prévalence des facteurs de risque ou de protection. 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 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 -3,0 % par an entre 1996 et 2005 (tableau 4.5), sans doute grâce à l'amélioration des traitements. Deux vastes essais randomisés sur le dosage de l'APS et son lien possible avec la baisse de la mortalité chez les hommes de plus de 55 ans ont donné des résultats contradictoires^{5,6}. Le suivi des participants à ces études qui est en cours actuellement aidera peut-être à clarifier le rôle de ce test dans la diminution des décès par cancer de la prostate.

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.
- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité ont considérablement diminué, mais chez les hommes uniquement (-1,4 % par année pour l'incidence et -2,4 % par année pour la mortalité).

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

- ◆ La diminution du tabagisme, lequel est 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 de l'incidence de ces cancers et de la 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 par le virus du papillome humain (VPH), l'alimentation et l'exposition au soleil (liée au cancer de la lèvre), demeure vague.

Cancer du col de l'utérus

- ◆ Les taux d'incidence et de mortalité sont en baisse (−1,8 % et −3,8 % par an, respectivement). Cela est principalement grâce à l'usage généralisé et régulier du test de Papanicolaou (Pap), qui permet de déceler tôt les lésions pré-malignes et malignes et de les traiter.
- ◆ La mise en place des programmes de vaccination des filles d'âge scolaire contre le VPH, annoncée récemment par certaines provinces, aura pour effet de réduire davantage l'incidence et la mortalité à long terme, mais elle n'éliminera pas le cancer du col de l'utérus. La poursuite du dépistage à l'aide du test Pap demeure une mesure de prévention nécessaire et importante.

Analyse des tendances concernant d'autres cancers notables

Cancer du sein

- ◆ L'incidence du cancer du sein a augmenté constamment entre 1980 et le début des années 1990, tendance qui s'explique en partie par le recours accru au dépistage par mammographie. Les raisons qui sous-tendent les tendances à la hausse et à la baisse modestes observées depuis lors ne sont pas claires, mais elles sont sans doute liées à des facteurs comme la hausse continue 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 la femme diminuent depuis le milieu des années 1980. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a chuté de plus de 30 % depuis le sommet atteint en 1986, passant de 32,0 à 21,4 pour 100 000 (tableau 4.4). La tendance à la baisse s'est accélérée, la diminution atteignant 1,8 % par an depuis 1999, ce qui est sans doute attribuable à la fois au recours accru au dépistage par mammographie et à l'efficacité accrue des traitements adjuvants reçus 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 bas jamais enregistré depuis 1950. Une tendance à la baisse similaire est observée aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie.

Cancer du côlon et du rectum

- ◆ Les tendances relatives aux taux d'incidence du cancer du côlon et du rectum, observées au cours de la période de 1980 à 2006 (dernière année pour laquelle il existe des données complètes), sont complexes. Entre 1980 et 1985, les taux ont augmenté (ou ont été relativement stables chez la femme), après quoi ils ont fléchi jusqu'au milieu des années 1990 (de manière plus marquée chez la femme que chez l'homme). Ils ont grimpé de nouveau jusqu'en 2000 et ont affiché par la suite une baisse significative. Les projections relatives au cancer du côlon et du rectum

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

jusqu'en 2010 reposent sur des données recueillies à long terme (soit de 1986 à 2006), ce qui correspond à la méthode généralement utilisée dans la présente publication, et il est donc possible que les effets des fluctuations de courte durée ne soient pas prises en compte. Il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'on utilise ces données.

- ◆ Les taux de mortalité continuent de chuter chez la femme et chez l'homme, soit respectivement de -1,7 % et de -1,2 % par an depuis 1996 (tableau 4.5), baisse qui tient vraisemblablement à l'amélioration des traitements, comme la chimiothérapie.
- ◆ Le dépistage du cancer du côlon et du rectum peut entraîner une diminution de l'incidence et de la mortalité. Le dépistage opportuniste existe déjà dans de nombreuses provinces, ce qui peut expliquer en partie la chute des taux de mortalité. Plusieurs provinces ont annoncé la mise en oeuvre d'un programme de dépistage du cancer du côlon et du rectum dans la population; les autres examinent cette possibilité.

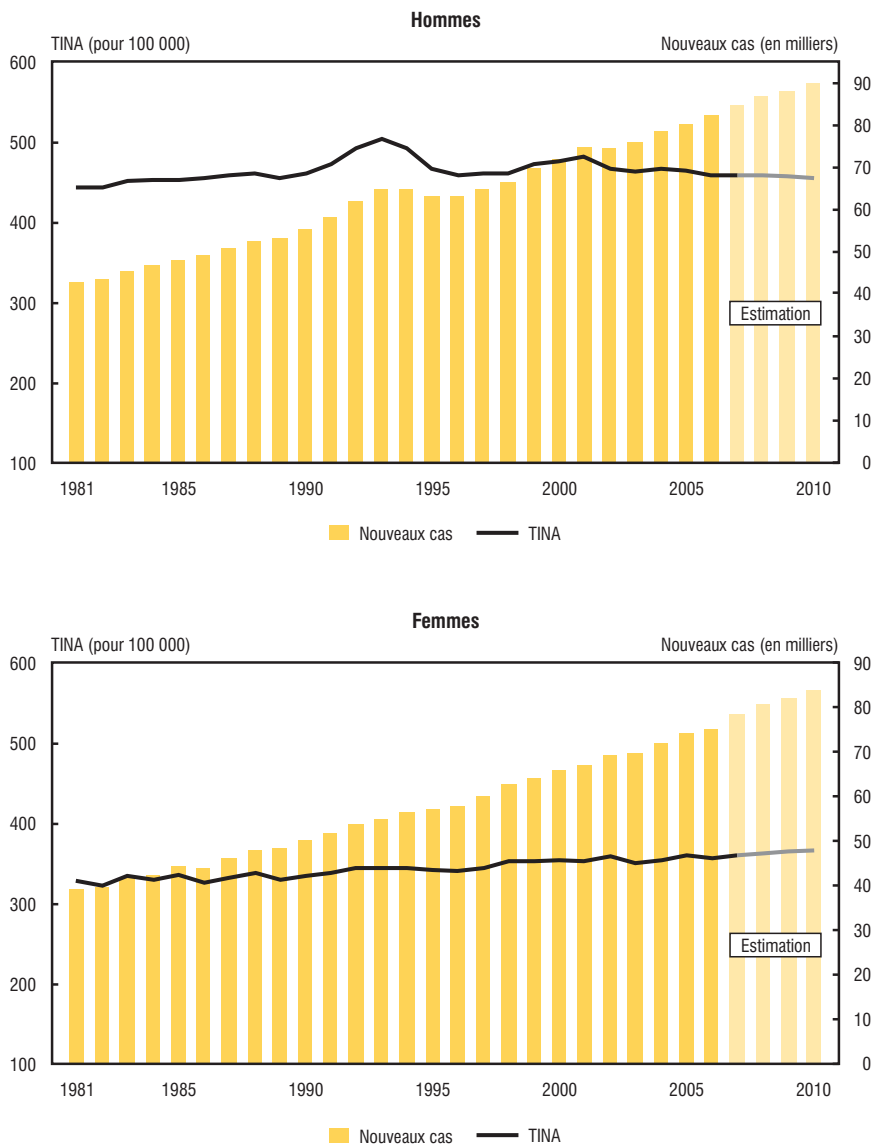
Répercussions

Les fortes baisses des taux de mortalité portent à croire que des progrès importants ont été faits dans la lutte contre le cancer, notamment grâce à la détection précoce et au traitement. 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, les figures 4.1 et 4.2 mettent en relief le fardeau de plus en plus lourd que représentera l'accroissement continu du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer pour la société canadienne, et ce, dans une large mesure, indépendamment des tendances relatives aux taux d'incidence et de mortalité. Elles montrent pourquoi 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.

Le nombre de nouveaux cas et de décès constituent des mesures du fardeau de la maladie, et les données sur les tendances peuvent renseigner sur les besoins futurs en 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 pour certains cancers augmentent. Compte tenu des tendances, nous devons accroître notre capacité d'offrir des programmes efficaces de prévention primaire, de dépistage précoce, de traitement et de promotion de la santé.

Figure 4.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour tous les cancers, 1981–2010



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 2006. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Méthodologie.

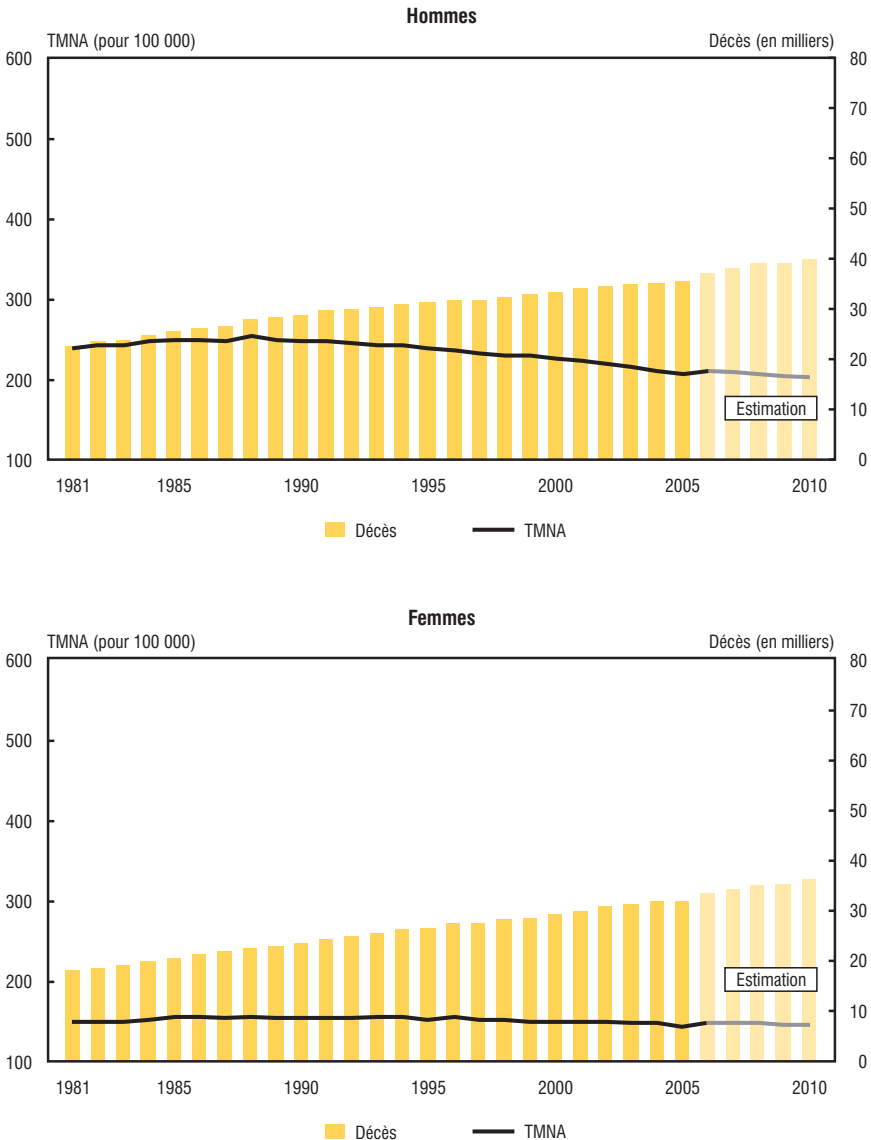
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.2

Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour tous les cancers, Canada, 1981–2010



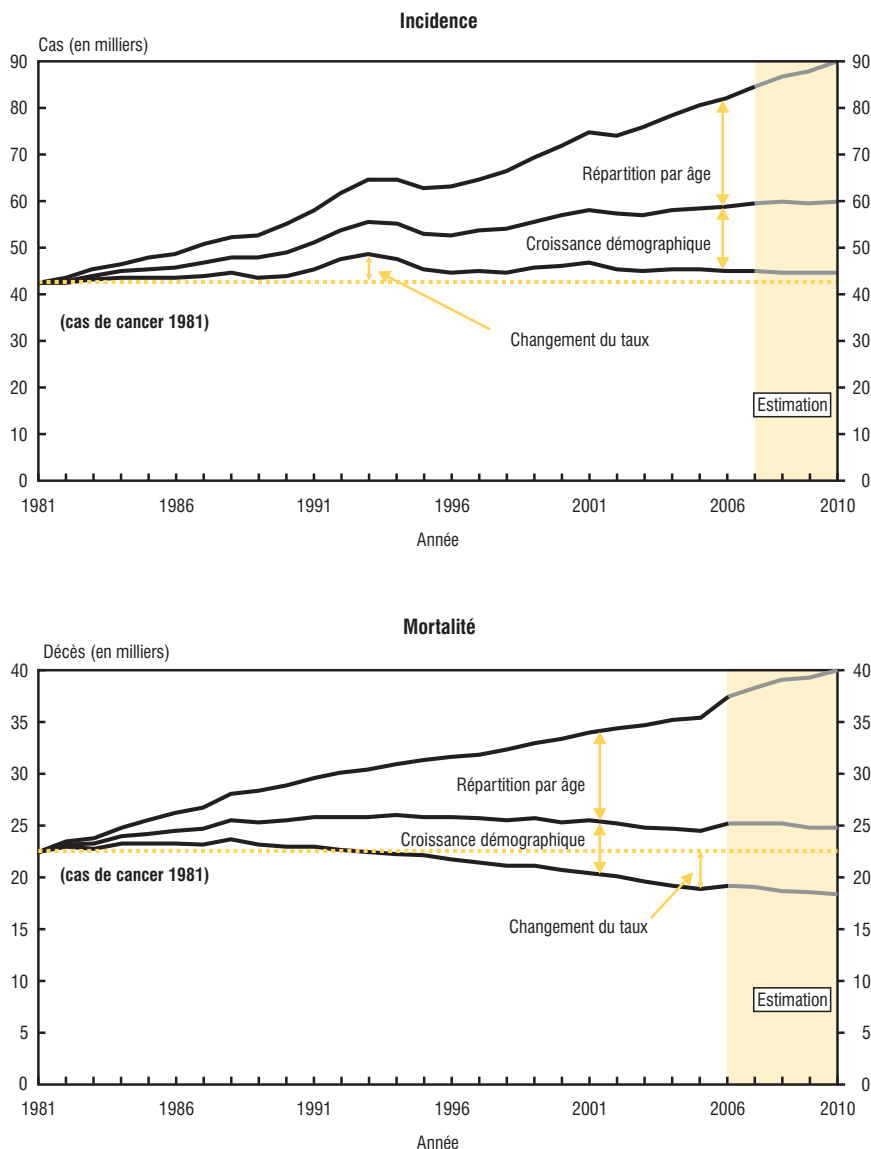
Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2005.

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 à Statistique Canada

Figure 4.3

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, hommes, Canada, 1981–2010



Nota : 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 et la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006 et 2005, respectivement. Les fourchettes varient entre les figures.

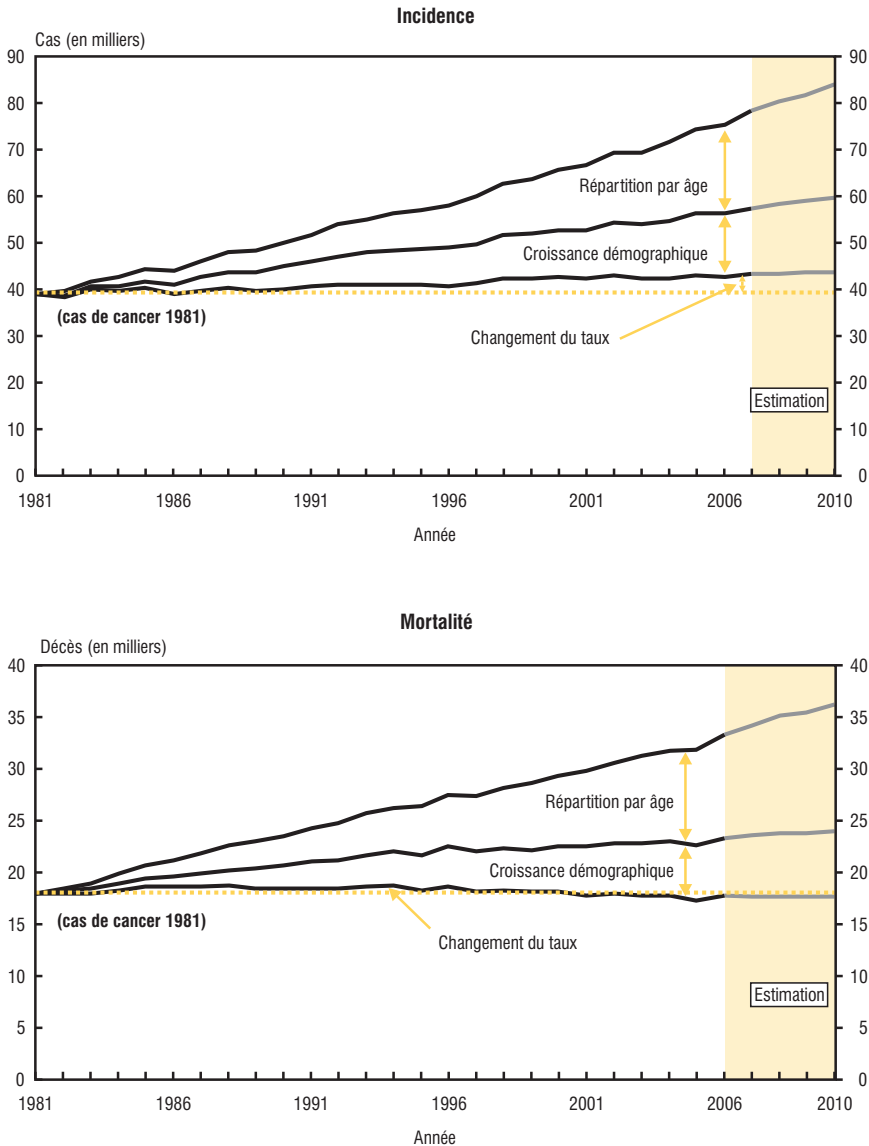
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.4

Tendances de l'incidence et de la mortalité associées au taux de cancer, à la croissance démographique et à la répartition par âge de la population, tous les cancers, tous les âges, femmes, Canada, 1981–2010



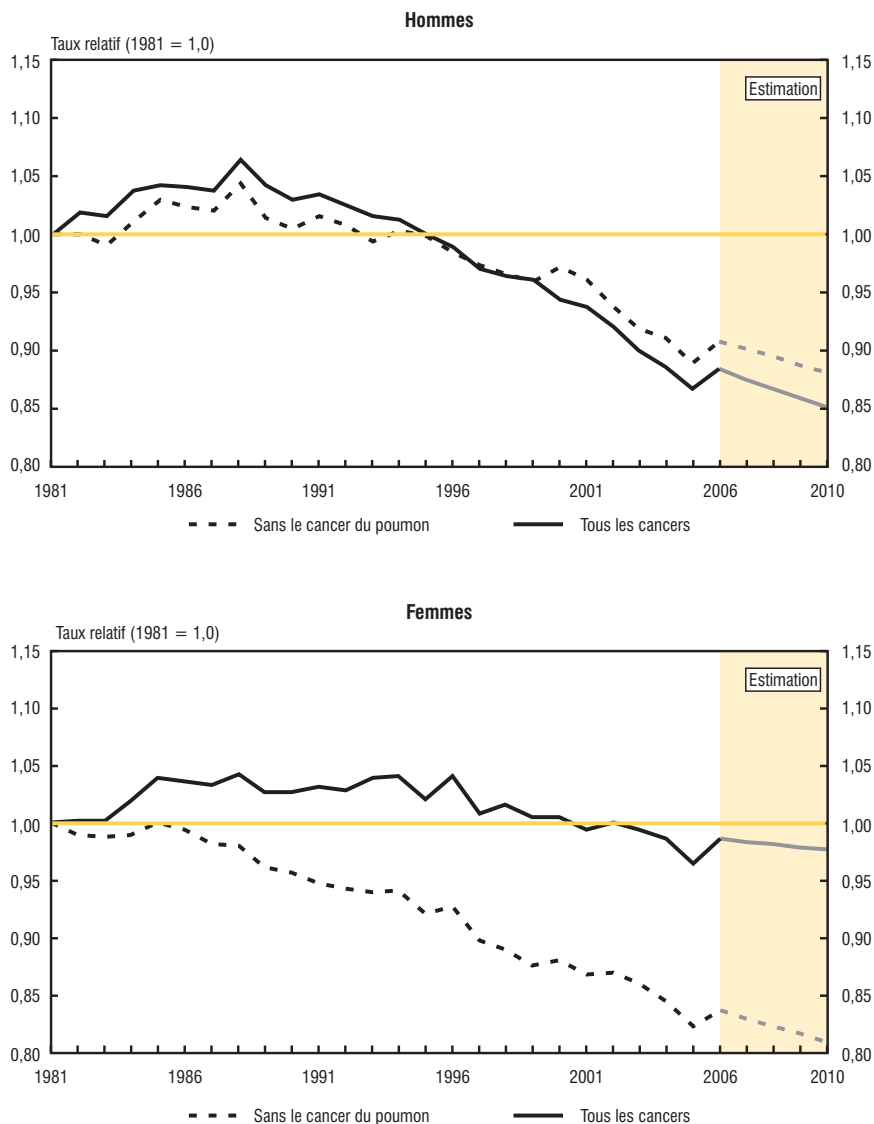
Nota : Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Les données réelles sur l'incidence et la mortalité sont disponibles jusqu'en 2006 et 2005, respectivement. Les fourchettes varient entre les figures.

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 et Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

Figure 4.5

Changement relatif* des taux de mortalité normalisés selon l'âge, avec et sans le cancer du poumon, Canada, 1981–2010



* Année en cours divisée par le taux de 1981.

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 2005.

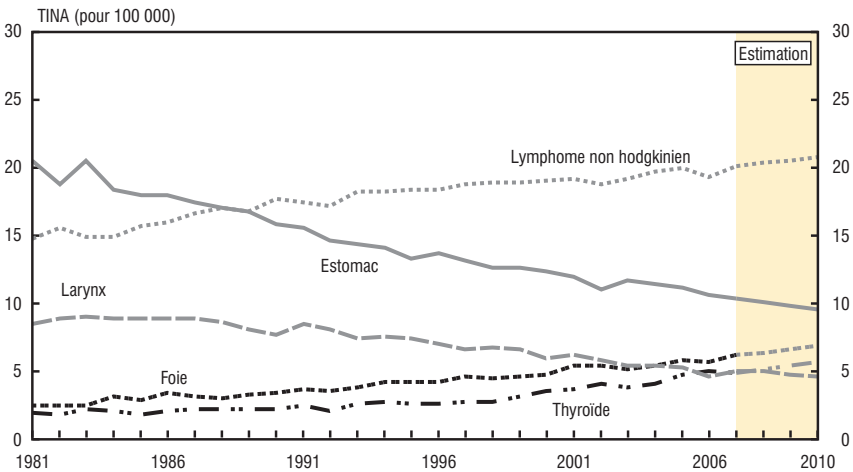
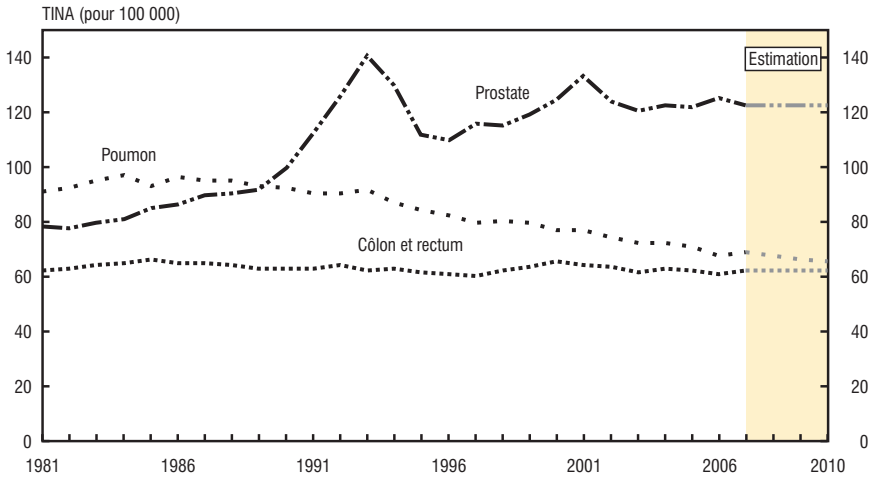
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.6

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1981–2010



* 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 2006. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

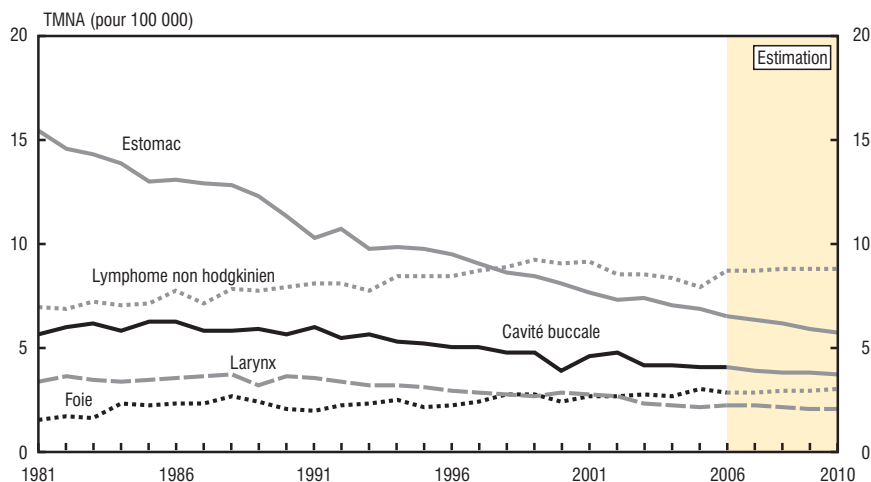
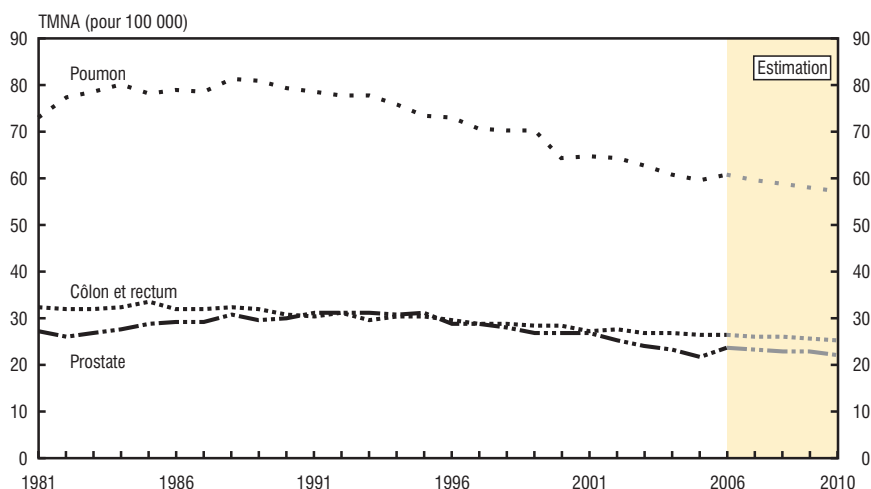
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.7

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, hommes, Canada, 1981–2010



* 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).

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 2005. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

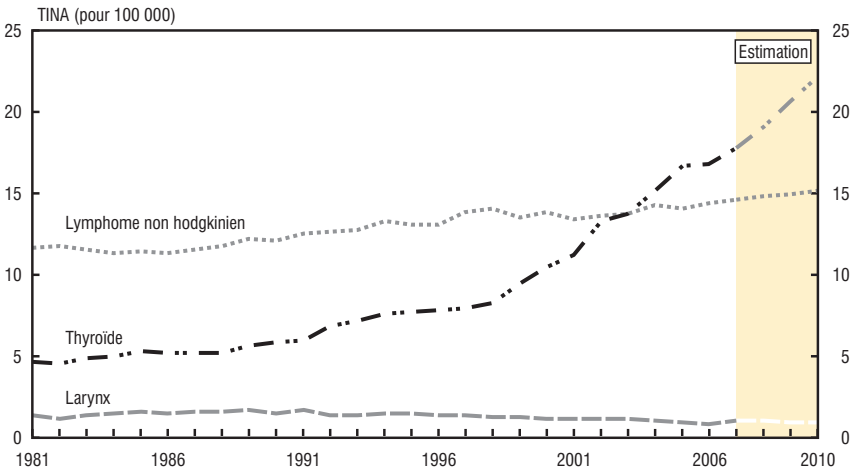
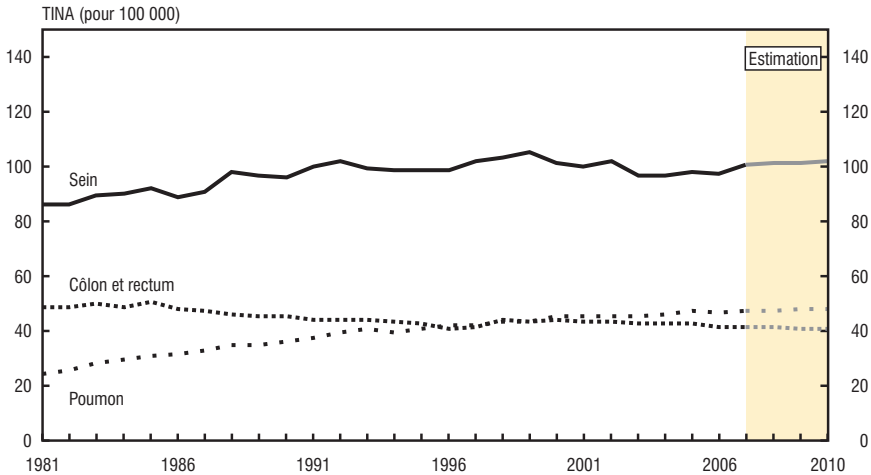
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.8

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1981–2010



* 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 de 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 2006. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

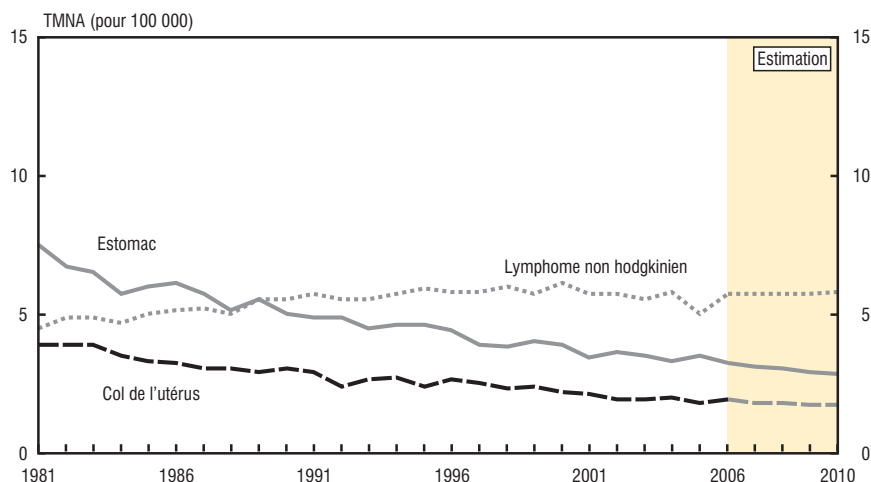
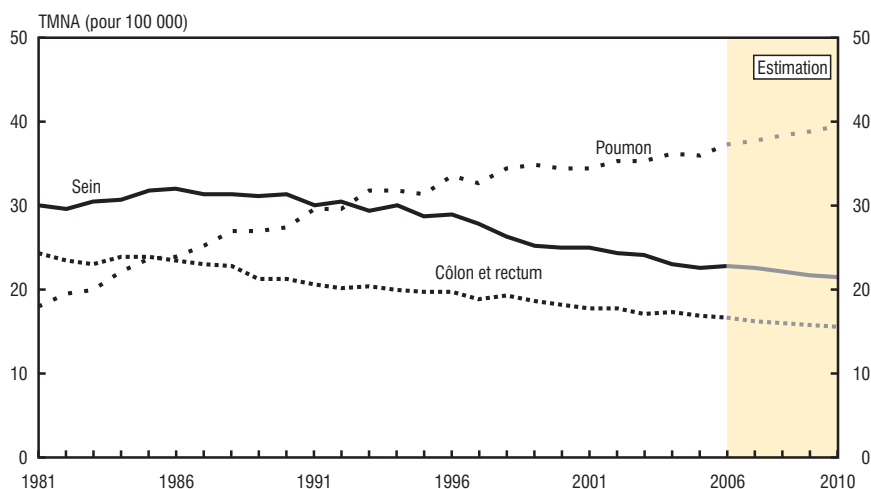
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Figure 4.9

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers*, femmes, Canada, 1981–2010



* 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).

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 2005. 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 à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.1

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1981–2010†

Année	Cas pour 100 000								
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Estomac	Foie	Larynx
1981	443,0	78,6	90,9	62,6	14,7	1,9	20,5	2,4	8,4
1982	442,2	77,9	92,4	62,7	15,6	1,7	18,7	2,4	8,8
1983	450,6	79,7	95,0	64,0	14,9	2,1	20,5	2,4	9,0
1984	452,4	81,0	96,9	64,8	14,9	2,0	18,4	3,1	8,9
1985	452,3	85,2	93,0	66,3	15,7	1,8	18,0	2,8	8,8
1986	454,0	86,1	96,1	64,7	16,0	2,0	18,0	3,3	8,8
1987	458,5	89,5	94,8	64,7	16,6	2,2	17,4	3,1	8,8
1988	461,0	90,4	95,1	64,5	17,0	2,1	17,0	3,0	8,6
1989	453,8	91,8	93,3	63,0	16,7	2,1	16,7	3,2	8,1
1990	460,2	99,8	92,4	63,0	17,7	2,2	15,8	3,4	7,7
1991	472,4	112,5	90,5	63,0	17,4	2,4	15,6	3,6	8,4
1992	490,6	125,7	90,6	64,3	17,2	2,0	14,6	3,5	8,1
1993	503,3	140,8	91,6	62,0	18,2	2,6	14,3	3,8	7,4
1994	491,5	129,9	86,9	63,2	18,2	2,7	14,1	4,2	7,5
1995	467,1	111,9	84,7	61,6	18,3	2,6	13,3	4,2	7,4
1996	458,2	110,1	82,2	60,7	18,3	2,6	13,6	4,2	6,9
1997	461,1	115,6	79,4	60,3	18,8	2,7	13,1	4,5	6,6
1998	460,6	115,0	80,5	62,5	18,9	2,7	12,6	4,4	6,7
1999	471,7	119,5	79,5	63,5	18,9	3,1	12,6	4,6	6,6
2000	476,3	124,8	77,1	65,6	19,0	3,5	12,3	4,7	5,9
2001	482,1	133,2	77,0	64,4	19,1	3,6	11,9	5,3	6,1
2002	466,4	123,7	74,4	63,8	18,8	4,0	11,0	5,3	5,8
2003	461,9	120,3	72,4	61,5	19,1	3,7	11,7	5,1	5,4
2004	465,6	122,5	72,1	63,0	19,7	4,0	11,4	5,4	5,3
2005	463,8	121,6	70,9	62,4	20,0	4,7	11,1	5,8	5,2
2006	459,3	125,2	67,6	61,1	19,3	5,0	10,6	5,6	4,6
2007‡	459,3	122,6	68,7	62,3	20,1	4,8	10,3	6,1	5,0
2008‡	457,9	122,6	67,7	62,3	20,3	5,1	10,0	6,3	4,9
2009‡	456,2	122,5	66,5	62,2	20,5	5,3	9,8	6,6	4,7
2010‡	454,9	122,6	65,5	62,2	20,7	5,6	9,5	6,8	4,6

* 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 de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

† Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006.

‡ Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent 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 à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.2

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, hommes, Canada, 1981–2010†

Année	Décès pour 100 000								
	Tous les cancers	Prostate	Poumon	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Cavité buccale	Estomac	Foie	Larynx
1981	239,3	27,2	73,1	32,2	6,9	5,6	15,4	1,5	3,3
1982	243,6	26,0	77,4	31,9	6,8	6,0	14,6	1,7	3,6
1983	243,1	26,7	78,4	31,8	7,2	6,1	14,3	1,6	3,4
1984	248,1	27,5	80,2	32,5	7,0	5,8	13,9	2,3	3,3
1985	249,2	28,9	78,0	33,4	7,1	6,2	13,0	2,2	3,4
1986	249,1	29,4	78,8	32,0	7,7	6,2	13,1	2,3	3,5
1987	248,1	29,4	78,5	32,0	7,1	5,8	12,9	2,3	3,6
1988	254,7	30,7	81,2	32,4	7,8	5,8	12,8	2,6	3,7
1989	249,5	29,7	81,0	31,9	7,7	5,9	12,3	2,4	3,2
1990	246,4	30,1	79,4	30,9	7,9	5,6	11,3	2,0	3,6
1991	247,5	31,2	78,7	30,4	8,1	6,0	10,3	1,9	3,5
1992	245,2	31,1	77,6	31,2	8,1	5,4	10,7	2,2	3,3
1993	243,2	31,1	77,9	29,7	7,7	5,6	9,7	2,3	3,2
1994	242,3	30,8	75,6	30,3	8,4	5,3	9,8	2,5	3,2
1995	239,3	31,1	73,3	30,2	8,4	5,2	9,7	2,1	3,1
1996	236,6	29,0	72,9	29,5	8,4	5,0	9,5	2,2	2,9
1997	232,3	28,8	70,5	29,0	8,7	5,0	9,0	2,4	2,8
1998	230,8	28,1	70,2	29,0	8,9	4,7	8,6	2,7	2,7
1999	229,8	27,0	70,4	28,6	9,2	4,7	8,4	2,7	2,6
2000	225,8	26,9	64,4	28,5	9,0	3,9	8,1	2,4	2,8
2001	224,3	26,8	64,7	27,2	9,1	4,6	7,6	2,6	2,7
2002	220,3	25,1	64,5	27,8	8,5	4,7	7,3	2,6	2,6
2003	215,4	24,0	62,7	26,8	8,5	4,1	7,4	2,7	2,3
2004	212,1	23,4	60,6	26,8	8,3	4,1	7,0	2,6	2,2
2005	207,7	21,9	59,8	26,5	7,9	4,0	6,8	3,0	2,1
2006‡	211,6	23,8	60,6	26,4	8,7	4,0	6,5	2,8	2,2
2007‡	209,5	23,4	59,7	26,2	8,7	3,9	6,3	2,8	2,2
2008‡	207,6	23,0	58,9	25,9	8,8	3,8	6,1	2,9	2,1
2009‡	205,5	22,7	57,9	25,6	8,8	3,8	5,9	2,9	2,0
2010‡	203,6	22,3	57,1	25,4	8,8	3,7	5,7	3,0	2,0

* 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 de plus de 2 % par an (voir tableau 4.5).

† Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2005.

‡ Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des 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 à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1981–2010†

Année	Cas pour 100 000						
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Thyroïde	Larynx
1981	328,3	24,2	86,5	48,6	11,6	4,6	1,3
1982	321,3	25,8	86,0	48,9	11,7	4,5	1,1
1983	333,1	28,2	89,3	50,2	11,5	4,8	1,3
1984	329,9	29,5	90,3	48,9	11,3	4,9	1,4
1985	336,1	30,8	92,2	50,6	11,4	5,3	1,5
1986	325,5	31,5	88,6	48,2	11,3	5,2	1,4
1987	331,6	33,2	91,1	47,6	11,5	5,2	1,5
1988	336,8	34,6	97,8	46,1	11,7	5,1	1,5
1989	330,6	34,9	96,4	45,3	12,2	5,6	1,6
1990	333,6	36,3	96,0	45,6	12,1	5,8	1,4
1991	338,1	37,6	100,2	44,2	12,5	5,9	1,6
1992	343,8	39,7	101,9	44,3	12,6	6,8	1,3
1993	343,3	40,6	99,1	44,3	12,7	7,1	1,3
1994	343,8	39,8	98,9	43,7	13,3	7,6	1,4
1995	342,0	40,8	98,8	42,6	13,1	7,7	1,4
1996	339,9	42,0	98,6	41,1	13,1	7,8	1,3
1997	344,2	42,0	102,2	41,7	13,8	7,9	1,3
1998	351,7	43,7	103,2	43,9	14,0	8,2	1,2
1999	352,4	43,5	105,1	43,3	13,5	9,4	1,2
2000	354,4	45,1	101,5	44,4	13,8	10,4	1,1
2001	352,2	45,1	100,2	43,6	13,4	11,2	1,1
2002	358,1	45,7	102,0	43,4	13,6	13,3	1,1
2003	350,7	45,6	96,5	42,6	13,7	13,7	1,1
2004	353,4	46,3	96,9	42,9	14,3	15,1	1,0
2005	359,6	47,5	98,0	42,9	14,0	16,7	0,9
2006	356,6	47,0	97,2	41,3	14,4	16,8	0,8
2007‡	361,0	47,2	100,9	41,5	14,6	17,8	1,0
2008‡	362,6	47,4	101,2	41,3	14,8	19,1	1,0
2009‡	364,2	47,7	101,4	41,1	14,9	20,6	0,9
2010‡	365,8	47,9	101,7	40,9	15,1	22,1	0,9

* 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 de plus de 2 % par an (voir tableau 4.5).

† Les données réelles sur l'incidence sont disponibles jusqu'en 2006.

‡ Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des territoires. Ces estimations sont basées sur les tendances à long terme et peuvent ne pas refléter les changements récents.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent 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 à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.4

Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers*, femmes, Canada, 1981–2010†

Année	Décès pour 100 000						
	Tous les cancers	Poumon	Sein	Côlon et rectum	Lymphomes non hodgkiniens	Estomac	Col de l'utérus
1981	149,0	17,9	30,1	24,4	4,5	7,5	3,9
1982	149,3	19,5	29,7	23,5	4,9	6,7	3,9
1983	149,4	19,9	30,4	23,1	4,9	6,5	3,9
1984	151,9	22,1	30,7	23,8	4,7	5,7	3,5
1985	154,8	23,7	31,8	23,8	5,0	6,0	3,3
1986	154,4	23,9	32,0	23,5	5,1	6,1	3,2
1987	154,1	25,3	31,3	23,0	5,2	5,7	3,0
1988	155,4	26,9	31,4	22,7	5,0	5,1	3,0
1989	153,0	26,9	31,2	21,3	5,5	5,5	2,9
1990	152,9	27,5	31,3	21,3	5,5	5,0	3,0
1991	153,7	29,5	30,1	20,7	5,7	4,9	2,9
1992	153,2	29,6	30,4	20,2	5,5	4,9	2,4
1993	154,9	31,7	29,4	20,3	5,5	4,5	2,6
1994	155,2	31,9	30,0	19,9	5,7	4,6	2,7
1995	152,1	31,3	28,7	19,8	5,9	4,6	2,4
1996	155,2	33,6	28,9	19,7	5,8	4,4	2,6
1997	150,4	32,6	27,8	18,8	5,8	3,9	2,5
1998	151,3	34,5	26,4	19,3	6,0	3,8	2,3
1999	149,8	34,9	25,2	18,6	5,7	4,0	2,4
2000	149,8	34,4	25,1	18,2	6,1	3,9	2,2
2001	148,2	34,4	25,0	17,8	5,7	3,4	2,1
2002	149,2	35,2	24,4	17,7	5,7	3,6	1,9
2003	148,1	35,3	24,1	17,1	5,5	3,5	1,9
2004	147,0	36,1	23,1	17,3	5,8	3,3	2,0
2005	143,7	35,9	22,6	16,9	5,0	3,5	1,8
2006 [‡]	147,0	37,3	22,9	16,6	5,7	3,2	1,9
2007 [‡]	146,6	37,8	22,5	16,3	5,7	3,1	1,8
2008 [‡]	146,3	38,3	22,1	16,1	5,7	3,0	1,8
2009 [‡]	145,9	38,9	21,8	15,8	5,7	2,9	1,7
2010 [‡]	145,6	39,4	21,4	15,6	5,8	2,8	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 de plus de 2 % par an (voir le tableau 4.5).

† Les données réelles sur la mortalité sont disponibles jusqu'en 2005.

‡ Taux estimatifs pour l'ensemble des provinces et des 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 à Statistique Canada

4. TENDANCES DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ

Tableau 4.5

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

	Incidence 1997-2006				Mortalité 1996-2005			
	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		0,3*		-1,9**	2001	-0,6**	
Prostate	0,6		—		-3,0**		—	
Poumon	-2,1**	1999	1,2**		-2,2**		0,9**	
Sein	—		-0,9*	1999	—		-1,8**	1999
Côlon et rectum	-1,0**	2000	-1,0*	2000	-1,2**		-1,7**	
Lymphomes non hodgkiniens	0,5*		1,4*	2001	-2,6*	2000	-2,9*	2000
Vessie	-0,7*		-0,3		-0,8*		0,3	
Mélanome	1,5**		1,2**		0,2		-0,5*	
Thyroïde	6,8**		9,5**	1998	—		—	
Leucémie	0,5		0,8**		-0,9*		-1,4**	
Rein	1,0**		1,4**		-0,4		-0,6	
Corps de l'utérus	—		0,4*		—		-0,6	
Pancréas	-0,4		0,1		-0,6		-0,2	
Cavité buccale	-1,4**		-0,1		-2,4**		-0,4	
Estomac	-2,1**		-1,6**		-3,6**		-2,5**	
Encéphale	-0,7*		-1,1*		-1,3**		-1,4**	
Ovaire	—		0,0		—		-0,5	
Myélome multiple	0,3		-0,3		-1,1*		-0,3	
Foie	3,1**		2,3		2,2*		1,3	
Oesophage	0,2		-0,9		0,0		-1,2*	
Col de l'utérus	—		-1,8**		—		-3,8**	
Larynx	-3,8**		-4,3**		-6,5**	2001	-0,7	
Maladie de Hodgkin	0,2		0,4		—		—	
Testicule	1,5**		—		—		—	

— Sans objet ou faible nombre de décès.

* Significatif à $p < 0,05$

** Significatif à $p < 0,01$

[†] Le point de retournement indique l'année de référence, si l'orientation de la tendance a changé après 1997 pour l'incidence ou 1996 pour la mortalité. Les points de retournement ont été appliqués aux taux de 1986 à 2006 pour l'incidence et aux taux de 1986 à 2005 pour la mortalité.

Nota : On calcule la variation annuelle en pourcentage en se basant sur un modèle log-linéaire; 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). Pour plus de détails, voir l'Annexe II : 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 à Statistique Canada

Aperçu

Au Canada, en 2010, un nombre estimatif de 1 700 nouveaux cas de cancer et de 1 800 décès seront attribuables au cancer de l'œsophage. Le cancer de l'œsophage se classe au 15^e rang des cancers les plus courants chez les hommes, et au 19^e rang chez les femmes (tableau 1.1). À l'échelle nationale, le cancer de l'œsophage est la 7^e principale cause de décès chez les hommes, et la 14^e chez les femmes (tableau 1.2). La grande

majorité des cancers de l'œsophage prennent naissance dans le tissu épithélial, sous la forme d'adénocarcinomes ou de carcinomes squameux. L'adénocarcinome œsophagien se développe le plus souvent (70 % des cas) dans le tiers inférieur de l'œsophage, alors que le carcinome squameux se forme la plupart du temps (50 % des cas) dans les tiers moyen et supérieur. Dans l'ensemble, la majorité des cancers de l'œsophage se forment dans le tiers inférieur de l'œsophage (figure et tableau 5.1).

Le tableau 5.1 montre que, globalement, le taux annuel d'incidence du cancer de l'œsophage était plus de trois fois supérieur chez les hommes que chez les femmes (6,1 c. 1,7 pour 100 000, respectivement). Chez les hommes, l'adénocarcinome œsophagien était environ deux fois plus fréquent que le carcinome squameux. Chez les femmes, c'est l'inverse qui a été constaté. Comme c'est le cas pour la plupart des cancers épithéliaux, les taux d'incidence du cancer de l'œsophage augmentent de façon très marquée avec l'âge : plus de 90 % des cas ont été décelés chez les personnes de 50 ans et plus.

Dans les provinces canadiennes, les taux annuels moyens d'incidence du cancer de l'œsophage ont oscillé entre 3,0 pour 100 000 et 4,7 pour 100 000 (figure 5.2). Ces écarts sont probablement liés aux effets combinés de la variation sur les plans de la prévalence des facteurs de risque et des pratiques des registres du cancer. Le taux d'incidence le plus élevé a été observé en Nouvelle-Écosse, et le plus faible à Terre-Neuve-et-Labrador. Il est intéressant de souligner que l'incidence du cancer de l'œsophage en Colombie-Britannique était plus élevée que la moyenne nationale, compte tenu du fait que les taux de cette province sont généralement inférieurs aux taux moyens pour la plupart des cancers.

Tendances de l'incidence et de la mortalité

Dans l'ensemble, le taux d'incidence annuel du cancer de l'œsophage au Canada est demeuré plutôt stable depuis le milieu des années 80. La figure 5.3 montre que le taux moyen d'incidence s'est accru de 0,3 % par année* chez les hommes, et qu'il a diminué de 0,5 % par année chez les femmes. Cette figure indique aussi que les taux

Cancer de l'œsophage, statistiques sommaires

Incidence (2002–2006)	Hommes	Femmes
Nombre de cas :	5 231	1 903
Taux (pour 100 000) :	6,1	1,7
% de tous les cancers :	1,4	0,5
Mortalité (2001–2005)		
Nombre de décès :	5 419	1 834
Taux (pour 100 000) :	6,6	1,7
% de tous les décès :	3,1	1,2

* Les tendances évolutives statistiquement significatives sont présentées sous forme de variation annuelle en pourcentage (VAP) et calculées d'après un modèle log-linéaire; à moins d'indication contraire, il s'agit des tendances évolutives pour les périodes de 1986 à 2006 (incidence) et de 1986 à 2005 (mortalité).

5. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DE L'ŒSOPHAGE

annuels de mortalité pour ce cancer ont connu une légère hausse chez les hommes (0,7 % par année), pour atteindre 6,6 pour 100 000 en 2005. Les taux annuels de mortalité sont demeurés stables chez les femmes (1,8 pour 100 000) pour la période de 1986 à 2005.

Selon l'âge

- ◆ L'incidence globale du cancer de l'œsophage est demeurée stable chez les hommes et les femmes, pour tous les groupes d'âge, à une exception près, soit une baisse (1,3 % par année) chez les femmes de 55 à 64 ans.
- ◆ Chez les hommes, les taux de mortalité associés au cancer de l'œsophage se sont accrus dans la plupart des groupes d'âge. Les hausses les plus marquées (3,0 % par année) ont été observées dans le groupe d'âge de 15 à 44 ans. Chez les femmes, les taux de mortalité sont demeurés stables dans l'ensemble, hormis une baisse de 1,6 % par année chez les 55 à 64 ans.

Selon la topographie et la morphologie

- ◆ Les cas de cancers du tiers inférieur de l'œsophage se sont accrus (2,5 % par année) et représentent à l'heure actuelle près de 70 % de tous les nouveaux cas pour un siège tumoral donné (figure 5.4a). En revanche, une baisse de l'incidence du cancer a été observée pour les tumeurs se développant dans les autres tiers de l'œsophage. Dans le tiers supérieur de l'œsophage, on a constaté une baisse de l'incidence des cancers de l'ordre de 1,7 % par année, et au niveau du tiers moyen de l'œsophage, une baisse de 2,1 % par année (1992 à 2006 seulement). L'incidence pour l'ensemble des autres sièges tumoraux, précisés et non précisés[†], a également diminué de 1,6 % par année.
- ◆ La figure 5.4b montre que les taux d'incidence de l'adénocarcinome ont augmenté en moyenne de 3,9 % par année chez les hommes et de 3,6 % chez les femmes pour la période de 1986 à 2006. Depuis le début des années 90, les taux d'incidence des carcinomes squameux ont régressé de 3,3 % par année chez les hommes (1992–2006) et de 3,2 % par année chez les femmes (1994–2006). Ces tendances se sont révélées généralement uniformes pour les différents sièges tumoraux de l'œsophage, y compris pour les autres sièges tumoraux, précisés et non précisés, et ce, dans les différents groupes d'âge.
- ◆ La figure 5.4c indique que les hausses les plus substantielles des cas d'adénocarcinome œsophagien ont été observées dans le tiers inférieur de l'œsophage (4,9 % par année, hommes et femmes réunis), bien que des hausses aient aussi été constatées ailleurs dans l'œsophage (2,1 % par année pour les autres sièges précisés et non précisés réunis). En dépit du taux d'augmentation supérieur de l'adénocarcinome du tiers inférieur de l'œsophage chez les moins de 50 ans (6,1 % par année), dans les faits, le nombre de cas dans ce groupe d'âge demeure très bas (< 30 cas par année, en moyenne).

[†] L'expression « autres sièges tumoraux précisés », désigne toute tumeur de l'œsophage classée comme étant cervicale, thoracique ou abdominale (ICD-O-3, C15.0-C15.2), ou à localisations contiguës de l'œsophage (C15.8). L'expression « autres sièges tumoraux non précisés » désigne les tumeurs classées sous « œsophage, sans précision » (C15.9).

Survie relative à cinq ans

- ◆ La survie pour le cancer de l'œsophage est généralement faible. La survie relative à cinq ans estimée chez les patients ayant reçu un diagnostic de cancer de l'œsophage au cours de 2003-2005 est de 14 % par rapport à celle de personnes semblables (p. ex. mêmes âge, sexe et province) dans la population générale (tableau 5.2). La survie relative à cinq ans ne varie pas selon le sexe.
 - La survie pour les cancers du tiers supérieur de l'œsophage (16 %) était légèrement plus élevée que celle associée aux cancers du tiers inférieur de l'œsophage (13 %). Néanmoins, il est difficile d'estimer précisément la survie pour les cancers du tiers supérieur de l'œsophage, compte tenu du nombre relativement peu élevé de cas.
 - Le taux de survie relative à cinq ans était légèrement plus élevé chez les patients ayant reçu un diagnostic de carcinome squameux (16 %) que chez ceux qui avaient reçu un diagnostic d'adénocarcinome (13 %). Le siège des adénocarcinomes, dans le tiers inférieur de l'œsophage ou ailleurs dans cet organe, avait peu d'influence sur le taux de survie relative à cinq ans.
 - Le taux de survie était le plus élevé chez les cas diagnostiqués du groupe des 15 à 44 ans (23 %), et le plus faible chez les cas diagnostiqués du groupe des 75 à 99 ans (10 %).
 - Le rapport de survie relative à cinq ans, normalisé selon l'âge, s'est accru de 3,3 %, passant de 10,5 % pour la période de 1992 à 1994 à 13,8 % pour celle de 2003 à 2005.

Analyse des tendances et des facteurs de risque

Même si les cancers de l'œsophage sont encore relativement rares au Canada, le taux d'incidence des adénocarcinomes œsophagiens a doublé au cours des deux dernières décennies. Des hausses similaires ont été observées en Angleterre⁷, en Nouvelle-Zélande⁸, en Australie⁹ et dans certaines régions de l'Europe¹⁰⁻¹³. Aux États-Unis, l'incidence de l'adénocarcinome œsophagien s'est multipliée par six depuis les années 70, plus rapidement que tout autre type de cancer^{14,15}. Il semble qu'il s'agisse de véritables augmentations et qu'elles ne soient pas liées à des changements au niveau des méthodes de dépistage ou de la classification des cancers¹⁶.

Le reflux gastroœsophagien pathologique (GERD) et la formation associée de tissus anormaux dans la partie inférieure de l'œsophage (œsophage de Barrett) constituent le plus grand des facteurs de risque connus d'adénocarcinomes œsophagiens^{14,17,18}. Il est donc possible que les hausses observées de cas d'adénocarcinome dans le tiers inférieur de l'œsophage reflètent des changements sur le plan de la prévalence du GERD et de l'œsophage de Barrett au Canada. Cela dit, il est probable qu'une combinaison de facteurs, plutôt qu'un facteur de risque isolé, soit à l'origine de l'augmentation marquée des cas d'adénocarcinomes œsophagiens¹⁶. À titre d'exemple, l'obésité augmente elle aussi le risque de formation d'adénocarcinomes œsophagiens^{19,20}. Il semble en effet qu'il y ait une augmentation parallèle de l'incidence de l'adénocarcinome œsophagien et de la prévalence de l'obésité dans la population canadienne^{21,22}.

5. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Les hausses de l'incidence de l'adénocarcinome dans la partie inférieure de l'oesophage pourraient être en partie liées à des augmentations des cas d'adénocarcinome à proximité de la jonction oesophagogastrique et de l'extrémité supérieure de l'estomac (cardia), en supposant que ces tumeurs n'aient pas été systématiquement classées par siège. Cela semble toutefois improbable, puisque les cas d'adénocarcinome des sièges combinés « jonction oesophagogastrique-cardia » (ces deux sièges ne sont pas distingués dans le cadre des pratiques de codification actuelles) n'ont subi aucune augmentation chez les hommes au cours de 1986-2006, et qu'ils ont à peine augmenté chez les femmes (données non présentées).

Le taux d'incidence du carcinome squameux oesophagien est en baisse au Canada, ce qui concorde avec les tendances aux États-Unis^{15,16}. En revanche, depuis les années 70, les taux de carcinome squameux oesophagien sont demeurés relativement stables dans la plupart des régions de l'Europe¹², de même qu'en Angleterre et dans le pays de Galles⁷. Le carcinome squameux oesophagien est plus fortement associé au tabagisme et à la consommation d'alcool²³. Des taux réduits de tabagisme au Canada²⁴ pourraient contribuer à expliquer la baisse de l'incidence du carcinome squameux oesophagien.

La mortalité attribuable au cancer de l'oesophage s'est accrue chez les hommes, mais elle demeure stable chez les femmes. La survie à cinq ans des personnes atteintes d'un cancer de l'oesophage demeure faible (14 %), probablement parce que ce cancer est généralement diagnostiqué à un stade avancé (consulter la section *Détermination du stade de la maladie*, ci-après), alors que le traitement n'est pas très efficace²⁵. Au Canada, la survie à cinq ans pour le cancer de l'oesophage semble être un peu plus élevée qu'en Europe²⁶, mais légèrement moins élevée qu'aux États-Unis²⁷.

Détermination du stade de la maladie

Le traitement du cancer de l'oesophage est fonction du stade de la tumeur. Le diagnostic est généralement établi par une endoscopie (ce qui permet au médecin de caractériser la tumeur et son siège) suivie d'une biopsie; occasionnellement, on procède d'abord à un examen radiologique (« gorgée barytée »). Après la biopsie, le médecin peut demander d'autres examens de l'oesophage en faisant appel, entre autres, à des techniques d'imagerie de pointe telles la tomодensitométrie (TDM) et la tomographie par émission de positrons (TEP).

Au Canada, le registre provincial du cancer du Manitoba procède actuellement à la collecte de données sur le stade du cancer de l'oesophage. Les données du Manitoba indiquent que, pour les cas dont le stade est connu, la moitié des cas de cancer de l'oesophage en sont à un stade IV au moment du diagnostic, et le reste des cas, au stade I, II ou III (tableau 5.3). La tendance est similaire pour les adénocarcinomes et les carcinomes squameux oesophagiens. Le taux de survie des cas diagnostiqués au stade IV est faible, tandis que pour les cas diagnostiqués aux stades I à III, le pronostic est bon à moyen²⁵.

Traitement

La chirurgie est le traitement standard pour le cancer de l'oesophage à un stade précoce. Cela dit, les personnes atteintes d'un carcinome *in-situ* de l'oesophage ou d'un cancer infiltrant très précoce peuvent parfois être traitées par thérapie locale endoscopique. Quant aux tumeurs à un stade avancé, elles peuvent être traitées par chirurgie ou par chimioradiothérapie. Le plus souvent, les oncologues recommandent

un traitement à trois modalités (habituellement, une chimioradiothérapie suivie d'une chirurgie)²⁸. Malheureusement, beaucoup de gens reçoivent un diagnostic de cancer à un stade où le cancer a déjà produit des métastases et ne peut donc être complètement éliminé. Pour ces personnes, le traitement peut inclure une endoprothèse visant à réduire l'obstruction, une radiothérapie, une chimiothérapie ou une combinaison de ces traitements.

Les adénocarcinomes oesophagiens sont de plus en plus fréquents au Canada, et le pronostic pour les personnes touchées est sombre. Les programmes de prévention s'attaquant aux facteurs de risque dominants (reflux gastroesophagien pathologique et obésité) et le perfectionnement des techniques de dépistage précoce pourraient contribuer de manière considérable à prévenir le cancer de l'oesophage au Canada.

5. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Tableau 5.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer de l'oesophage selon la topographie, la morphologie, le sexe et l'âge, Canada, 2002–2006

	Nouveaux cas			Cas pour 100 000		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers de l'oesophage	7 134	5 231	1 903	3,7	6,1	1,7
Topographie						
Tiers supérieur de l'oesophage	448	282	166	0,2	0,3	0,2
Tiers moyen de l'oesophage	1 183	732	451	0,6	0,9	0,4
Tiers inférieur de l'oesophage	3 536	2 825	711	1,9	3,3	0,7
Non précisée selon les trois critères ci-dessus*	1 967	1 392	575	1,0	1,6	0,5
Morphologie						
Carcinome squameux	2 603	1 589	1 014	1,4	1,9	0,9
Adénocarcinome	3 470	2 935	535	1,8	3,4	0,5
Adénocarcinome de la partie inférieure de l'oesophage	2 473	2 120	353	1,3	2,4	0,3
Tous les autres adénocarcinomes	997	815	182	0,5	0,9	0,2
Autres types précisés ou non	1 061	707	354	0,5	0,8	0,3
Âge[†]						
15–44	186	150	36	0,2	0,4	0,1
45–54	757	625	132	3,1	5,1	1,1
55–64	1 627	1 327	300	9,8	16,3	3,6
65–74	2 066	1 581	485	18,4	29,8	8,2
75+	2 498	1 548	950	25,8	41,6	15,4

* Inclut les cancers classés comme cervicaux (134 cas), thoraciques (94 cas), abdominaux (18 cas), chevauchant plusieurs régions (234 cas) ou dont la région de l'atteinte n'a pas été précisée (1 487 cas).

† Aucun nouveau cas n'a été observé chez les sujets de moins de 15 ans.

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 à Statistique Canada

Tableau 5.2

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (RSR) et intervalle de confiance (IC) à 95 % pour le cancer de l'oesophage selon le sexe, l'âge, la topographie et la morphologie, Canada (à l'exception du Québec*), 2003–2005

	RSR (%)	IC à 95 %	
		Valeur inférieure (%)	Valeur supérieure (%)
Tous les cancers de l'oesophage	14	13	15
Sexe			
Hommes	14	12	15
Femmes	14	12	17
Topographie			
Tiers supérieur de l'oesophage	16	11	22
Tiers moyen de l'oesophage	15	12	19
Tiers inférieur de l'oesophage	13	11	15
Non précisée selon les trois critères ci-dessus [†]	14	12	17
Morphologie			
Adénocarcinome	13	12	15
Adénocarcinome de la partie inférieure de l'oesophage	13	11	15
Tous les autres adénocarcinomes	14	11	18
Carcinome squameux	16	13	18
Âge			
15–44	23	16	31
45–54	16	12	20
55–64	17	15	20
65–74	14	12	17
75–99	10	8	12

* Pour plus de détails, voir l'*Annexe II*.

† Inclut les cancers classés comme cervicaux, thoraciques, abdominaux, chevauchant plusieurs régions ou dont la région de l'atteinte n'a pas été précisée.

Nota : Estimations basées sur une analyse par période (voir l'*Annexe II*).

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

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

Tableau 5.3

Nouveaux cas de cancer de l'oesophage par stade et morphologie, Manitoba, 2005–2007

Stade	Nouveaux cas	% du total
Tous les cancers de l'oesophage (stade connu)	128	100,0
I	19	14,8
II	20	15,6
III	25	19,5
IV	64	50,0
Stade inconnu	31	—
Adénocarcinomes (stade connu)	74	100,0
I	11	14,9
II	12	16,2
III	16	21,6
IV	35	47,3
Stade inconnu	7	—
Carcinome squameux (stade connu)	39	100,0
I	7	17,9
II	7	17,9
III	6	15,4
IV	19	48,7
Stade inconnu	14	—

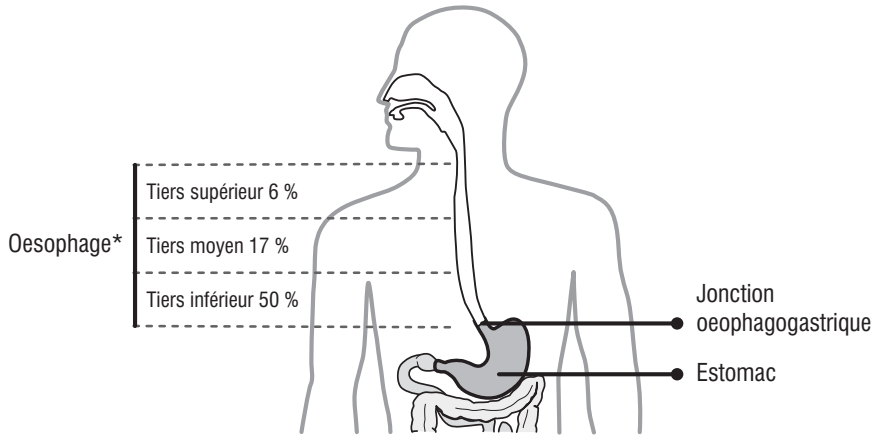
Nota : Les valeurs incluent les données pour les deux sexes combinés.

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

Source : Registre du cancer du Manitoba

Figure 5.1

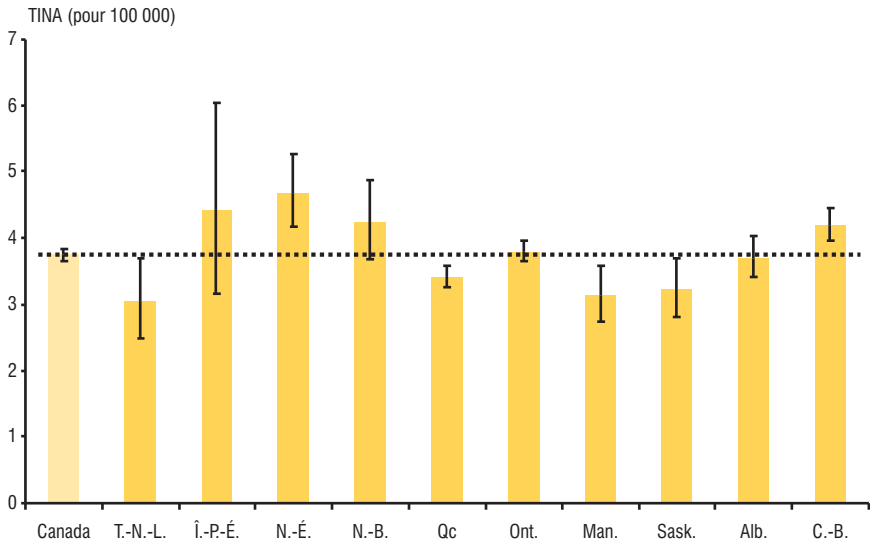
Incidence du cancer de l'oesophage selon la topographie détaillée, Canada, 2002–2006



* Dans 27 % des cas de cancer de l'oesophage, la région est non précisée ou l'atteinte chevauche plusieurs régions.

Figure 5.2

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer de l'oesophage par province, Canada, 2002–2006

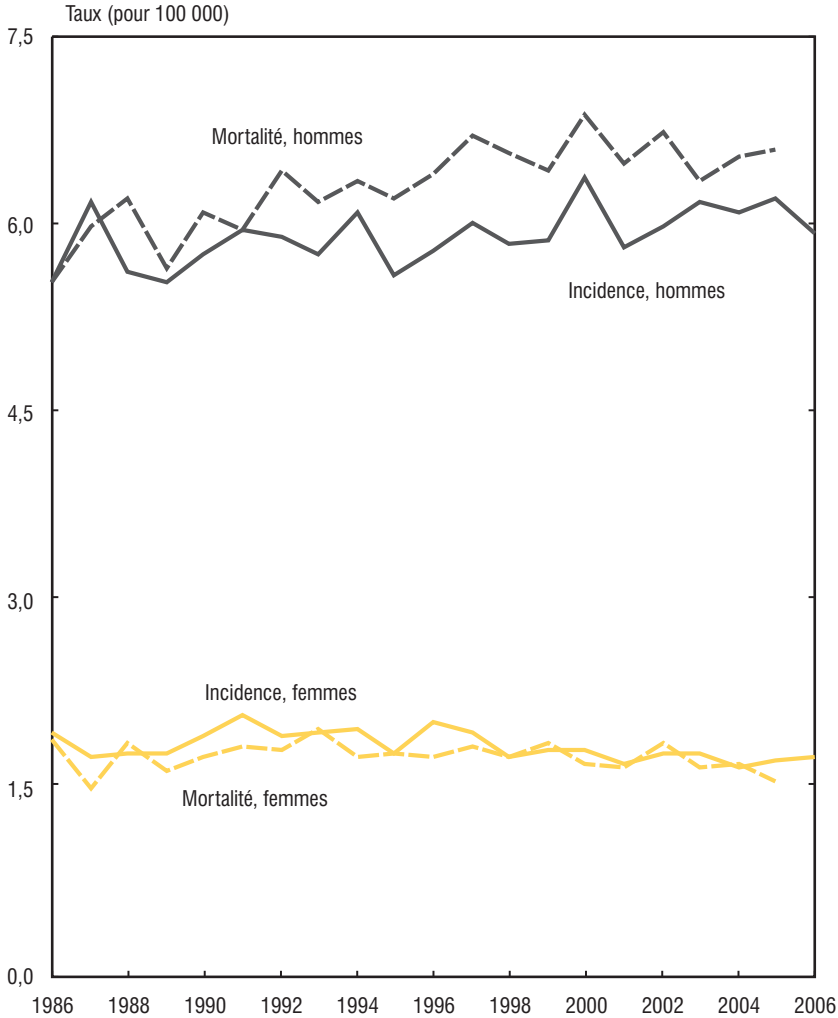


Nota : Les taux pour les deux sexes combinés sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. La hauteur de la barre représente le taux annuel moyen normalisé selon l'âge pour une province donnée en 2002–2006. Les « moustaches » représentent l'IC à 95 % de la moyenne. Les données pour les territoires ne sont pas présentées en raison du faible nombre de cas (< 5 par année, en moyenne).

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 à Statistique Canada

Figure 5.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), 1986–2006, et taux de mortalité normalisés selon l'âge, 1986–2005, pour les cancers de l'oesophage, Canada



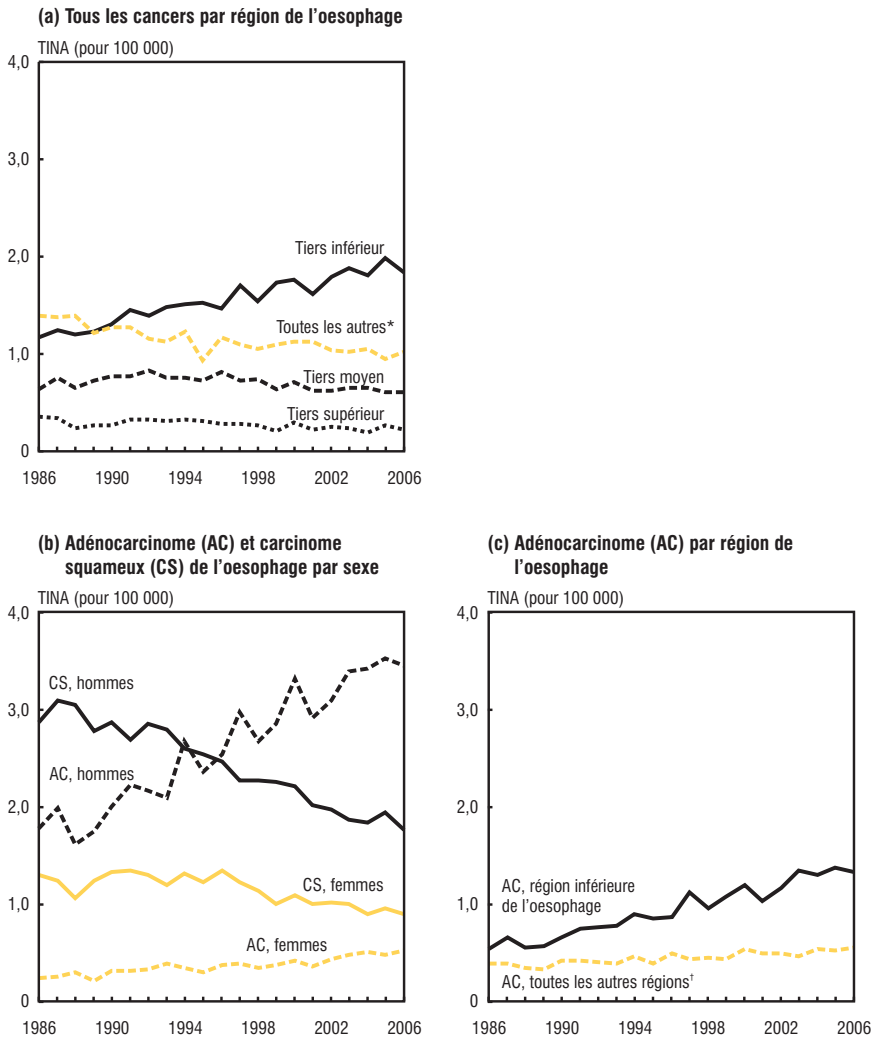
Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

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

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

Figure 5.4

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers de l'œsophage par topographie et morphologie, Canada, 1986–2006



* Inclut les régions cervicales, thoraciques et abdominales, ainsi que les régions non précisées et les atteintes chevauchant plusieurs régions.

† Inclut les régions cervicales, thoraciques, supérieures et moyennes, ainsi que les régions non précisées et les atteintes chevauchant plusieurs régions.

Nota : Les taux sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les codes de tumeur sont présentés dans le tableau A10.

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 à Statistique Canada

6. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DU REIN

Aperçu

Dans le cadre du présent rapport, le terme « cancer du rein » désigne tout type de tumeur primitive infiltrante prenant naissance dans le parenchyme rénal d'une personne âgée de 15 ans et plus (figure 6.1). Près de 80 % de ces cancers sont des néphrocarcineome. Par le passé, les cancers de la cavité interne du rein (bassinnet du rein) étaient regroupés avec ceux du parenchyme rénal; toutefois, il est à présent reconnu que les

premiers sont essentiellement des cancers urothéliaux (vessie). Par ailleurs, les enfants de moins de 15 ans ont été exclus de ce rapport étant donné que le type de cancer du rein qui prédomine dans ce groupe d'âge est le néphroblastome (tumeur de Wilms).

Au Canada, en 2010, un nombre estimatif de 4 800 nouveaux cas de cancer et de 1 650 décès seront attribuables au cancer du rein. Le cancer du rein occupe le 10^e rang parmi les cancers nouvellement diagnostiqués les plus courants et se situe au 13^e rang des causes principales de décès dus au cancer (tableaux 1.1 et 1.2). Le tableau 6.1 montre que près de 90 % de tous les cancers du rein chez l'adulte sont diagnostiqués chez les 45 ans et plus. Il révèle également que le taux d'incidence annuel chez les hommes (16,6 pour 100 000) était presque deux fois plus élevé que chez les femmes (8,9 pour 100 000) pour la période de 2002 à 2006.

Les taux d'incidence annuels moyens du cancer du rein pour l'ensemble des provinces canadiennes se situaient entre 8,7 et 17,9 pour 100 000 (figure 6.2). Les taux les plus élevés ont été observés dans les provinces maritimes, et les taux les plus bas, en Colombie-Britannique et en Ontario.

Tendances de l'incidence et de la mortalité

Depuis la fin des années 90, le taux d'incidence du cancer du rein au Canada, à la fois chez les hommes et les femmes, s'est accru de près de 1,3 % par année* (figure 6.3), alors qu'avant cette période, les taux d'incidence étaient plutôt stables. Dans l'ensemble, les taux de mortalité associés au cancer du rein ont diminué légèrement depuis le milieu des années 80. Chez les hommes, les taux de mortalité se sont abaissés de 0,3 % par année, pour atteindre 6,7 pour 100 000 en 2005. Chez les femmes, les taux de mortalité ont également diminué de 0,7 par année, pour atteindre 3,0 pour 100 000 en 2005.

Selon l'âge

◆ Chez les hommes, l'incidence du cancer du rein s'est accrue au fil des années dans les différents groupes d'âge; l'augmentation la plus marquée a été observée chez les jeunes (1,1 % par année chez les hommes de 15 à 44 ans). En contrepartie, chez

Cancer du rein, statistiques sommaires

Incidence (2002–2006)	Hommes	Femmes
Nombre de cas :	11 515	7 218
Taux (pour 100 000) :	16,6	8,9
% de tous les cancers :	3,0	2,0
Mortalité (2001–2005)		
Nombre de décès :	4 367	2 624
Taux (pour 100 000) :	6,7	3,1
% de tous les décès :	2,5	1,7

* Les tendances évolutives statistiquement significatives sont présentées sous forme de variation annuelle en pourcentage (VAP) et calculées d'après un modèle log-linéaire; à moins d'indication contraire, il s'agit des tendances évolutives pour les périodes de 1986 à 2006 (incidence) et de 1986 à 2005 (mortalité).

les femmes, les taux d'incidence sont demeurés stables dans la plupart des groupes d'âge, à l'exception d'une hausse de 1,8 % chez les 75 ans et plus.

- ◆ La mortalité attribuable au cancer du rein a, de façon générale, diminué parmi les différents groupes d'âge; la baisse la plus marquée a été observée dans le groupe des 15 à 44 ans (hommes : -2,5 % par année; femmes : -3,1 % par année). Les seules exceptions ont été une augmentation de la mortalité chez les hommes de 75 ans et plus (0,7 % par année) et des taux de mortalité stables chez les femmes de 65 ans et plus (données non présentées).

Selon l'histologie

- ◆ La figure 6.4 montre que, chez les hommes et les femmes, le taux d'incidence du néphrocarcinome s'est accru d'environ 1,0 % par année. En 2006, le néphrocarcinome représentait 85 % de tous les cancers du rein.
- ◆ Hormis le néphrocarcinome, d'autres types de cancer du rein, précisés et non précisés, ont affiché une baisse de 1,5 % chez les hommes et de 0,9 % chez les femmes pour la période de 1986 à 2006. Ces cancers représentaient une proportion relativement petite (15 %) de tous les cancers du rein.

Survie relative à cinq ans

- ◆ La survie associée au cancer du rein est moyenne. La survie à cinq ans attendue chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du rein au cours de la période de 2003 à 2005 est de 67 % par rapport à des personnes semblables (p. ex. mêmes âge, sexe et province) dans la population générale (tableau 6.2). La survie à cinq ans ne varie pas selon le sexe.
- ◆ La survie était plus élevée chez les plus jeunes, mais elle déclinait à mesure que l'âge avançait. Le taux de survie s'abaissait à 52 % chez les personnes âgées entre 75 et 99 ans au moment du diagnostic, comparativement à 85 % chez les personnes âgées entre 15 et 44 ans au moment du diagnostic.
- ◆ Le rapport de survie relative à cinq ans, normalisé selon l'âge, s'est accru de 5,4 % depuis la période de 1992 à 1994.

Analyse des tendances et des facteurs de risque

Dans les pays développés, le cancer du rein représente environ 2 % à 4 % de tous les nouveaux cas de cancer, avec des taux d'incidence de 7 à 22 pour 100 000 chez les hommes et de 4 à 13 pour 100 000 chez les femmes^{29,30}. Au Canada, la hausse de l'incidence du cancer du rein s'accorde avec les tendances observées depuis les années 70 dans plusieurs pays développés³¹⁻³⁴. L'utilisation accrue de techniques d'imagerie de pointe (échographie, tomodensitométrie, résonance magnétique) a probablement entraîné une hausse de nombre de cas de cancer du rein détectés de façon « accidentelle »^{35,36}, mais ces progrès technologiques ne peuvent à eux seuls expliquer les tendances à la hausse³². Les taux ont continué d'augmenter, bien que le perfectionnement des méthodes de dépistage soit principalement survenu entre la fin des années 80 et le début des années 90.

Plusieurs facteurs de risque peuvent contribuer à la tendance à la hausse de l'incidence du cancer du rein au Canada, notamment l'obésité, l'hypertension et le tabagisme. Dans la population canadienne, on signale une association positive entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le cancer du rein, le risque le plus élevé étant associé aux

6. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DU REIN

cas d'obésité les plus marqués^{37,38}. En outre, au cours des 25 dernières années, on assiste à une augmentation parallèle des taux d'obésité et de cancer du rein au Canada²¹. L'hypertension peut aussi accroître le risque de cancer du rein, indépendamment de l'obésité³⁹.

Le tabagisme a été impliqué en tant que facteur causal dans près de 20 % des cas de cancer du rein⁴⁰. Chez les fumeurs actifs, le risque de cancer du rein croît avec le nombre de cigarettes fumées par jour⁴¹, et des données probantes indiquent que l'exposition à la fumée secondaire accroît également ce risque^{42,43}. Même si la prévalence du tabagisme est en baisse depuis au moins le milieu des années 80²⁴, les taux de tabagisme antérieurs à cette période peuvent en partie expliquer les hausses actuelles des cas de cancer du rein.

Les expositions professionnelles, comme celles associées à la production de coke (combustible carboné)^{44,45} et à l'industrie chimique^{46,47}, peuvent accroître le risque de cancer du rein. Il n'a cependant pas pu être déterminé avec certitude si ces substances cancérigènes contribuent de façon substantielle au cancer du rein au Canada. Les prédispositions génétiques (hérédité) ne semblent représenter qu'une petite fraction des cas de cancer du rein (moins de 5 %)^{31,39}.

Malgré la hausse des taux d'incidence du cancer du rein, les taux de mortalité se sont généralement abaissés dans la population canadienne, comme mentionné précédemment³³. La plupart des pays européens ont observé des baisses similaires de la mortalité attribuable au cancer du rein depuis le début des années 90²⁹. Comparativement au Canada, la survie relative à cinq ans pour le cancer du rein semble être légèrement inférieure en Europe⁴⁸ et sensiblement plus élevée aux États-Unis²⁷.

Détermination du stade de la maladie

La détermination du stade du cancer est essentielle pour le traitement, la planification et le pronostic. La norme actuelle utilisée pour déterminer le stade du cancer reste le système de classement tumeur-ganglion-métastase (TNM), mais un système intégré de détermination du stade de la maladie a récemment été mis au point par l'UCLA (University of California, Los Angeles integrated staging system [UISS]) afin d'incorporer d'autres facteurs pronostiques. Au Canada, le registre provincial du cancer du Manitoba procède actuellement à la collecte de données sur les stades du cancer du rein. Les données du Manitoba (tableau 6.3) montrent que la moitié de tous les cas dont le stade de la maladie est connu sont diagnostiqués au stade I du cancer et près du quart le sont au stade IV (maladie métastatique). Même si l'issue d'un cancer de stade IV est fatale pour la vaste majorité des patients, le pronostic pour les personnes qui en sont au stade I de la maladie est censé être bon⁴⁹. À l'heure actuelle il n'existe aucune méthode de dépistage permettant de détecter un cancer du rein à un stade plus précoce, et donc de contribuer à améliorer la survie.

Traitement

La chirurgie est la principale option pour traiter le cancer du rein et certains de ses sites métastatiques. Même si la chimiothérapie cytotoxique traditionnelle n'a eu que peu de succès contre le néphrocarcinome, des médicaments plus récents, qui ciblent spécifiquement les voies cellulaires, semblent prometteurs et peuvent améliorer quelque peu la survie du néphrocarcinome métastatique. De tels médicaments font actuellement l'objet d'essais cliniques en tant que traitement adjuvant, afin de déterminer si la survie après la chirurgie primaire peut être améliorée.

Le cancer du rein, en particulier le néphrocarcinome, est en hausse dans la population canadienne. Néanmoins, chez les personnes atteintes de cette maladie, le pronostic est moyen et la survie semble s'améliorer. Les programmes de prévention axés sur l'obésité et le tabagisme pourraient contribuer de façon substantielle à lutter contre le cancer du rein, compte tenu de l'association étroite entre ces facteurs de risque et cette maladie.

Tableau 6.1

Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer du rein selon le sexe et l'âge, Canada, 2002–2006

	Nouveaux cas			Taux pour 100 000		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers du rein	18 733	11 515	7 218	12,5	16,6	8,9
Âge						
15–44	1 407	846	561	1,9	2,2	1,5
45–54	3 078	1 992	1 086	12,6	16,5	8,9
55–64	4 640	3 087	1 553	27,8	37,5	18,3
65–74	4 801	3 014	1 787	43,0	57,1	30,3
75+	4 807	2 576	2 231	49,9	69,4	37,7

Nota : Les données sur tous les cancers du rein incluent les sujets de 15 et plus.

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 à Statistique Canada

6. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DU REIN

Tableau 6.2

Rapport estimatif de survie relative à cinq ans (RSR) et intervalle de confiance (IC) à 95 % pour le cancer du rein selon le sexe et l'âge, Canada (à l'exception du Québec*), 2003–2005

	RSR (%)	IC à 95 %	
		Valeur inférieure (%)	Valeur supérieure (%)
Tous les cancers du rein	67	66	68
Sexe			
Hommes	67	65	69
Femmes	67	65	69
Âge			
15–44	85	82	87
45–54	75	73	78
55–64	71	69	73
65–74	64	61	66
75–99	52	49	56

* Pour plus de détails, voir l'*Annexe II*.

Nota : Estimations basées sur une analyse par période (voir l'*Annexe II*).

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

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

Tableau 6.3

Nouveaux cas de cancer du rein par stade, Manitoba, 2005–2007

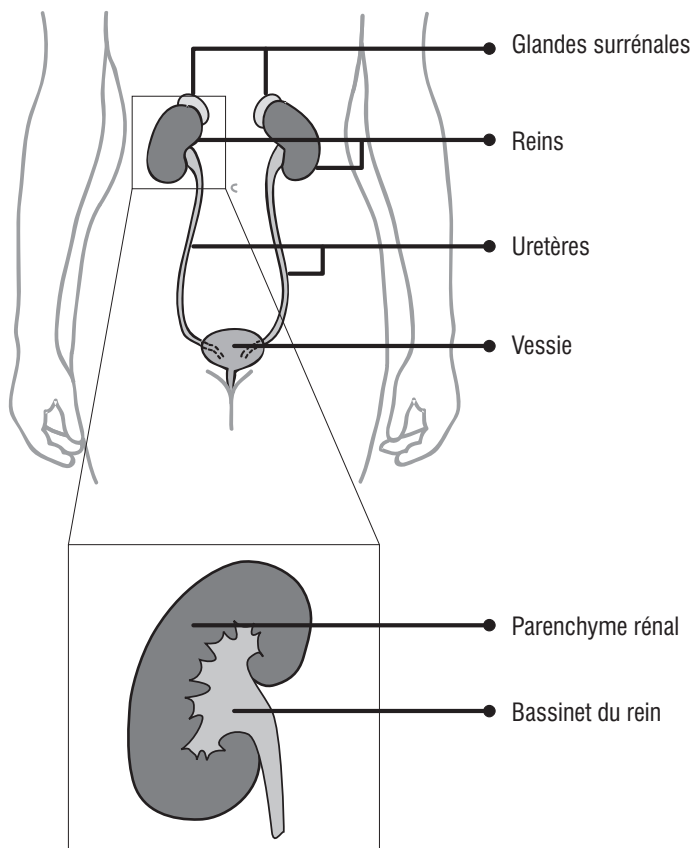
Stade	Nouveaux cas	% du total
Tous les cancers du rein (stade connu)	577	100
I	286	49,6
II	45	7,8
III	106	18,4
IV	140	24,3
Stade inconnu	29	—

Nota : Inclut tous les cancers du rein et du bassinnet du rein chez les hommes et les femmes (tous les âges) combinés.

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

Source : Registre du cancer du Manitoba

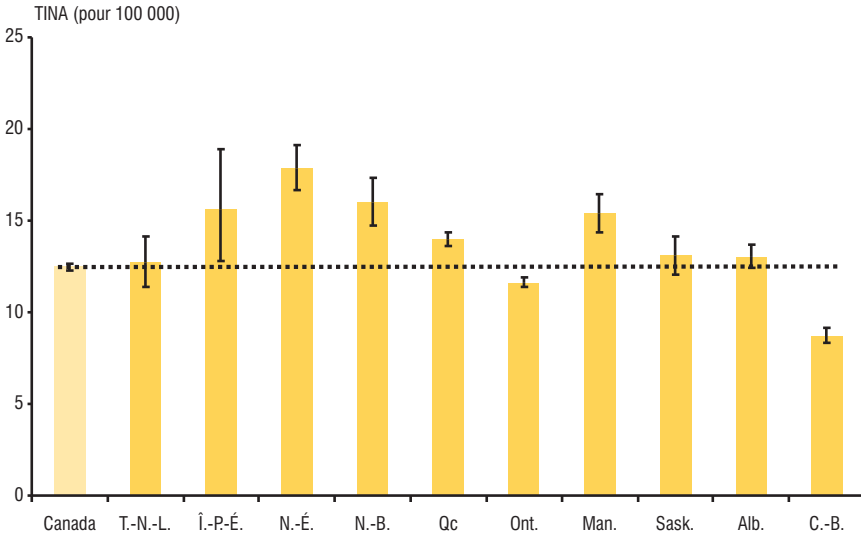
Figure 6.1
Anatomie du rein



6. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DU REIN

Figure 6.2

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer du rein par province, Canada, 2002–2006



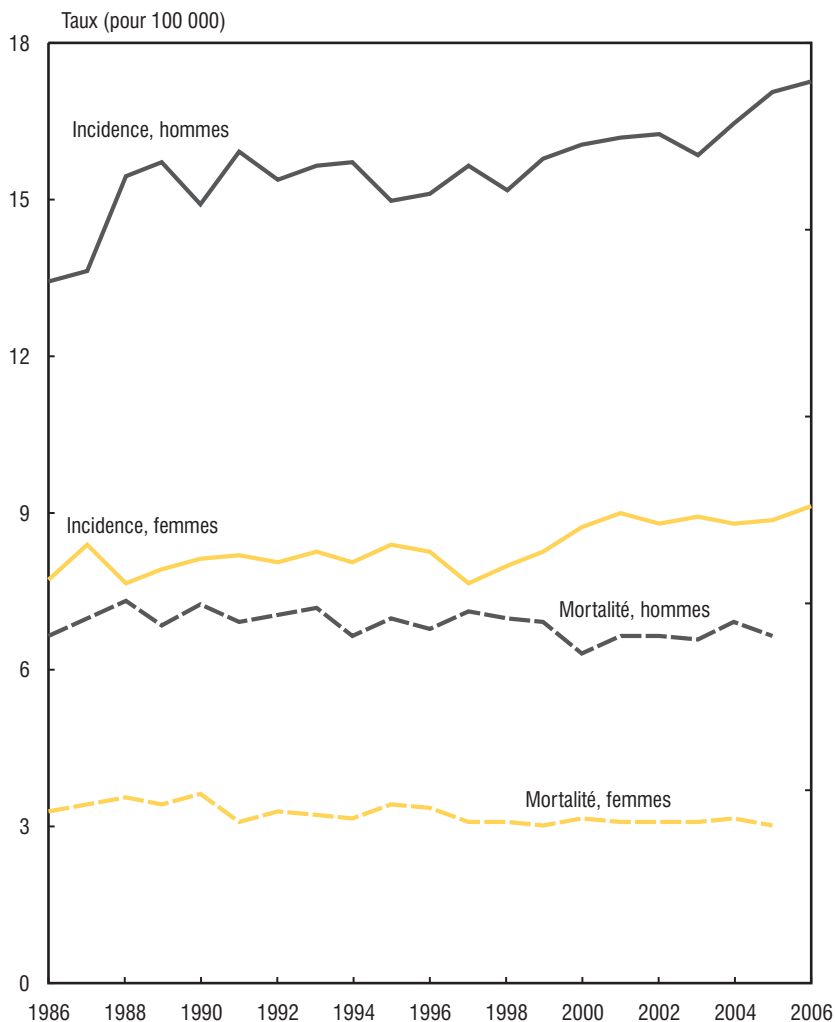
Nota : Les taux pour les deux sexes combinés, chez les sujets de 15 ans et plus, sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. La hauteur de la barre représente le taux annuel moyen normalisé selon l'âge pour une province donnée en 2002–2006. Les « moustaches » représentent l'IC à 95 % de la moyenne. Les données pour les territoires ne sont pas présentées en raison du faible nombre de cas (< 5 par année, en moyenne).

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 à Statistique Canada

Figure 6.3

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), 1986–2006, et taux de mortalité normalisés selon l'âge, 1986–2005, pour le cancer du rein*, Canada



* Les taux d'incidence ne tiennent compte que des cancers du parenchyme rénal, alors que les taux de mortalité tiennent compte des cancers du parenchyme rénal et du bassinet du rein.

Nota : Les taux incluent les sujets de 15 ans et plus et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991.

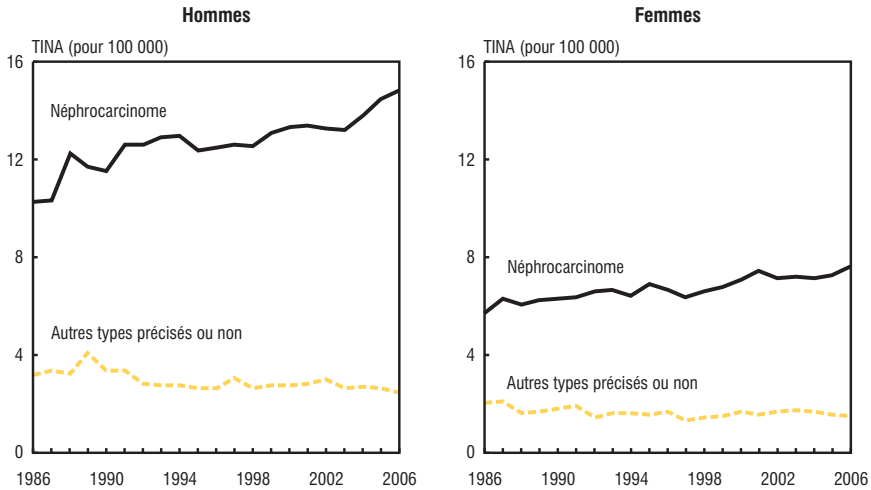
Analyse : Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada

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

6. TOUT SUR LE CANCER : CANCER DU REIN

Figure 6.4

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers du rein par sexe, Canada, 1986–2006



Nota : Les taux incluent les sujets de 15 ans et plus et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 1991. Les codes de tumeur sont présentés au tableau A10.

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 à Statistique Canada

Sujet particulier : soins de fin de vie

Sous la direction des membres du Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer, avec la participation des personnes suivantes :

D^{re} Lisa Barbera, Sunnybrook Health Sciences Centre

D^r Fred Burge, Université Dalhousie

D^r Serge Dumont, Université Laval

D^r Konrad Fassbender, Université de l'Alberta

D^{re} Grace Johnston, Université Dalhousie

D^r Francis Lau, Université de Victoria

Main de Dorothy Ellis, grand-mère de la photographe. Dorothy, qui a survécu à un cancer du sein, a reçu un diagnostic de leucémie il y a quatre ans. Malheureusement, elle est décédée en juin 2009.



Introduction

Les soins palliatifs désignent une approche visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mettant leur vie en danger (notamment le cancer), et celle de leurs proches. L'amélioration de la qualité de vie consiste alors à prévenir et à alléger la souffrance⁵⁰. Une fois le diagnostic de cancer posé, il n'existe pas de moment universellement convenu pour amorcer la prestation de soins palliatifs⁵¹.

Les soins de fin de vie administrés aux personnes atteintes d'un cancer font partie d'une approche palliative adoptée lorsque l'équipe soignante d'une personne détermine que l'évolution de la maladie ne peut plus être freinée. Lorsque ce moment survient, la personne qui souffre d'un cancer et ceux qui la soignent conviennent que les soins dispensés doivent avoir pour objectif d'améliorer la qualité de vie en prévenant et en atténuant certains symptômes physiques, tels que la douleur, la constipation, la nausée et les difficultés respiratoires, tout en répondant aux préoccupations affectives de nature psychologique, sociale et spirituelle. Les définitions des termes soins palliatifs et soins de fin de vie ne font pas l'unanimité. En fait, ces termes sont souvent utilisés de manière interchangeable, ce qui ajoute à la confusion des patients et des dispensateurs de soins⁵¹.

Les soins de fin de vie associés au cancer peuvent être dispensés par des spécialistes en soins palliatifs, des oncologues, des omnipraticiens, des membres de la famille, des amis ou des bénévoles. Ils peuvent être administrés en différents endroits, que ce soit à l'hôpital, à la maison, dans un établissement de soins de longue durée, un centre de soins palliatifs ou un établissement résidentiel. Étant donné qu'il n'existe au Canada aucun programme national de soins palliatifs, la nature, la qualité et l'accessibilité des services de soins palliatifs et de soins de fin de vie varient selon la province. Les systèmes de surveillance peuvent contribuer à déterminer l'offre et la demande pour des soins palliatifs et de fin de vie, de même que la qualité de ces soins.

Pourquoi ce rapport sur les soins de fin de vie?

Un des principaux enjeux de la surveillance des soins de fin de vie consiste à déterminer si la période de fin de vie varie selon le type de cancer, le lieu de décès ou les soins médicaux requis. Cela dit, les données relatives aux soins de fin de vie sont rarissimes, et leur collecte n'est pas uniforme dans l'ensemble du Canada. Plusieurs ont tenté de pallier ces lacunes en matière de connaissances par la publication de rapports provinciaux examinant les soins de fin de vie offerts dans la ou les provinces à l'étude. Plus précisément, l'un de ces rapports, intitulé *Health Care Use at the End of Life in Western Canada*, aborde les questions liées aux soins de fin de vie en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba⁵². En Nouvelle-Écosse, un rapport similaire se penche sur les indicateurs importants* des soins de fin de vie⁵³. D'autres études de recherche, cette fois en Alberta, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse, jettent aussi un oeil critique sur les différents aspects des soins de fin de vie et sur leurs coûts⁵⁴⁻⁶⁰.

Le présent rapport scrute la littérature actuelle afin d'examiner les soins de fin de vie associés au cancer offerts dans certaines provinces canadiennes (Colombie-Britannique,

* Un indicateur de la qualité ou du rendement est un outil conçu pour mesurer la qualité des soins. Il se définit comme un « élément mesurable du rendement des pratiques, dont on peut prouver ou dont on convient qu'il peut être utilisé pour évaluer la qualité des soins dispensés ». (Campbell SM et al., *BMJ* 2003;326 :816-9)

Ontario et Nouvelle-Écosse) pour lesquelles un certain nombre de descripteurs communs des soins de fin de vie ont pu être obtenus. Ce rapport met également en évidence les défis de taille que doivent relever les chercheurs du domaine des soins palliatifs et de fin de vie sur les plans de l'accessibilité et de la comparabilité des données à l'échelle du Canada. Bien que ces données soient essentielles pour éclairer à la fois les politiques et la prestation des soins de santé, on reconnaît l'existence d'un certain nombre d'obstacles. D'abord, l'absence de définitions et de méthodes normalisées pour la production de rapports sur les soins de fin de vie. Ensuite, l'absence de consensus sur les marqueurs de population de début de l'étape de fin de vie; dans certaines études, cette étape est parfois définie comme la période d'un, de six ou de neuf mois précédant le décès⁶¹⁻⁶³. Et, finalement, le peu de données disponibles sur la qualité des soins dispensés en fin de vie aux personnes atteintes d'un cancer⁶⁴.

Sources de données et méthodologie

Des données provinciales ont été obtenues auprès de ces sources afin de pouvoir décrire les soins administrés en fin de vie :

- i) *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada*⁵² et le rapport connexe sur la Colombie-Britannique⁶⁵
- ii) *End of Life Care in Nova Scotia Surveillance Report* du Network for End of Life Studies⁵³
- iii) Indice de qualité du réseau de cancérologie (IQRC) de l'Ontario⁶⁶, et recherches publiées⁵⁴⁻⁵⁸

Dans le cas de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario, les analyses descriptives présentées dans le présent rapport sont fondées sur des données recueillies au cours d'une recherche rétrospective de sujets décédés en 2005 des suites d'un cancer. Les données pour la Colombie-Britannique ont été extraites dans le cadre d'une démarche similaire pour la période de 2003 à 2004. Les décès liés au cancer ont été inventoriés à partir des certificats de décès indiquant le cancer comme cause sous-jacente du décès. Lorsque c'est possible, comme pour la distribution des décès dus au cancer et du lieu de décès, les données provinciales sont présentées à côté des données nationales, lesquelles ont été obtenues auprès de Statistique Canada.

Les méthodes de collecte de données pour chacun des rapports provinciaux sont décrites en détail dans les rapports et les études scientifiques respectives. En règle générale, les renseignements sur les décès par cancer, le lieu de décès et l'utilisation des services de santé sont extraits des bases de données statistiques provinciales de l'état civil et de bases de données sur la morbidité hospitalière et les congés hospitaliers. Pour toutes les provinces, les précisions sur le lieu de décès sont normalement inscrites sur les certificats de décès et englobent différentes catégories de lieux (p. ex. hôpital, établissement résidentiel, domicile, autre lieu, lieu inconnu). À titre d'exemple, en Ontario, les décès en institution ont été repérés en utilisant la variable « État à la sortie » de l'Institut canadien d'information sur la santé (Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires [SNISA] et Système de production de rapports pour les établissements de soins continus). Les autres décès en établissements de soins de longue durée ont été répertoriés en utilisant un indicateur d'établissement de soins de longue durée de la base de données de l'Ontario Drug Benefit (ODB). Les réclamations faites auprès du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) ont permis, à partir de la déclaration de décès du

7. SOINS DE FIN DE VIE

médecin, d'identifier les sujets atteints d'un cancer décédés à domicile. En outre, une étude de cohorte de fin de vie a servi de source de données additionnelle pour l'Ontario. L'étude portait sur des sujets adultes décédés des suites d'un cancer, qui avaient reçu un diagnostic de cancer avant leur décès et qui n'étaient pas décédés dans un délai de 30 jours suivant une intervention postopératoire majeure⁵⁵.

L'analyse des coûts associés aux soins de fin de vie a été obtenue en examinant quatorze documents d'analyse du fardeau de la maladie par composante de coût au Canada. Ces coûts ont été comparés, puis compilés par type de cancer et par trajectoire. Certains de ces coûts ont ensuite été subdivisés en catégories (hospitalisation, soins en clinique externe, médicaments, etc.). En raison de l'inflation générale, tous les montants ont été rajustés selon la valeur du dollar en 2009, en utilisant l'indice des prix à la consommation pour le Canada. Les compilations résultantes permettent de comparer les données canadiennes récentes sur les coûts associés au cancer pour la dernière décennie.

Conclusions principales

I. PROFIL DES DÉCÈS PAR CANCER AU CANADA ET DANS CERTAINES PROVINCES

Au total, 230 132 personnes sont décédées au Canada en 2005. Comme l'indique la figure 7.1, les principales causes de décès sont le cancer (29 %), les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) et les maladies respiratoires (7 %)⁶⁷. En 2005, environ 67 300 décès liés au cancer ont été enregistrés au Canada (tableau 7.1). Le cancer a fait plus de victimes chez les hommes que chez les femmes. Plus de 80 % de ces décès sont survenus chez des personnes de 60 ans et plus. Le nombre de décès liés au cancer au Canada n'a pas cessé d'augmenter, chez les hommes comme chez les femmes, en grande partie en raison de la croissance et du vieillissement de la population. Parmi les nouveaux cas diagnostiqués en 2002-2004, le taux global de survie à cinq ans au Canada était de 54 %.¹ Cela signifie que, en moyenne, on s'attendait à ce que 46 % des personnes atteintes de cancer meurent dans les cinq années suivant le diagnostic. Parmi les cancers à l'origine d'un nombre élevé de décès en 2005, citons le cancer du poumon (17 900), le cancer colorectal (8 500), le cancer du sein (5 000), le cancer de la prostate (3 600) et le cancer du pancréas (3 460).

Contrairement au nombre de décès, les *taux* de décès dus au cancer se sont abaissés ou sont demeurés stables. Chez les hommes, le taux de mortalité liée au cancer a diminué lentement après avoir atteint un sommet en 1988. Cette baisse est surtout attribuable à une diminution du nombre de cas de cancer du poumon et, dans une moindre mesure, à une baisse du nombre de cas de cancer colorectal et d'autres types de cancer. Chez les femmes, le taux de mortalité est demeuré relativement stable depuis 1980. Le taux de décès dus au cancer du poumon continue de s'élever en dépit de la baisse observée pour d'autres types de cancer chez les femmes. Dans l'ensemble, les taux de mortalité pour tous les types de cancer et pour les deux sexes réunis sont en baisse depuis 1980, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les hommes de 80 ans et plus et chez les femmes de 70 ans et plus. Dans ces deux groupes d'âge, les taux de mortalité due au cancer se sont accrus.

II. UTILISATION DES SERVICES ET QUALITÉ DES SOINS

Sachant que la prochaine décennie nous réserve une augmentation du nombre de décès dus au cancer et à diverses autres maladies chroniques, en raison de la croissance et du

vieillesse de la population, il devient d'autant plus important de répondre aux besoins incontournables en matière de soins de fin de vie de qualité. Dans un rapport publié en 1995, un comité constitué au sein du Sénat du Canada est parvenu à la conclusion que la prestation des soins de fin de vie se caractérisait par l'inégalité d'accès aux services⁶⁸. Dans un rapport de suivi publié en 2005, on a constaté que peu de progrès avaient été réalisés depuis la publication du rapport du comité du Sénat⁶⁹. C'est pourquoi les données sur le lieu de décès et l'accès à des services de soins palliatifs constituent des indicateurs utiles de la qualité des soins de fin de vie.

Lieu de décès

Des données d'enquête donnent à penser que la majorité des personnes atteintes d'un cancer en phase terminale préféreraient mourir à la maison, mais que, dans les faits, plus de 55 % des décès ont lieu à l'hôpital^{52,54,61,70,71}. Cet écart entre les préférences et la pratique a été attribué à un soutien insuffisant sur le plan des soins de fin de vie communautaires⁷². Pour ce qui est de la mortalité en milieu hospitalier, une proportion considérable des patients hospitalisés décèdent alors qu'ils se trouvent dans des unités spécialisées⁷³, bien souvent, dans des unités de soins médicaux, chirurgicaux, transitionnels ou intensifs, plutôt que dans des lits de soins palliatifs. La fréquence d'utilisation des soins à domicile est un facteur important associé au décès à domicile⁷⁴. De plus, le fait de vivre avec des proches et l'accès à d'autres sources de soutien (p. ex. de la part de la famille ou d'amis) sont également indispensables pour que le décès puisse avoir lieu à domicile. Cela dit, la tendance à la hausse des décès à l'hôpital ou dans des établissements de soins de longue durée pourrait être liée :

- ◆ À un changement culturel possible, caractérisé par le fait que la mort est perçue comme un événement médical, auquel se greffent certaines attentes sur le plan des interventions visant à prolonger la vie ou à améliorer la qualité de vie lorsqu'un patient est soigné dans un milieu institutionnel.
- ◆ Aux progrès réalisés en milieu hospitalier en ce qui concerne la prise en charge médicale des symptômes pénibles^{73,75}.

Le tableau 7.2 compare le lieu de décès de personnes décédées d'un cancer au Canada et dans certaines provinces. Dans l'ensemble, près de 60 % de tous les décès au Canada, dont ceux attribuables au cancer, surviennent dans des hôpitaux. Dans les provinces à l'étude, 53 % à 71 % des décès ont lieu à l'hôpital. En Ontario, 51,4 % de tous les décès en milieu hospitalier surviennent dans des établissements de soins actifs et 2 % dans des salles d'urgence (données non présentées)^{56,66}. Dans toutes les provinces, les établissements de soins de longue durée, les maisons de soins infirmiers et les résidences privées occupaient le deuxième rang des catégories de lieux de décès. En Nouvelle-Écosse, près de 8 % des décès sont survenus dans des maisons de soins infirmiers ou des établissements de soins de longue durée, tandis qu'en Ontario, 23,7 % des décès avaient lieu dans des établissements de soins de longue durée ou des établissements hospitaliers de soins continus complexes[†]. En Nouvelle-Écosse et en Ontario, près de 20 % des personnes étaient décédées dans une résidence privée ou

[†] « Les soins continus complexes sont la prestation continue (parfois sur de longues périodes) de services spécialisés et complexes sur le plan médical à des patients hospitalisés, jeunes ou plus âgés, et atteints de maladies ou d'incapacités de longue durée nécessitant généralement des soins spécialisés et faisant appel à une technologie qui n'est pas disponible à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée. » (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Lien d'accès : <http://www.health.gov.on.ca/french/public/pubf/chronicf/chronicf.html>).

7. SOINS DE FIN DE VIE

dans un lieu non précisé. D'autres statistiques comparables sur le lieu de décès, que ce soit à l'hôpital, à domicile ou ailleurs, sont un peu plus difficiles à comprendre, étant donné que la codification du lieu de décès sur le certificat de décès varie d'une province à l'autre.

Aux États-Unis, en Europe et en Australie, la proportion de décès à l'hôpital se situe entre 30 % et 50 %⁷⁶⁻⁷⁹. La proportion moindre de décès à l'hôpital dans ces pays, comparativement au Canada, est peut-être liée au fait que les infrastructures de prestation de soins palliatifs en institution et à domicile de ces pays sont mieux élaborées que les nôtres. L'hospitalisation avant le décès pourrait aussi être liée à un type de cancer en particulier et à la nécessité de dispenser des soins spécialisés. Selon des études menées au Royaume-Uni et en Australie, les personnes atteintes d'un cancer de la prostate, du sein ou d'un cancer hématologique sont plus susceptibles de décéder à l'hôpital que celles atteintes de tout autre type de cancer^{78,80}.

Accès à des soins de fin de vie, orientation vers des soins palliatifs et utilisation de médicaments palliatifs

Une approche optimale en matière de soins de fin de vie est en fin de compte tributaire de l'existence d'une infrastructure de prestation de soins adéquate, notamment une combinaison appropriée de soignants, d'installations et de médicaments, de même que de modes de prestation de soins adaptés. L'accessibilité à des soins de fin de vie est quant à elle fonction de l'endroit où le patient réside, alors que la situation particulière de ce patient est déterminante du type de services et de professionnels de la santé auxquels ce patient aura accès. En tant que tel, les planificateurs des services de santé sont intéressés à déterminer le type de soins reçus en fin de vie et la mesure dans laquelle ces soins sont coordonnés et appropriés.

Le moment du décès étant bien souvent difficile à prévoir, les dispensateurs de soins peuvent ne pas savoir ou ne pas être en mesure de juger du moment où il convient d'interrompre l'administration de soins curatifs pour amorcer la prestation de soins palliatifs. C'est ce qui explique que certaines personnes dont le pronostic est incertain décèdent encore en milieu hospitalier, dans des unités de soins actifs où elles reçoivent des soins centrés sur le traitement de la maladie jusqu'au moment de leur décès. Dans d'autres cas, une demande tardive pour des services de soins palliatifs peut empêcher une personne atteinte du cancer de bénéficier de soins axés sur les besoins du mourant. Quelle que soit la situation, il n'existe à l'heure actuelle aucune façon d'assurer un suivi du lieu où des soins ont été dispensés avant le décès, puisque dans la majorité des cas, les certificats de décès ne font aucune distinction entre les décès survenus en milieu de soins palliatifs et ceux qui ont eu lieu dans des hôpitaux de soins actifs. Cette situation a une incidence directe lorsqu'il s'agit de déterminer le moment où l'on fait appel à des services de soins de fin de vie ainsi que la proportion de gens qui reçoivent des soins de fin de vie pendant une période précise avant le décès.

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET AUTRES PROVINCES DE L'OUEST

Dans les provinces de l'Ouest canadien (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique), 37 % des personnes mourantes ont été hospitalisées au moins une fois au cours des 30 jours précédant leur décès. Ce taux atteignait 57 % au cours des six derniers mois de vie. En Colombie-Britannique, les personnes mourantes avaient passé en moyenne 4,5 jours à l'hôpital au cours des 30 derniers jours de vie. Un examen des registres de sorties de l'hôpital des personnes décédées a permis de cibler les patients

ayant reçu des soins palliatifs alors qu'ils étaient hospitalisés. Le tableau 7.3 indique que 14,8 % de toutes les personnes décédées (9 438) avaient reçu des soins palliatifs au cours de leur dernière hospitalisation. Sur les 29 456 personnes décédées en 2005 en Colombie-Britannique, 8 171 ont été ciblées comme nécessitant des services de soins palliatifs (données non présentées). Parmi les personnes ayant reçu ces services, 4 036 avaient, au cours des deux dernières années de vie, bénéficié de soins palliatifs dispensés dans un établissement de soins actifs, dans une maison de soins infirmiers ou dans le cadre d'un programme d'assurance-médicament à l'intention des malades en phase terminale.

Les médicaments destinés à réduire les symptômes couramment éprouvés par les personnes atteintes d'un cancer en phase terminale (douleur, nausée, vomissements, détresse respiratoire, etc.) sont d'une importance capitale pour l'atteinte des objectifs en matière de soins palliatifs, lesquels visent à améliorer la qualité de vie du malade. La plupart des provinces ont mis en place des programmes d'assurance-médicament à l'intention des malades en phase terminale, mais les modalités de ces programmes manquent quelque peu d'uniformité sur le plan de l'étendue des médicaments et des fournitures assurées. Dans les provinces de l'Ouest canadien, une analyse de la proportion de personnes décédées atteintes d'un cancer et inscrites à un programme d'assurance-médicament pour soins palliatifs au moment de leur décès en 2003–2004 a été réalisée⁵². Sur les 45 869 personnes décédées dans les quatre provinces pour lesquelles des données étaient disponibles, les taux de participation à ces programmes atteignaient 47,6 % en Colombie-Britannique (dont 44,7 % étaient atteintes d'un cancer), 53,2 % en Saskatchewan et 27,6 % au Manitoba. Outre le fait que la couverture de ces programmes d'assurance-médicament était différente dans chaque province, certaines personnes ont été exclues de ces analyses, comme celles admises dans des établissements de soins de longue durée ou des hôpitaux de soins prolongés. Le recours à des médicaments sur ordonnance était plus fréquent chez les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale (p. ex. cancer), comparativement aux personnes présentant des trajectoires de décès différentes (santé fragile, insuffisance d'un organe, mort soudaine, autres), surtout au cours des 30 derniers jours de vie.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Dans les deux plus grands districts urbains de la Nouvelle-Écosse (Halifax et comté de Cap-Breton), qui représentent à eux seuls la moitié de la population de cette province, 81 % des adultes atteints d'un cancer en phase terminale en 2005 étaient inscrits à un programme de soins palliatifs. Dans le comté de Cap-Breton, parmi les patients orientés vers un programme de soins palliatifs, 44 % étaient des personnes souffrant d'un cancer en phase terminale qui vivaient à la maison, 52 % se trouvaient en milieu hospitalier et 4 % dans une maison de soins infirmiers au moment de leur aiguillage vers un programme de soins palliatifs. Près de 24 % des personnes inscrites à un programme de soins palliatifs l'avaient été au cours des deux dernières semaines de vie (tableau 7.3). Dans le cadre des soins de fin de vie reçus, environ 1 % des personnes de cette province avaient également obtenu des consultations d'oncologie médicale au cours des deux dernières semaines de vie, et 11 % au cours des six derniers mois de vie. Toujours dans cette province, 23,5 % des personnes décédées des suites d'un cancer avaient reçu une irradiation palliative au cours des neuf derniers mois de vie. La province fait aussi état, pour l'année 2003, de taux d'accès à des soins à domicile d'environ 70 % chez les personnes souffrant d'un cancer auxquelles il ne restait tout au plus que six mois à vivre. Les soins à domicile regroupent un éventail

7. SOINS DE FIN DE VIE

de services financés par le gouvernement (en tout ou en partie) et offerts à domicile ou en milieu communautaire, notamment des services dispensés par du personnel infirmier ou par des préposés aux soins personnels.

Les rapports de l'étude prospective ACCESS[‡] permettent aussi d'avoir accès à des données sur le temps écoulé jusqu'au moment de l'orientation vers un programme de soins palliatifs. Il s'agit d'une étude menée auprès d'une cohorte de patients de la Nouvelle-Écosse ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal entre 2001 et 2005, dont 367 sujets diagnostiqués au stade IV d'un cancer colorectal, qui résidaient dans l'un des districts où l'on disposait de données provenant d'un programme de soins palliatifs. Les sujets de l'étude se limitaient à ceux décédés en 2008 qui résidaient, soit sur le territoire de la Régie régionale de la santé Capital, soit sur celui de la Régie régionale de la santé Cap-Breton. Le temps d'attente entre le diagnostic et l'aiguillage vers un programme de soins palliatifs est indiqué au tableau 7.4. Tout aiguillage réalisé dans les trois jours précédant le décès a été considéré comme un indicateur d'une piètre qualité de soins, puisque cela laisse entendre que l'on disposait de trop peu de temps pour permettre au programme de soins palliatifs de répondre aux préoccupations de fin de vie du patient et de la famille⁸¹. L'étude a révélé que les temps d'attente médians pour l'aiguillage vers des soins palliatifs étaient plus courts chez les membres les plus âgés de la cohorte (sujets de 70 ans et plus par rapport aux sujets de 50 à 59 ans) et chez les femmes, qu'ils ne l'étaient chez les hommes. Le taux de participation à un programme de soins palliatifs au cours des deux dernières semaines de vie était de 21,5 % (tableau 7.5), soit un taux comparable à celui de la Nouvelle-Écosse, qui était de 23,8 % en 2005, pour tous les cancers (tableau 7.3). De même, l'âge et le sexe des 268 sujets (73 %) de l'étude participant à un programme de soins palliatifs étaient similaires sur le plan de la distribution, pour les données comparables de la Nouvelle-Écosse.

ONTARIO

Il n'existe pas de programme provincial complet de soins palliatifs en Ontario. Cela dit, des services généraux de soins à domicile (soins infirmiers, soins personnels dispensés par des préposés et d'autres services comme ceux offerts par des physiothérapeutes ou des travailleurs sociaux) sont accessibles partout dans la province. Certains médecins spécialisés en soins palliatifs exercent à titre de consultants auprès de patients hospitalisés ou en milieu ambulatoire, dans des cliniques d'oncologie, alors que certains font aussi des visites à domicile. Ces visites à domicile peuvent également être faites par des médecins de famille. La disponibilité des spécialistes en soins palliatifs ou d'autres médecins qui font des visites à domicile varie selon la région. Idéalement, ces médecins sont membres d'une équipe de soins à domicile. Il reste que les services de soins palliatifs en Ontario sont considérés comme étant fragmentés et plus ou moins bien coordonnés⁸².

Comme l'indique le tableau 7.3, au cours des deux dernières semaines de vie, près de 18 % des personnes souffrant d'un cancer en 2005 avaient également eu au moins une évaluation en soins palliatifs en milieu ambulatoire, 3,8 % avaient subi une chimiothérapie, et 26,7 % une évaluation en soins palliatifs alors qu'elles étaient hospitalisées. Ces catégories ne s'excluent pas mutuellement, et les personnes peuvent avoir reçu plus

[‡] Grunfeld E (chercheur principal). Équipe des IRSC/CCNS : ACCESS. Accès aux services de traitement du cancer colorectal en Nouvelle-Écosse.

d'un de chacun de ces services. En 2005, la durée médiane d'hospitalisation des personnes atteintes de cancer au cours de leurs six derniers mois de vie était de 14 jours.

La province fait état de taux d'accès à des soins à domicile d'environ 70 % en 2005 chez les personnes qui en étaient à leurs six derniers mois de vie (tableau 7.3). Les données indiquent également un délai médian de 111 jours entre la date de l'inscription à des soins à domicile et celle du décès. Vingt et un pour cent des malades avaient reçu au moins une visite à domicile au cours des deux dernières semaines de vie (données non présentées).

III. INDICATEURS DE LA QUALITÉ DES SOINS EN POPULATION

Indicateurs de la qualité des soins de fin de vie dispensés aux personnes atteintes du cancer en Nouvelle-Écosse et en Ontario.

Les données de surveillance peuvent être utilisées pour mesurer la qualité des soins de fin de vie. Une série d'indicateurs de la qualité des soins dispensés en fin de vie aux personnes atteintes du cancer ont été proposés⁸¹. Leur application au contexte canadien a été mise à l'essai en utilisant des données rétrospectives de cohortes de résidentes de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse décédées des suites d'un cancer du sein^{57,58}. Ces études avaient pour objectif d'examiner les indicateurs de bonne ou de mauvaise qualité des soins (tableau 7.6). À titre d'exemple, les admissions aux soins intensifs ou les visites en salle d'urgence au cours des derniers jours de vie indiquent que les symptômes ont été plus ou moins bien contrôlés, ou encore, que les ressources en soins à domicile étaient insuffisantes.

Ces indicateurs de rendement étant calculés à partir de données recueillies en population par l'intermédiaire de bases de données administratives sur la santé, ils ne constituent pas, en soi, des mesures directes des soins cliniques. Néanmoins, la valeur de ces indicateurs réside dans le fait qu'ils permettent d'établir des comparaisons entre les différentes administrations et, éventuellement, de relever celles qui ont un rendement considérablement plus élevé et constamment différent par rapport à d'autres. La constatation de ces variations peut ensuite permettre un examen approfondi des facteurs faisant en sorte que certaines administrations ont un rendement supérieur ou inférieur par rapport à d'autres. De telles méthodes de surveillance constituent des outils précieux pour la réalisation d'analyses comparatives; elles permettent de comparer les soins dispensés d'un établissement ou d'une région à l'autre, et pour une période donnée.

IV. COÛTS ASSOCIÉS AUX SOINS DE FIN DE VIE

Le coût des soins de fin de vie associés au cancer représente la valeur en dollars des ressources en santé utilisées par les personnes atteintes d'un cancer. Des données sur le calcul des coûts sont obtenues pour répondre à de nombreuses questions. Ces données peuvent en outre être utilisées pour établir les prix et les budgets ou pour éclairer les décisions liées à l'affectation de ressources. Les coûts peuvent être classés par catégorie, par exemple, par coûts médicaux directs, non médicaux directs (essentiellement les frais remboursables et de déplacement), indirects (lié au temps consacré) et intangibles. Les données sur le calcul des coûts peuvent être extraites de bases de données statistiques nationales ou de bases de données administratives institutionnelles, provinciales ou régionales, d'enquêtes ou d'avis d'experts. Cela dit, la grande majorité des études se limitent aux coûts médicaux directs, tels que les coûts associés

7. SOINS DE FIN DE VIE

aux hospitalisations, soins ambulatoires, honoraires des médecins, soins à domicile, soins infirmiers à domicile et médicaments pour patients ambulatoires. C'est pourquoi il est difficile de comparer entre elles les études faisant état de données sur les coûts.

Coûts des services de santé tout au long de la période de fin de vie

Les soins continus administrés à domicile et dans les établissements de soins de longue durée sont financés par une combinaison de fonds publics et privés. Les derniers mois ou dernières années de vie d'une personne sont associés à des besoins accrus en matière de services de santé et, par conséquent, à une utilisation accrue de ces services, ce qui entraîne une augmentation substantielle des coûts liés aux soins de santé. Ce fait est confirmé par les coûts moyens par personne estimés dans le cadre de nombreuses études (voir le tableau 7.7). Même si ces coûts sont regroupés dans la catégorie « soins de fin de vie », ils peuvent inclure des ressources utilisées pour des services de traitement actif, de réadaptation et de soins palliatifs. Les données sur les coûts peuvent être associées à un événement, tel que l'orientation d'un patient vers des soins palliatifs ou à une période déterminée (p. ex. coûts totaux pour la dernière année de vie). Certaines études vont jusqu'à inclure dans ces coûts les ressources utilisées depuis l'établissement du diagnostic de cancer. Au Canada, une seule étude, *le fardeau économique de la maladie au Canada*⁸³ (Santé Canada), a réussi à générer et à synthétiser des données sur les coûts pour l'ensemble du Canada, par catégories et en fonction de périodes données.

Coûts associés au lieu de décès et aux types de soins

Santé Canada estime que près des trois quarts des dépenses totales associées aux soins de personnes atteintes du cancer sont liées à la mortalité, surtout si l'on considère le fait que, chez les personnes souffrant d'un cancer, le risque de décès est majoré, quel que soit l'âge⁸³. En fait, le cancer est à l'origine de 29 % de tous les décès au Canada (figure 7.1) et de 32 % de tous les coûts associés à la mortalité. Les variations en ce qui concerne les dépenses entre les différentes provinces, les périodes de suivi et les trajectoires de la maladie empêchent toute autre comparaison entre la plupart des études. Les coûts liés aux hospitalisations et les coûts médicaux directs représentent plus de la moitié de tous les coûts, conformément aux résultats de l'étude menée par Santé Canada⁸³. Des variations substantielles sont observées dans toutes les autres catégories, telles que les hospitalisations, les soins ambulatoires et les médicaments. Ces variations sont en partie attribuables au nombre de catégories, mais pour le reste, elles découlent des sources de données et de la méthodologie.

Coûts par type de cancer

Plusieurs études fournissent des estimations des coûts au Canada par type de cancer et par groupe d'âge (tableau 7.8). Deux études présentent des estimations de coûts comparables pour le cancer du sein (~ 33 000 \$ c. 35 000 \$)^{84,85}, tandis que dans d'autres études, les coûts estimés varient considérablement pour les cancers du poumon (18 000 \$ à 50 000 \$)^{85,86} et de la prostate (25 000 \$ à 39 000 \$)^{85,87}. Certaines estimations sont calculées pour toute une vie et englobent tous les coûts, tandis que d'autres le sont uniquement pour une période donnée avant le décès. Cela dit, la grande majorité de ces estimations ne tiennent compte que des coûts médicaux directs.

Coûts selon la trajectoire du cancer

Les coûts varient en fonction de la trajectoire de la maladie. D'après les trois études incluses dans le présent rapport⁸⁸⁻⁹⁰, les données corroborent l'idée selon laquelle le

coût des soins associés au cancer est plus élevé une fois que le diagnostic a été posé et au cours des jours précédant immédiatement le décès. Ce fait est illustré par la tendance des coûts totaux pendant les deux années précédant le décès (figure 7.2), tendance selon laquelle la gravité de la maladie et les changements sur le plan du type de soins déterminent les coûts.

Coûts assumés par les aidants familiaux en fin de vie

Certaines personnes choisissent de rester chez elle aussi longtemps qu'elles le peuvent, lorsqu'elles sont confrontées à un diagnostic de cancer qui leur laisse peu de temps à vivre. Dans de tels cas, des membres de la famille ou des amis assument le rôle de dispensateurs de soins primaires avec l'appui d'une équipe de professionnels de la santé. Il arrive qu'un soutien et des services soient offerts dans les collectivités pour aider les patients soignés à domicile et alléger le fardeau des aidants familiaux. La famille d'une personne atteinte d'un cancer assume alors la plupart des coûts et d'autres charges associées aux soins à domicile. La répartition des coûts selon les différentes catégories de ressource est présentée à la figure 7.3. Parmi les coûts assumés par les aidants familiaux, citons l'achat de médicaments sur ordonnance et en vente libre, de suppléments nutritionnels (Boost, Ensure, etc.), de repas spéciaux, de vitamines, de produits naturels et homéopathiques, de couches, de produits d'hygiène, de pansements et autres fournitures, de matériel adapté (lits, fauteuils ou accessoires et sièges de toilette), de même que les frais de transport et de stationnement.

Selon les données d'une enquête menée auprès d'une cohorte de 248 familles canadiennes de cinq provinces (Nouvelle-Écosse, Québec, Manitoba, Alberta et Colombie-Britannique), le gouvernement et les familles assument respectivement environ 71,3 % et 26,6 % du coût moyen par patient. Le fardeau financier familial est en grande partie attribuable au temps consacré à la prestation de soins. Un tel engagement représente, pour les soignants principaux uniquement, une moyenne de 2,6 heures par jour.⁶⁰

Le « coût de remplacement », l'une des approches proposées par Statistique Canada pour estimer la valeur de cet engagement, consiste à assigner une valeur aux tâches assumées par les aidants familiaux⁹¹. Cette perspective permet d'évaluer que le fardeau financier du soignant atteint un coût moyen de 36 \$ par jour, d'après une estimation pour la période de 2005 à 2006. Ce calcul exclut la perte de revenus associée au fait de devoir s'absenter du travail pour pouvoir dispenser des soins ou de l'aide aux êtres chers en phase terminale. Ces coûts pèsent encore plus lourd pour les familles canadiennes qui vivent en deçà du seuil de la pauvreté ou lorsqu'il s'avère que le fardeau financier est un déterminant indépendant de la détresse du soignant⁹².

Conclusion

Les soins de fin de vie visent à combler les besoins physiques tout autant que psychologiques, sociaux et spirituels d'une personne dont la lutte contre le cancer tire à sa fin. À l'heure actuelle, les soins de fin de vie au Canada représentent une mosaïque de services non uniformes, au sein même de chaque province et d'une province à l'autre. On observe des différences quant au type de services de soins palliatifs dispensés aux personnes en fin de vie, mais aussi en ce qui concerne la qualité de ces services. On constate également des variations sur le plan de l'utilisation de ces services. L'objectif devrait donc être d'assurer un soutien uniforme et de grande qualité à toute personne atteinte d'un cancer en phase terminale, peu importe où elle réside.

La recherche actuelle sur les soins de fin de vie chez les personnes atteintes d'un cancer est limitée; toutefois, ses conclusions montre que :

7. SOINS DE FIN DE VIE

- ◆ Les services qui permettraient aux personnes de mourir chez elle, lorsque c'est leur souhait, sont inadéquats.
- ◆ Les services de soins palliatifs sont sous-utilisés ou utilisés trop tardivement, en raison d'une orientation inadéquate ou de dernière minute vers de tels services.
- ◆ Le fardeau psychosocial et financier des familles qui prennent soin de proches en phase terminale pèse très lourd.

Les obstacles à notre compréhension de la qualité, du moment opportun et de l'exhaustivité des soins dont ont besoin les personnes atteintes d'un cancer en phase terminale découlent du fait que :

- ◆ Les données disponibles sont incomplètes et difficilement accessibles, en raison du manque d'uniformité sur le plan de leur collecte ou de l'absence de définitions communes pour les types de données susceptibles d'être instructives.
- ◆ Les données dont nous disposons ne peuvent être comparées entre les différentes administrations dû à l'incapacité d'établir facilement des liens entre des données provenant de différentes sources ou à la difficulté de comparer des variables similaires entre différentes administrations.

Recommandations

- ◆ Une surveillance améliorée des soins de fin de vie aiderait à définir les besoins en soins de fin de vie des personnes atteintes d'un cancer et permettrait d'améliorer la planification de ces soins.
- ◆ Les définitions et les méthodes pour faire état des besoins en matière de soins de fin de vie doivent être normalisées, de manière à faciliter l'analyse comparative des données de surveillance entre les différentes administrations, ce qui permettrait aux chercheurs, aux décideurs et aux planificateurs du domaine des soins de santé de cerner facilement les lacunes en matière de soins.

On prévoit que le nombre de décès dus au cancer augmentera au cours des prochaines années, il sera donc d'autant plus important de veiller à ce que des services de soins palliatifs de grande qualité soient en place pour répondre aux besoins croissants. À l'heure actuelle, nous n'avons qu'une compréhension limitée de la qualité, de l'exhaustivité et de l'accessibilité des soins de fin de vie accessibles dans une même province et d'une province canadienne à l'autre. L'amélioration de la surveillance est une étape essentielle si l'on veut bien planifier les soins de fin de vie des personnes atteintes d'un cancer et limiter les retombées sur les proches et les dispensateurs de soins.

Figure 7.1

Proportion des décès dus au cancer et aux autres causes, Canada, 2005

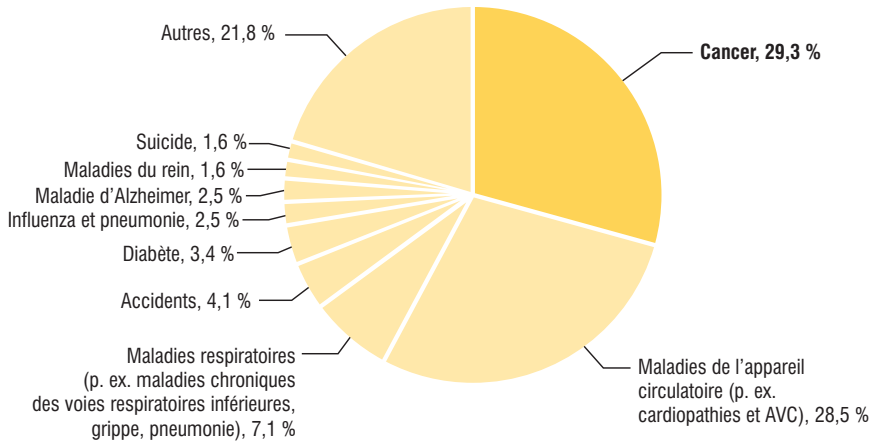
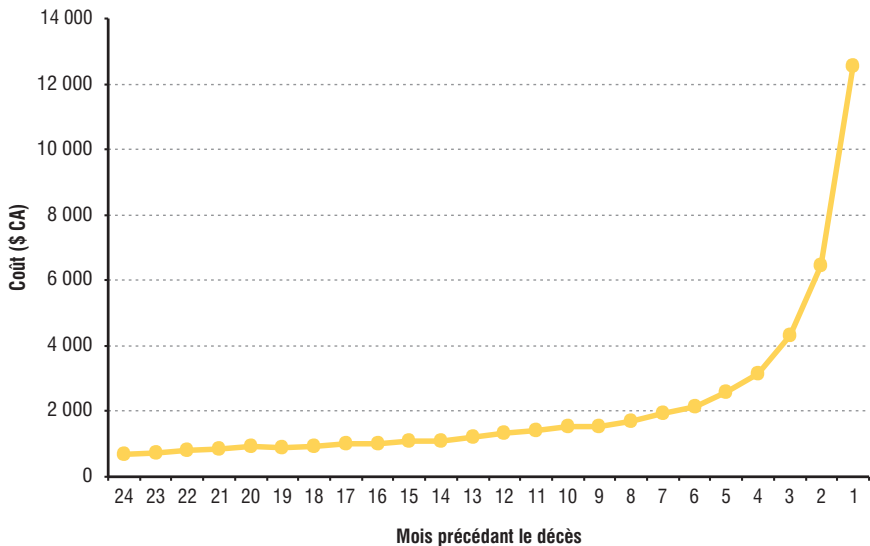
Adapté de : Les dix principales causes de décès, Canada, 2004 et 2005, Statistique Canada⁶⁷

Figure 7.2

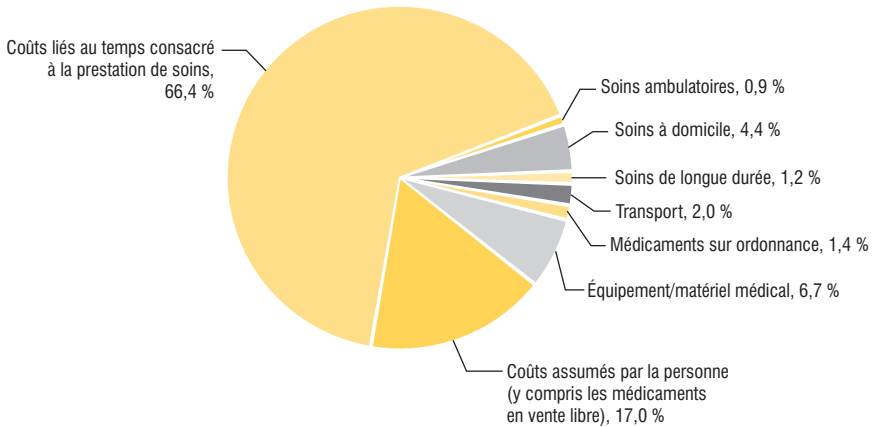
Tendance du coût public total moyen par personne pendant les deux années précédant le décès par cancer, Canada, 2001–2002

Adapté de : Fassbender et coll.⁶⁸

7. SOINS DE FIN DE VIE

Figure 7.3

Proportion du coût total par personne atteinte du cancer assumé par les aidants familiaux par catégorie de ressource, 2005–2006



Adapté de : Dumont et coll.⁶⁰

Tableau 7.1

Profil des décès par cancer au Canada et dans certaines provinces, 2005

	Canada (N=67 341)		Colombie- Britannique (N=8 407)		Nouvelle-Écosse (N=2 415)		Ontario (N=24 967)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe								
Hommes	35 479	52,7	4 519	53,8	1 309	54,8	12 859	51,5
Femmes	31 862	47,3	3 888	46,2	1 080	45,2	12 108	48,5
Groupe d'âge (ans)								
0-19	182	0,3	15	0,2	2	0,1	73	0,3
20-29	215	0,3	31	0,4	8	0,3	74	0,3
30-39	655	1,0	66	0,8	27	1,1	288	1,2
40-49	3 151	4,7	346	4,1	100	4,1	1 168	4,7
50-59	8 357	12,4	1 062	12,6	305	12,6	3 064	12,3
60-69	14 030	20,8	1 703	20,3	534	22,1	5 035	20,2
70-79	20 629	30,6	2 557	30,4	706	29,3	7 722	30,9
80+	20 122	29,9	2 626	31,2	731	30,3	7 543	30,2
Cinq principales cause de décès par cancer								
Poumon	17 906	26,6	2 173	25,8	702	29,1	6 136	24,6
Côlon et rectum	8 504	12,6	1 054	12,5	312	12,9	3 204	12,8
Sein	5 045	7,5	569	6,8	148	6,1	1 993	8,0
Prostate	3 586	5,3	504	6,0	131	5,4	1 295	5,2
Pancréas	3 459	5,1	461	5,5	137	5,7	1 252	5,0
Autres	28 841	42,8	3 646	43,4	985	40,8	11 087	44,4

Source : Base canadienne de données sur l'état civil-Décès à Statistique Canada

7. SOINS DE FIN DE VIE

Tableau 7.2

Lieu du décès par cancer au Canada et dans certaines provinces, 2003–2004 et 2005

	Canada* (tous les décès y compris par cancer) (N=230 132)		Colombie-Britannique† (N=8 171)		Nouvelle-Écosse‡ (N=2 389)		Ontario§ (N=21 419)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hôpital	137 308	59,7	4 934	61,1	1 693	70,9	12 419	53,4
Établissement de soins de longue durée/maison de soins infirmiers	62 483	27,2	1 436	17,8	191	8	5 506	23,7
Domicile			1 645	20,4	505	21,1	2 148	9,2
Inconnu	30 341	13,2	156	1,9			3 173	13,7

* données de 2005; les catégories pour les données à l'échelle nationale sont « hôpital », « ailleurs qu'à l'hôpital » et « inconnu »

† données de 2003–2004

‡ données de 2005, qui excluent les cas où seul le certificat de décès est disponible, c'est-à-dire environ 5 % des décès par cancer; les catégories pour les données en Nouvelle-Écosse sont « soins intensifs à l'hôpital », « maison de soins infirmiers » et « autre »

§ données de 2005

Sources : Statistique Canada⁷⁰, Institut canadien d'information sur la santé⁶⁵, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Action Cancer Nouvelle-Écosse (Jun Gao, communication personnelle, août 2009) et IQRC de l'Ontario⁶⁶

Tableau 7.3

Utilisation des services de santé par les personnes atteintes de cancer en fin de vie pour certaines provinces canadiennes, 2003–2004 et 2005

	Colombie-Britannique*		Nouvelle-Écosse†		Ontario‡	
	n	%	n	%	n	%
Évaluation en soins palliatifs chez un patient hospitalisé au cours des 2 dernières semaines de vie	9 438 [§]	14,8	569	23,8	5 450	26,7
Évaluation en soins palliatifs chez un patient ambulatoire au cours des 2 dernières semaines de vie	—	—	—	—	3 474	17,9
Soins à domicile au cours des 6 derniers mois de vie	—	—	1 785	70,6	16 246	69,9
Chimiothérapie ou consultation en oncologie médicale au cours des 2 dernières semaines de vie	—	—	26	1,1	886	3,8
Consultation en oncologie médicale au cours des 6 derniers mois de vie	—	—	260	10,9	—	—
Radiothérapie palliative au cours des 9 derniers mois de vie	—	—	561	23,5	—	—

— indique que les données comparables ne sont pas disponibles

* données de 2003–2004

† données de 2005, à l'exception de la catégorie « Soins à domicile au cours de 6 derniers mois de vie » dont les données proviennent de 2003

‡ données de 2005

§ comprend tous les cas recevant des soins palliatifs (cancer ou non)

Sources : Institut canadien d'information sur la santé⁶⁵, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Action Cancer Nouvelle-Écosse (Jun Gao, communication personnelle) et Département de médecine familiale, Université Dalhousie (Beverly Lawson, communication personnelle), IQRC de l'Ontario⁶⁶

Tableau 7.4

Temps d'attente médian entre la date du diagnostic de cancer colorectal de stade IV (2001–2005)* et la date de l'aiguillage vers les soins palliatifs, selon le sexe et l'âge, étude ACCESS, Nouvelle-Écosse

	n	%	Temps d'attente médian (jours)
Sexe			
Femmes	114	42,5	75
Hommes	154	57,5	158,5
Âge			
<50	18	6,7	211
50–59	44	16,4	263
60–69	86	32,1	170
70+	120	44,8	53,5
Total	268		112,5

* Inclut les patients ayant reçu un diagnostic de cancer de stade IV qui habitent le territoire de la Régie régionale de la santé Capital ou de la Régie régionale de la santé Cap-Breton, car les données sur le programme de soins palliatifs ne sont disponibles que pour ces deux districts.

Tableau 7.5

Aiguillage vers les soins palliatifs des cas de cancer colorectal de stade IV (2001–2005)* selon le sexe et le délai avant le décès, étude ACCESS, Nouvelle-Écosse

	Décédé avant l'aiguillage vers les soins palliatifs (n=334)		A reçu des soins palliatifs et est décédé (n=261)		Aiguillé vers les soins palliatifs au cours des 2 semaines précédant le décès (n=56)		Aiguillé vers les soins palliatifs au cours des 3 jours précédant le décès (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femmes	150	44,9	111	42,5	24	42,9	6	46,2
Hommes	184	55,1	150	57,5	32	57,1	7	53,8

* Inclut les patients ayant reçu un diagnostic de cancer de stade IV qui habitent le territoire de la Régie régionale de la santé Capital ou de la Régie régionale de la santé Cap-Breton, car les données sur le programme de soins palliatifs ne sont disponibles que pour ces deux districts.

7. SOINS DE FIN DE VIE

Tableau 7.6

Indicateurs de la qualité des soins de fin de vie chez les sujets décédés du cancer du sein, Nouvelle-Écosse et Ontario, 1998–2002

Indicateur de la qualité	Description de l'indicateur	Proportion des décès par cancer	
		Nouvelle-Écosse	Ontario
Intervalle entre la dernière séance de chimiothérapie et le décès	Toute chimiothérapie au cours des 14 derniers jours	9,3 %	15,7 %
Lieu du décès	Décès à l'hôpital	63,4 %	52,9 %
Fréquence des consultations aux urgences	a) Plus d'une consultation aux urgences au cours du dernier mois	5,6 %	6,9 %
	b) Nombre moyen de consultations aux urgences au cours du dernier mois	0,41 %	0,44 %
	c) Nombre moyen de consultations aux urgences par jour disponible au cours du dernier mois	0,02 %	0,02 %
Jours d'hospitalisation en fin de vie (comprend tous les jours d'hospitalisation)	Plus d'une hospitalisation au cours du dernier mois	11,7 %	15,6 %
Jours d'hospitalisation en fin de vie (ne comprend que les jours passés aux soins intensifs)	Pourcentage de sujets ayant fait au moins un séjour aux soins intensifs au cours du dernier mois	2,1 %	4,1 %
Événements indésirables	Escarre de décubitus, infection, chute ou blessure	9,3 %	12,6 %

Adapté de : Grunfeld et coll.⁵⁷

Tableau 7.7

Coût moyen par personne des soins en fin de vie liés au cancer pour différentes périodes avant le décès, Canada

Catégorie de ressource	Coût moyen (\$ CA) par personne				
	Dernière année de vie ⁸⁹	Dernière année de vie ⁵⁹	Moyenne annuelle ⁸⁵	Derniers mois de vie ⁶⁰	Derniers mois de vie ⁹³
Services hospitaliers aux malades hospitalisés	21 135	23 338	—	6 125	625
Médecin	2 712	3 356	—	—	—
Soins ambulatoires	—	—	—	1 466	296
Soins à domicile	2 186	2 054	—	3 456	5 046
Soins de longue durée	5 781	2 151	—	703	—
Centre de soins palliatifs	—	2 610	—	—	—
Transport	—	—	—	291	28
Médicaments sur ordonnance	1 867	1 028	—	1 197	235
Équipement/matériel médical	—	—	—	1 115	144
Directe	—	—	22 153	—	—
Coûts assumés par la personne	—	—	5 191	842	683
Coûts liés au temps consacré à la prestation de soins	—	—	2 906	3 251	17 316
Transfert de fonds	—	—	9 048	—	—
Total	33 680	34 538	39 299	18 446	24 358

Tableau 7.8

Coût estimé par personne des soins liés au cancer

Siège ou type de cancer	Coût (\$ CA)	Période	Référence
Adultes (20 ans et plus)			
Poumon	50 305	Moyenne annuelle	Butler et coll. ⁸⁵
Lymphome diffus à grandes cellules B	45 796	Vie entière	Lee et coll. ⁹⁴
Rectum	43 263	Vie entière	Maroun et coll. ⁹⁵
Prostate	39 061	Moyenne annuelle	Butler et coll.
Côlon	36 530	Vie entière	Maroun et coll.
Sein	35 632	Moyenne annuelle	Butler et coll.
Sein	33 562	Vie entière	Will et coll. ⁸⁴
Prostate	25 132	Vie entière	Grover et coll. ⁸⁷
Cancer du poumon à petites cellules	22 428	Vie entière	Demeter et coll. ⁸⁶
Cancer du poumon non à petites cellules	18 469	Vie entière	Demeter et coll.
Moyenne	39 299	Moyenne annuelle	Butler et coll.
Adolescents (15–19 ans)			
Leucémie	266 907	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll. ⁹⁰
Sarcome des tissus mous	121 315	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Os	119 819	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Lymphome	89 650	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Système nerveux central	24 796	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Autre	24 705	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Moyenne	105 814	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Enfants (0–14 ans)			
Système nerveux autonome	128 935	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Leucémie	115 829	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Os	99 317	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Système nerveux central	96 493	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Néphroblastome	95 504	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Lymphome	85 202	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Sarcome des tissus mous	50 138	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Carcinomes	20 842	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Autre	120 529	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.
Moyenne	97 547	Total pour 3 ans à partir du diagnostic	Luo et coll.

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*). Si l'on a besoin des *données réelles* plutôt que des *estimations* pour l'année en cours, les tableaux de la présente annexe résument les statistiques réelles sur l'incidence et la mortalité tirées des données nationales les plus récentes. Le tableau A1 donne un aperçu du nombre réel de nouveaux cas (2006) survenus au Canada et précise les codes CIM-O-3 utilisés pour définir chaque groupe de diagnostics. Le tableau A2 indique le nombre réel de décès (2005) et précise les codes CIM-10 utilisés pour définir chaque groupe de diagnostics. Comme ces dénombrements réels sont fiables, il est possible d'examiner la fréquence d'autres sièges ou types de cancer; ainsi, on trouvera aux tableaux A1 et A2 un plus grand nombre de sièges ou types de cancer que dans les tableaux précédents. Les tableaux A3 à A6 donnent les chiffres réels pour le nombre de nouveaux cas et de décès et les taux d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges ou types de cancer, selon la province et le territoire.

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

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

Tableau A1

Données réelles sur les nouveaux cas de cancer, Canada, 2006

Cancer	Siège/type CIM-O-3*	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	Tous les cancers infiltrants	157 194	82 133	75 061
Cavité buccale et pharynx	C00–C14	3 306	2 216	1 090
Lèvre	C00	333	244	89
Langue	C01–C02	860	581	279
Glande salivaire	C07–C08	358	201	157
Bouche	C03–C06	676	382	294
Nasopharynx	C11	207	132	75
Oropharynx	C10	99	84	15
Autres et non précisés	C09,C12–C14	773	592	181
Appareil digestif	C15–C26,C48	32 258	18 005	14 253
Oesophage	C15	1 492	1 092	400
Estomac	C16	2 977	1 910	1 067
Intestin grêle	C17	622	330	292
Côlon	C18,C26.0	13 226	6 754	6 472
Rectum et anus	C19–C21	6 968	4 220	2 748
Foie	C22.0	1 423	1 048	375
Vésicule biliaire	C23	407	128	279
Pancréas	C25	3 572	1 763	1 809
Autres et non précisés	C22.1,C24,C26.8–9,C48	1 571	760	811
Appareil respiratoire	C30–C34,C38.1–.9,C39	23 436	13 111	10 325
Larynx	C32	1 009	843	166
Poumon	C34	22 085	12 053	10 032
Autres et non précisés	C30–31,C33,C38.1–.9,C39	342	215	127
Os	C40–C41	301	161	140
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	1 050	610	440
Peau (mélanome)	C44 Type 8720–8790	4 549	2 433	2 116
Sein	C50	20 484	1 477	20 337
Organes génitaux	C51–C63	32 145	23 500	8 645
Col de l'utérus	C53	1 314	—	1 314
Corps de l'utérus	C54	4 095	—	4 095
Utérus, partie non précisée	C55	132	—	132
Ovaire	C56	2 405	—	2 405
Prostate	C61	22 480	22 480	—
Testicule	C62	844	844	—
Autres et non précisés	C51–52,C57,C58,C60,C63	875	176	699
Organes urinaires	C64–C68	11 339	7 842	3 497
Vessie	C67	6 534	4 862	1 672
Rein	C64–C65	4 379	2 710	1 669
Autres organes urinaires	C66,C68	426	270	156
Oeil	C69	258	152	106
Encéphale et autres parties du système nerveux	C70–C72	2 413	1 369	1 044
Glandes endocrines	C73,C74–C75	4 148	1 021	3 127
Thyroïde	C73	3 879	882	2 997
Autres glandes endocrines	C74,C75	269	139	130
Maladie de Hodgkin*	Type 9650–9667	877	481	396
Lymphomes non hodgkiniens*	Voir le glossaire	6 492	3 470	3 022
Myélome multiple*	Type 9731,9732,9734	2 000	1 109	891
Leucémie*	Voir le glossaire	4 441	2 529	1 912
Mésothéliomes*	Type 9050–9055	461	389	72
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le glossaire	7 236	3 588	3 648

— Sans objet

* 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 Classification internationale des maladies – Oncologie⁹⁶. Les chiffres englobent les cancers infiltrants, notamment le cancer in situ de la vessie, mais non les cancers de la peau autres que le mélanome.

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 à Statistique Canada.

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

Tableau A2

Données réelles sur les décès dus au cancer, Canada, 2005

Cancer	CIM-10	Total	Hommes	Femmes
Tous les cancers	C00–C97	67 343	35 481	31 862
Cavité buccale et pharynx)	C00–C14	1 053	702	351
Lèvre	C00	14	8	6
Langue	C01–C02	258	166	92
Glande salivaire	C07–C08	108	66	42
Bouche	C03–C06	185	104	81
Nasopharynx	C11	105	68	37
Oropharynx	C10	93	67	26
Autres et non précisés	C09,C12–C14	290	223	67
Appareil digestif	C15–C25,C26.0,C26.8–9,C48	18 136	10 066	8 070
Oesophage	C15	1 518	1 159	359
Estomac	C16	1 967	1 167	800
Intestin grêle	C17	173	90	83
Côlon	C18,C26.0	6 824	3 541	3 283
Rectum et anus	C19–C21	1 680	995	685
Foie	C22.0,C22.2–7	687	527	160
Vésicule biliaire	C23	292	102	190
Pancréas	C25	3 459	1 697	1 762
Autres et non précisés	C22.1,C22.9,C24,C26.8–9,C48	1 536	788	748
Appareil respiratoire	C30–C34,C38.1–9,C39	18 469	10 706	7 763
Larynx	C32	446	359	87
Poumon	C34	17 906	10 282	7 624
Autres et non précisés	C30–31,C33,C38.1–9,C39	117	65	52
Os	C40–C41	146	83	63
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0,C47,C49	374	182	192
Peau (mélanome)	C43	771	461	310
Sein	C50	5 045	55	4 990
Organes génitaux	C51–C63	6 511	3 659	2 852
Col de l'utérus	C53	369	—	369
Corps de l'utérus	C54	332	—	332
Utérus, partie non précisée	C55	346	—	346
Ovaire	C56	1 577	—	1 577
Prostate	C61	3 586	3 586	—
Testicule	C62	43	43	—
Autres et non précisés	C51–52,C57,C58,C60,C63	258	30	228
Organes urinaires	C64–C68	3 188	2 107	1 081
Vessie	C67	1 626	1 125	501
Rein	C64–C65	1 470	925	545
Autres organes urinaires	C66,C68	92	57	35
Oeil	C69	38	20	18
Encéphale et autres parties du système nerveux	C70–C72	1 571	898	673
Glandes endocrines	C73,C73–C75	251	124	127
Thyroïde	C73	146	73	73
Autres glandes endocrines	C73,C74–C75	105	51	54
Maladie de Hodgkin	C81	137	80	57
Lymphomes non hodgkiniens	C82–C85,C96.3	2 492	1 360	1 132
Myélome multiple	C90.0, C90.2	1 202	644	558
Leucémie	C91–C95, C90.1	2 269	1 313	956
Mésothéliomes	C45	384	319	65
Tous les autres cancers et cancers non précisés	Voir le glossaire	5 306	2 702	2 604

— Sans objet

Nota : Par CIM-10, on entend la dixième révision de la Classification internationale des maladies et autres problèmes de santé⁹⁷.

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 à Statistique Canada

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

Tableau A3

Données réelles sur les nouveaux cas des cancers les plus courants selon le sexe et la région, Canada, 2006*

	Nouveaux cas													
	Canada†	T.-N.-L.‡	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc‡	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	82 100	1 450	450	3 100	2 300	20 100	31 700	2 800	2 500	7 200	10 400	50	55	30
Prostate	22 500	420	150	910	730	4 200	9 600	660	720	2 100	3 000	10	10	—
Poumon§	12 100	200	55	480	370	3 800	4 100	400	340	930	1 300	5	5	10
Côlon et rectum	11 000	260	45	410	290	2 800	4 200	400	340	910	1 350	10	15	5
Vessie§	4 900	95	30	210	150	1 550	1 250	200	140	500	710	5	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	3 500	45	10	110	100	820	1 350	120	110	300	510	—	5	—
Rein§	2 700	50	20	130	80	740	960	120	75	260	260	—	—	—
Leucémie	2 500	15	5	75	50	560	1 050	90	95	240	360	—	—	—
Mélanome	2 400	35	25	110	70	270	1 150	70	70	240	370	—	—	—
Cavité buccale	2 200	45	5	65	55	540	900	100	65	200	240	—	5	—
Estomac	1 900	50	—	60	55	530	700	65	50	160	240	—	—	—
Pancréas	1 750	25	5	55	50	480	610	75	50	150	250	—	—	—
Encéphale	1 350	20	10	40	30	380	560	35	40	110	140	—	—	—
Myélome multiple	1 100	15	15	45	25	300	460	30	35	80	120	—	—	—
Oesophage	1 100	20	5	50	30	250	410	30	30	110	160	—	—	—
Foie	1 050	15	5	30	20	260	410	35	15	100	160	—	—	—
Thyroïde	880	10	5	30	30	200	410	20	10	90	70	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers	75 100	1 100	320	2 600	1 950	19 100	29 400	2 700	2 300	6 400	9 100	50	50	30
Sein	20 300	280	75	710	490	5 100	8 000	730	610	1 750	2 600	15	15	5
Poumon§	10 000	140	55	370	320	2 900	3 500	370	330	800	1 250	5	5	10
Côlon et rectum	9 200	190	50	390	220	2 300	3 500	360	290	740	1 150	5	5	5
Corps de l'utérus	4 200	60	20	120	120	960	1 750	160	120	380	550	5	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	3 000	65	10	100	85	700	1 200	120	110	250	400	—	—	—
Thyroïde	3 000	30	5	80	85	660	1 600	65	50	250	190	—	—	—
Ovaire§	2 400	25	10	60	60	600	1 000	90	80	160	310	—	—	—
Mélanome	2 100	30	5	95	75	270	1 000	60	45	220	310	—	—	—
Leucémie	1 900	10	5	60	30	440	740	65	75	200	270	—	—	—
Pancréas	1 800	10	10	70	60	520	590	70	55	180	250	—	—	—
Vessie§	1 650	30	10	55	45	560	470	60	50	140	240	—	—	—
Rein§	1 650	25	10	80	55	460	610	60	60	150	150	—	—	—
Col de l'utérus	1 300	25	5	50	25	310	520	40	35	160	140	—	—	—
Cavité buccale	1 100	15	5	25	25	250	440	55	45	90	140	—	—	—
Estomac	1 050	25	5	35	35	290	410	35	35	85	110	—	—	—
Encéphale	1 050	15	5	35	40	300	390	30	35	80	120	—	—	—
Myélome multiple	890	5	—	25	20	220	410	30	25	65	90	—	—	—

— Moins de trois cas

* Moyenne de 2002–2006 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

‡ Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2010.

§ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer in situ survenus en Ontario se traduirait par 1 900 cas de cancer de la vessie chez les hommes et 800 cas chez les femmes.

Nota : Les données pour tous les cancers ne tiennent pas compte du nombre estimatif de nouveaux cas de 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 à Statistique Canada.

Tableau A4

Taux réels d'incidence normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2006*

	Cas pour 100 000													
	Canada†	T.-N.-L.‡	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc‡	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	459	463	544	558	524	465	468	427	427	454	413	395	442	550
Prostate	125	132	173	160	162	95	141	103	125	134	120	98	95	—
Poumon§	68	65	69	85	85	88	61	62	57	60	52	58	68	248
Côlon et rectum	61	83	54	73	64	64	61	61	57	57	53	65	111	97
Vessie§	27	33	39	38	35	36	19	30	24	32	28	25	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	19	16	15	18	22	19	20	19	19	18	20	—	21	—
Rein§	15	15	21	22	18	16	14	19	13	15	10	—	—	—
Leucémie	15	6	10	14	12	14	16	14	16	15	15	—	—	—
Mélanome	13	12	27	21	16	6	17	10	12	15	15	—	—	—
Cavité buccale	12	14	7	10	12	12	13	15	11	11	9	—	24	—
Estomac	11	16	—	10	13	12	10	10	9	10	9	—	—	—
Pancréas	10	8	9	10	12	11	9	11	9	10	10	—	—	—
Encéphale	8	6	10	7	7	9	8	6	7	6	6	—	—	—
Myélome multiple	6	5	19	8	6	7	7	4	6	5	5	—	—	—
Oesophage	6	6	9	9	6	6	6	5	5	6	6	—	—	—
Foie	6	4	6	6	5	6	6	5	3	6	6	—	—	—
Thyroïde	5	2	6	5	8	5	6	4	2	5	3	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers	357	315	331	395	367	362	367	350	348	348	321	339	354	574
Sein	97	80	81	107	92	98	100	96	96	95	91	105	106	63
Poumon§	47	41	55	56	59	53	43	47	50	45	43	44	65	267
Côlon et rectum	41	55	53	55	38	42	41	43	39	39	37	46	56	89
Corps de l'utérus	20	17	19	18	21	18	22	22	19	20	19	22	—	—
Thyroïde	17	10	4	15	21	15	23	10	9	14	8	—	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	14	19	12	15	17	13	15	16	16	14	14	—	—	—
Ovaire§	11	8	9	9	11	11	13	12	12	8	11	—	—	—
Mélanome	11	10	7	16	15	6	14	8	8	12	12	—	—	—
Leucémie	9	4	8	8	6	9	9	9	11	12	10	—	—	—
Pancréas	8	3	7	10	10	9	7	8	7	9	8	—	—	—
Rein§	8	7	11	12	10	9	8	7	9	8	5	—	—	—
Vessie§	7	9	9	8	9	10	5	7	8	7	8	—	—	—
Col de l'utérus	7	10	6	10	6	7	7	6	7	9	6	—	—	—
Encéphale	5	5	6	7	9	6	5	5	7	4	5	—	—	—
Cavité buccale	5	5	6	3	5	5	5	7	7	5	5	—	—	—
Estomac	5	8	7	5	6	5	5	4	5	5	4	—	—	—
Myélome multiple	4	2	—	3	4	4	5	3	4	3	3	—	—	—

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

* Moyenne de 2002–2006 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

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

‡ Sous-estimation du nombre de cas de certains cancers pour les années ayant servi à produire les estimations pour 2010.

§ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7. L'Ontario ne signale pas actuellement les cas de cancer in situ de la vessie. On estime que l'inclusion des cas de cancer in situ survenus en Ontario se traduirait par un taux de 28 cas pour 100 000 chez les hommes et de 9 cas pour 100 000 chez les femmes.

Nota : Les taux pour tous les cancers ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (carcinomes basocellulaire et squameux). Ils sont ajustés selon 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 à Statistique Canada

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

Tableau A5

Données réelles sur la mortalité pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2005*

	Décès													
	Canada†	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	35 500	710	140	1 300	970	9 500	12 900	1 350	1 200	2 900	4 500	30	25	15
Poumon [‡]	10 300	200	50	410	320	3 200	3 500	370	300	720	1 200	10	5	10
Côlon et rectum	4 500	120	15	170	100	1 200	1 750	160	140	350	550	5	5	5
Prostate	3 600	60	15	130	110	760	1 300	190	190	340	500	—	—	—
Pancréas	1 700	25	10	70	55	430	610	65	50	150	230	—	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	1 350	15	5	40	35	310	530	60	50	120	200	—	—	—
Leucémie [‡]	1 300	25	5	50	35	290	520	50	60	120	150	—	—	—
Estomac	1 150	45	—	45	25	360	420	40	30	70	120	—	—	—
Oesophage	1 150	15	5	55	35	240	440	50	25	100	190	—	—	—
Vessie	1 150	20	5	45	30	260	420	50	45	85	170	—	—	—
Rein [‡]	930	20	5	45	40	240	320	40	30	80	110	—	—	—
Encéphale	900	15	—	30	30	250	320	20	25	85	120	—	—	—
Cavité buccale	700	10	—	30	15	180	280	20	15	50	110	—	—	—
Myélome multiple [‡]	640	10	—	20	15	150	250	25	15	65	85	—	—	—
Foie [‡]	530	5	—	15	—	140	230	15	5	45	70	—	—	—
Mélanome	460	5	5	20	10	90	190	5	15	50	75	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers	31 900	550	160	1 100	820	8 500	12 100	1 250	1 050	2 400	3 900	20	20	15
Poumon [‡]	7 600	120	40	290	230	2 100	2 700	300	250	580	990	5	5	5
Sein	5 000	95	25	150	120	1 300	1 950	190	160	390	560	5	5	—
Côlon et rectum	4 000	85	30	150	95	1 100	1 450	150	130	260	510	5	—	—
Pancréas	1 750	25	5	70	50	480	650	55	70	140	230	—	—	—
Ovaire [‡]	1 600	25	5	50	40	350	670	55	50	120	200	—	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	1 150	10	10	50	20	280	450	55	45	85	120	—	—	—
Leucémie [‡]	960	10	—	30	30	230	380	45	55	65	120	—	—	—
Estomac	800	25	—	35	20	250	290	35	20	50	75	—	—	—
Corps de l'utérus	680	10	—	10	20	160	310	20	20	50	75	—	—	—
Encéphale	670	15	5	20	15	180	250	30	25	45	85	—	—	—
Myélome multiple [‡]	560	5	—	20	15	130	210	25	20	60	70	—	—	—
Rein [‡]	550	15	5	25	15	160	200	25	20	30	45	—	—	—
Vessie	500	5	—	15	10	140	210	25	15	25	65	—	—	—
Col de l'utérus	370	5	—	20	5	65	160	15	10	45	45	—	—	—
Cavité buccale	350	5	—	5	5	75	150	10	10	30	50	—	—	—
Mélanome	310	10	—	10	10	60	130	10	5	35	40	—	—	—

— Moins de trois décès

* Moyenne de 2001–2005 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

† Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total. Les totaux pour le Canada incluent les estimations provinciales et territoriales.

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

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 à Statistique Canada

Tableau A6

Taux réels de mortalité normalisés selon l'âge pour certains cancers selon le sexe et la région, Canada, 2005*

	Décès pour 100 000													
	Canada [†]	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
Hommes														
Tous les cancers	208	250	181	245	229	232	199	212	196	195	184	275	229	359
Poumon [‡]	60	68	66	76	75	77	53	58	51	49	48	103	60	185
Côlon et rectum	27	42	18	31	24	29	27	24	23	24	22	40	47	62
Prostate	22	23	16	25	26	20	21	28	29	25	21	—	—	—
Pancréas	10	9	10	13	14	10	9	10	8	10	9	—	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	8	6	9	8	9	8	8	9	8	8	8	—	—	—
Leucémie [‡]	8	9	8	10	9	7	8	8	10	8	6	—	—	—
Estomac	7	16	—	9	6	9	6	6	5	5	5	—	—	—
Vessie	7	7	7	8	7	7	7	8	7	6	7	—	—	—
Oesophage	7	5	5	10	8	6	7	8	4	6	8	—	—	—
Rein [‡]	5	7	5	8	8	6	5	6	5	5	5	—	—	—
Encéphale	5	5	—	5	7	6	5	3	5	5	5	—	—	—
Cavité buccale	4	4	—	5	3	4	4	3	3	3	4	—	—	—
Myélome multiple [‡]	4	3	—	4	4	4	4	4	3	5	4	—	—	—
Foie [‡]	3	2	—	3	—	3	3	2	1	3	3	—	—	—
Mélanome	3	2	4	4	2	2	3	1	3	3	3	—	—	—
Femmes														
Tous les cancers	144	156	153	154	145	153	143	148	140	133	130	178	193	386
Poumon [‡]	36	34	42	44	43	40	33	37	36	33	34	45	59	219
Sein	23	27	24	21	21	24	24	22	21	21	19	22	29	—
Côlon et rectum	17	23	26	19	15	19	17	17	15	14	16	26	—	—
Pancréas	8	7	5	10	9	8	7	7	9	8	8	—	—	—
Ovaire	7	8	7	7	7	7	8	7	7	7	7	—	—	—
Lymphomes non hodgkiniens	5	3	8	7	4	5	5	6	6	4	4	—	—	—
Leucémie [‡]	4	2	—	4	5	4	4	5	7	4	4	—	—	—
Estomac	3	8	—	4	3	4	3	4	2	3	2	—	—	—
Encéphale	3	5	4	4	3	4	3	4	4	3	3	—	—	—
Corps de l'utérus	3	2	—	2	3	3	4	2	2	3	2	—	—	—
Myélome multiple [‡]	2	1	—	3	2	2	3	3	2	4	2	—	—	—
Rein [‡]	2	4	6	3	3	3	2	3	3	2	1	—	—	—
Vessie	2	2	—	2	1	2	2	3	2	1	2	—	—	—
Col de l'utérus	2	2	—	3	1	1	2	2	1	2	2	—	—	—
Cavité orale	2	2	—	1	1	1	2	1	1	2	2	—	—	—
Mélanome	1	3	—	1	2	1	2	1	1	2	1	—	—	—

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

* Moyenne de 2001–2005 pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

‡ Les définitions de ces cancers ont changé, voir le tableau A7.

Nota : Les taux sont ajustés selon 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 à Statistique Canada

SOURCES DE DONNÉES ET DÉFINITIONS

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

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans ce rapport portent sur la période de 1981 à 2006. Elles ont été obtenues du RCC (1992–2006)⁹⁸, alors que les données concernant les années antérieures proviennent de son prédécesseur, le Système national de déclaration des cas de cancer, une base de données fixe axée sur les tumeurs répertoriant des cas pouvant remonter jusqu'à 1969.

- ◆ Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada des données devant être versées 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 tient 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 Classification internationale des maladies – Oncologie, troisième édition (CIM-O-3)⁹⁶.

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

Les données réelles sur la mortalité due au cancer portent sur la période de 1981 à 2005. Elles sont tirées de la Base de données sur les décès – Statistique de l'état civil⁹⁹.

- ◆ Les données sur les décès proviennent des registraires de l'état civil provinciaux et territoriaux de l'état civil. Elles sont communiquées régulièrement à Statistique Canada en vue d'être 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 tous les résidents décédés au Canada entre 1950 et 2005.
- ◆ Elle renferme aussi des données sur les résidents canadiens décédés dans certains États américains, le Canada recevant actuellement des données abrégées sur les décès de la part d'une dizaine d'États.
- ◆ La Base de données est tenue 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)⁹⁷.
- ◆ Les décès par cancer sont les décès dont la cause initiale est attribuée à une forme quelconque de cancer par le médecin qui établit le certificat de décès.

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 quinquennaux réalisés entre 1981 et 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 2008¹⁰⁰.
- ◆ Les projections démographiques utilisées pour 2009 et 2010 sont celles qui ont été établies par Statistique Canada et sont fondées sur des hypothèses de croissance moyenne (« scénario 3 »)³, ce qui comprend la croissance démographique naturelle, d'immigration et de migration interne prévue. Le scénario de la croissance moyenne repose sur des hypothèses de fécondité et d'immigration analogues aux tendances observées au cours des dernières années et d'une augmentation modérée de l'espérance de vie.
- ◆ 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.

Tables de mortalité

Les tables de mortalité servent à calculer les taux de survie relative. Les tables de mortalité provinciales selon le sexe sont produites par Statistique Canada.

- ◆ On a fait appel aux données tirées des tables de mortalité de 1990–1992¹⁰¹ pour le suivi des cas en 1992 et en 1993, aux données provenant des tables de mortalité de 1995–1997¹⁰² pour le suivi des cas pour la période de 1994 à 1998 et aux données tirées des tables de mortalité de 2000–2002¹⁰³ pour le suivi des cas pendant la période de 1999 à 2005. Comme on ne disposait pas de tables de mortalité complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard ni pour les territoires, les proportions prévues de cas de survie pour cette province et les territoires ont été calculées à partir de tables abrégées pour le Canada, l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires au moyen d'une méthode proposée par Dickman et ses collaborateurs¹⁰⁴. Dans les cas où il n'était pas possible de procéder de cette manière (c.-à-d. à l'égard des territoires, de 1990 à 1992), on a utilisé les valeurs des tables de mortalité canadiennes complètes. La méthode de Dickman et ses collaborateurs a aussi été utilisée pour étendre les âges 85 à 99 ans dans l'ensemble des tables de mortalité provinciales pour 1990 à 1992.

Définitions de cancer

- ◆ Les cancers sont généralement définis selon les catégories établies dans la CIM-O-3⁹⁶ pour l'incidence et la CIM-10⁹⁷ pour la mortalité, comme l'indique le tableau A9.
- ◆ Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Le tableau A7 fait état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de cette publication.
- ◆ Des sous-catégories plus précises, fondées sur les codes de siège (topographie) et de morphologie de la CIM-O-3, ont été utilisées pour les sections *Tout sur le cancer* consacrées à des cancers en particulier (de l'oesophage et du rein), comme l'indique le tableau A10.

MÉTHODOLOGIE

Taux d'incidence et de mortalité

Après les avoir extraits des registres de mortalité ou d'incidence pertinents, nous avons classé les enregistrements provenant de chaque province ou territoire selon l'année du diagnostic ou du décès, le sexe, la tranche d'âge de cinq ans (0 à 4 ans, 5 à 9 ans, ..., 80 à 84 ans et 85 ans et plus) et selon le siège ou le 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, année, sexe, groupe d'âge, type de cancer.) par les chiffres de population pour la province ou le 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 sont calculés de la même manière pour des groupes d'âge plus étendus (0 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 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*).

Estimation de l'incidence (nouveaux cas) et de la mortalité (décès) pour 2010

Nous avons eu recours à deux méthodes pour estimer les données relatives à l'incidence et à la mortalité : le modèle de Poisson et le calcul de la moyenne sur cinq ans.

Le modèle de Poisson

Le *modèle de régression de Poisson* est la principale méthode utilisée pour estimer le nombre de nouveaux cas et de décès enregistrés en 2010 pour chaque siège ou type de cancer selon le sexe (sauf les nouveaux cas de cancer de la peau autre que le mélanome, voir ci-dessous) signalé dans les tableaux 1.1 et 1.2. Ce modèle repose sur la prémisse que le nombre annuel de nouveaux cas et de décès sont des variables aléatoires de Poisson indépendantes, la valeur moyenne étant, dans chaque cas, égale au produit de la taille annuelle de la population et du taux annuel (réel).

- ◆ Un modèle de Poisson distinct est adapté à chaque province, à chaque sexe et à chaque siège ou type de cancer pour la période de 1986 à 2006 en ce qui concerne l'incidence et pour la période de 1986 à 2005 en ce qui a trait à la mortalité.
- ◆ Pour ce qui est de l'incidence du cancer de la prostate, le modèle de Poisson a été appliqué à partir de 1991 plutôt qu'à compter de 1986, parce que la montée des taux d'incidence de ce cancer, associée à l'introduction du dosage de l'APS comme méthode de dépistage de la maladie à un stade précoce à la fin des années 1980, fait que les estimations fondées sur des tendances observées à plus long terme sont peu fiables.

- ◆ Tous les modèles prévoient un facteur à 18 niveaux pour l'âge (qui correspondent aux 18 tranches d'âge de cinq ans décrites plus haut). L'inclusion des paramètres relatifs aux tendances a été déterminée au moyen de l'algorithme de sélection progressive disponible dans le logiciel S-Plus 2000 (MathSoft Inc., 1999). Nous avons obtenu les estimations pour 2010 en multipliant les taux bruts d'incidence extrapolés par les projections démographiques selon le sexe, l'âge et la province pour la même année.

Calcul de la moyenne sur cinq ans

Le nombre estimatif de nouveaux cas et de décès en 2010 pour chaque siège ou type de cancer repose aussi sur le calcul de la moyenne des données des cinq années les plus récentes. Cette méthode est sans doute plus indiquée à l'égard des cancers où une modification de tendance a été observée récemment (les estimations faites à l'aide du modèle de Poisson laissent à désirer pour ces cancers, car il est fondé sur une tendance à plus long terme), ou lorsque les fréquences sont faibles, de sorte que les estimations fondées sur le modèle de Poisson 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, siège ou type de cancer et province. Nous avons obtenu les estimations en multipliant ces taux par les projections démographiques correspondantes

Sélection des « meilleures » estimations

Nous avons comparé les estimations fondées sur les deux méthodes pour chaque sexe, siège ou type de cancer et région géographique pour tous les âges combinés. Nous avons choisi la « meilleure » estimation dans chaque catégorie de concert avec les registres provinciaux ou territoriaux du cancer, à la lumière des lignes directrices suivantes :

- ◆ L'estimation fondée sur le modèle de Poisson a généralement été privilégiée, surtout à l'égard des cancers où il existait déjà une tendance à long terme. De telles tendances ont été relevées dans le cas des cancers de l'estomac, du larynx, du foie, du col de l'utérus, des testicules et de la thyroïde.
 - Une estimation de la moyenne sur cinq ans a été utilisée pour les territoires et n'est présentée que pour « tous les cancers » en raison des petits nombres.
- ◆ 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 de Poisson était de 4,0 et le taux fondé sur la moyenne sur cinq ans était de 4,5, l'écart relatif serait de $(4,0 - 4,5) \div 4,5$ soit 11,1 %.
- ◆ Les provinces examinent de près les estimations de cas de cancers affichant un écart relatif supérieur à 10 %. De tels cas peuvent révéler des écarts importants par rapport à la tendance à long terme.
- ◆ Les provinces ont été invitées à indiquer la méthode d'estimation qu'elles privilégiaient, en justifiant leur choix. Les arguments généralement invoqués étaient 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 A8.1 et A8.2 indiquent les sièges ou types de cancer qui ont été signalés selon la méthode de la moyenne sur cinq ans pour 2010. Dans ces cas, les taux normalisés selon l'âge pour 2010, présentés dans la présente publication, sont 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 de cancer de la prostate et l'estimation de « tous les cancers moins celui de la prostate », à l'aide du modèle de Poisson.

En ce qui a trait à l'incidence et à la mortalité chez les femmes et à la mortalité chez les hommes, les estimations provinciales de « tous les cancers » sont celles qui sont fondées sur le modèle de Poisson pour tous les cancers combinés. Les estimations de « tous les cancers » dans les territoires sont basées sur le calcul de la moyenne sur cinq ans dans tous les cas.

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). Le nombre de cancers de la peau autres 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 2010 les taux d'incidence selon l'âge et le sexe enregistrés au cours 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 dénombrements de cas de cancer autre que le mélanome selon l'année, le sexe et le groupe d'âge ont été fournis par le registre du cancer du Manitoba pour 1986 à 2007 et par le registre du Nouveau-Brunswick pour 1989 à 2007. Les 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) ont été soumis à des régressions linéaires utilisant une transformation logarithmique, et projetés jusqu'en 2010.
- ◆ On a 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 2010.
- ◆ 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 2010.

Arrondissement aux fins de la déclaration

- ◆ Les estimations de l'incidence et de la mortalité présentées dans le présent rapport ont été arrondies de la façon suivante :
 - au nombre le plus près comportant le chiffre 5 pour les dénombrements de 0 à 99
 - à la dizaine près pour les dénombrements de 100 à 999
 - à la cinquantaine 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 et les tableaux A4 et A6 de l'annexe où ils ont été arrondis au nombre entier le plus près en raison de contraintes d'espace.
- ◆ Les dénombrements ou les taux selon l'âge et selon le sexe sont combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux semblent inexacts. Tout écart de ce type se situe toutefois à l'intérieur des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

Précision des estimations de 2010

On peut obtenir sur demande des estimations de la précision (erreurs-types, coefficients de variation et intervalles de confiance) des dénombrements et des taux relatifs à 2010 en s'adressant à la Division de la surveillance 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 variation annuelle en pourcentage (VAP) pour chaque siège ou type de cancer en ajustant un modèle linéaire fondé sur l'hypothèse que le taux de variation du logarithme des taux annuels d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge est constant. 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 2006 (pour l'incidence) et la période de 1986 à 2005 (pour 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 2002 pour l'incidence et 2001 pour la mortalité.
- ◆ Lorsque nous n'avons détecté aucun point de retournement au cours de la période de 1997 à 2006 (pour l'incidence) ou la période de 1996 à 2005 (pour la mortalité), nous avons calculé la VAP en appliquant à ces périodes un modèle ajusté, comme il est décrit ci-dessus.

- ◆ Lorsque nous avons détecté un point de retournement au cours de ces décennies, nous avons appliqué un modèle linéaire aux années comprises entre le point de retournement et la dernière année pour laquelle on disposait de données. Le tableau 4.5 indique l'année du point de retournement et la VAP pour les années suivant le point de retournement.

Les VAP statistiquement significatives, mais pas les points de retournement, sont soulignées dans les sections *Tout sur le cancer* consacrées à des cancers en particulier (de l'oesophage et du rein).

Rôle des changements au niveau du taux de cancer, de la croissance démographique et de la structure d'âge de la population dans les 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 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 1981 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- ◆ Au-dessus de la ligne inférieure : population totale en 1981 multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1981 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- ◆ Ligne inférieure : nombre observé de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, hommes ou femmes, en 1981.

Survie relative

On détermine le rapport de survie relative à cinq ans en comparant la survie observée dans un groupe de personnes atteintes du cancer et la survie attendue chez les membres de la population générale qui ont le même profil : âge, sexe, province de résidence et période. Il est calculé sous forme de rapport et exprimé en pourcentage.

- ◆ Les décès survenus chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer ont été déterminés par le couplage des données du RCC et de la Base canadienne de données sur l'état civil-Décès et à l'aide d'éléments d'information fournis par les registres provinciaux ou territoriaux du cancer. Lorsque les décès étaient déclarés par un registre provincial mais n'étaient pas confirmés par le processus de couplage des données, nous avons présumé que la personne était décédée à la date indiquée par la province ou le territoire déclarant. Au moment de l'analyse, l'enregistrement des nouveaux cas et le suivi du statut vital s'étendaient jusqu'au 31 décembre 2005.
- ◆ Les estimations ne portent que sur la survie après le diagnostic de la première tumeur primaire. Afin d'identifier les personnes inscrites dans le RCC ayant reçu un diagnostic de cancer avant 1992, nous avons couplé les données du RCC avec celles de son prédécesseur, le SNDCC. Des renseignements supplémentaires du RCC sur les résidents de la province de l'Ontario sont également utilisés.

- ◆ Les analyses ont été fondées sur les personnes âgées de 15 à 99 ans au moment du diagnostic.
- ◆ Les enregistrements étaient exclus lorsque le diagnostic reposait uniquement sur le certificat de décès ou les résultats de l'autopsie.
- ◆ Les analyses de survie s'appuyaient sur un algorithme rédigé par Dickman¹⁰⁵ qui a été légèrement adapté. Les proportions de la survie attendue ont été dérivées des tables complètes de mortalité provinciales selon le sexe produites par Statistique Canada, au moyen de la méthode Ederer II¹⁰⁶.
- ◆ Les analyses de survie ont été réalisées au moyen des méthodes d'analyse par période (2003 à 2005) et d'analyse par cohorte¹⁰⁷. La démarche fondée sur l'analyse par période permet d'obtenir des prévisions à jour de la survie au cancer¹⁰⁸. Lorsqu'on utilise cette méthode, les données de suivi ne sont pas rattachées à une cohorte déterminée de personnes atteintes du cancer. Les estimations de la survie par période reposent sur l'hypothèse que la probabilité conditionnelle de survie des personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période étudiée sera celle qui a été observée le plus récemment. Lorsque la survie s'améliore de manière générale, une estimation fondée sur la période est généralement une prévision prudente de la survie que l'on observera.
- ◆ Afin de donner une idée du niveau d'incertitude statistique lié aux estimations de la survie, nous avons indiqué les intervalles de confiance par rapport aux erreurs-types calculées à l'aide de la méthode de Greenwood¹⁰⁹. En ce qui concerne les estimations de la survie observée, afin d'éviter les limites inférieures de moins de zéro ou les limites supérieures de plus de un, qui sont peu vraisemblables, nous avons établi des intervalles de confiance asymétriques fondés sur la transformation log (-log). Nous avons obtenu les intervalles de confiance du rapport de survie relative en divisant les limites de la survie observée par la proportion correspondante de la survie attendue.
- ◆ Les estimations de la survie normalisées selon l'âge ont été obtenues au moyen de la méthode directe. Autrement dit, les estimations selon l'âge pour un cancer donné ont été pondérées en fonction de la répartition par âge des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 1992 et 2001. Nous avons établi les intervalles de confiance des rapports de survie relative normalisés selon l'âge en multipliant les limites supérieure et inférieure correspondantes de la survie observée normalisée selon l'âge par le rapport entre l'estimation ponctuelle de la survie relative normalisée selon l'âge et l'estimation ponctuelle de la survie observée normalisée selon l'âge.

DONNÉES ET 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 cancer. Cela a entraîné une sous-estimation de l'incidence de certains cancers, car il n'y a pas eu de cas déterminé d'après un certificat de décès seulement. 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.
- ◆ Au Québec, les cas diagnostiqués d'après les certificats de décès seulement n'ont, de façon générale, pas été signalés au RCC, sauf pour la période de 2000 à 2005. En outre, comme le registre dépend des données d'hôpitaux, le nombre de cas de certains cancers est sous-estimé, surtout lorsque les renseignements diagnostiques proviennent surtout des services d'anatomopathologie. La remarque vaut en particulier pour le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie².
- ◆ 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 cancers. Il est difficile d'enregistrer de manière exhaustive ces types de cancer, pourtant répandus, parce qu'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 sur l'estimation de l'« Incidence du cancer de la peau autre que le mélanome ») 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 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 A7), mais une modification importante mérite d'être signalée :
 - Pour la mortalité par cancer du côlon et du rectum, nous avons utilisé les codes 153 et 154 de la Classification internationale des maladies (CIM-9)¹¹⁰ dans les versions du présent document publiées avant 2003, par souci d'uniformité avec les autres publications. Cependant, cette mesure donne une sous-estimation d'environ 10 % de la mortalité par cancer du côlon et du rectum, parce que la plupart des décès enregistrés sous le code 159.0 (tractus intestinal, partie non précisée) de la CIM-9 sont des cas de cancer colorectal. Depuis l'édition de 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les chiffres de la mortalité par cancer colorectal qui figurent dans le présent rapport ne peuvent être comparés directement avec ceux dont font état les rapports antérieurs à 2003.

Survie

Les analyses de survie ne comprennent pas les données sur les cas diagnostiqués au Québec, entre autres parce que la méthode de vérification de la date du diagnostic du cancer utilisée dans cette province diffère de celle utilisée dans les autres registres provinciaux du cancer¹¹¹ et en raison de questions liées à la détermination du statut vital exact des cas.

Tableau A7

Changements de définitions de cancers observés depuis 2004

Incidence du cancer	Mortalité par cancer	Définition en 2004	Changements survenus depuis 2004
Vessie		CIM-O-3, C67, à l'exclusion des cancers in situ	2006 : C67 comprend les cancers in situ sauf pour l'Ontario qui ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie.
Rein	Rein	CIM-O-3/CIM-10 C64–C66, C68	2008 : C64–C65
Poumon	Poumon	CIM-O-3/CIM-10 C33–C34	2006 : C34 2007 : C33–C34 2008 : C34
Ovaire	Ovaire	CIM-O-3/CIM-10 C56, C57.0–C57.4	2006 : C56
	Leucémie	CIM-10 C91–C95	2008 : C91–C95, C90.1
	Foie	CIM-10 C22	2006 : C22.0, C22.2–C22.9 2007 : C22.0, C22.2–C22.7
	Myélome multiple	CIM-10 C88, C90	2007 : C90 2008 : C90.0, C90.2
	Tous les autres cancers et cancers non précisés	CIM-10 C44, C46, C76–C80, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97	2007 : C88 ajouté.

Nota : Selon la CIM-O-3, les données sur l'incidence du cancer de la vessie, du rein, du poumon et des ovaires ne tiennent pas compte des types histologiques 9590–9989 (leucémie, lymphomes et myélome multiple), et 9050–9055 (mésothéliome).

Tableau A8.1

Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux d'incidence selon le siège ou le type de cancer et la région, 2010

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

H — Hommes, F — Femmes

Nota :

- L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson.
- Le modèle de Poisson a été fortement recommandé pour « Tous les cancers », le cancer de l'estomac, du larynx, du col de l'utérus, du testicule, de la thyroïde et du foie.
- Les territoires ne sont pas indiqués, car la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

Tableau A8.2

Utilisation de la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans pour la projection des taux de mortalité selon le siège ou le type de cancer et la province, 2010

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

H — Hommes, F — Femmes

Nota :

- L'estimation par défaut est fondée sur le modèle de régression de Poisson.
- Le modèle de Poisson a été fortement recommandé pour « Tous les cancers », le cancer de l'estomac, du larynx, du col de l'utérus, du testicule, de la thyroïde et du foie.
- Les territoires ne sont pas indiqués, car la méthode fondée sur le calcul de la moyenne sur cinq ans est utilisée pour tous les cancers combinés en raison des petits nombres.

Tableau A9
Définitions de cancer

Cancer	CIM-O-3 Type histologique* (Incidence)	CIM-10 (Mortalité)
Cavité buccale	C00–C14	C00–C14
Oesophage	C15	C15
Estomac	C16	C16
Côlon et rectum	C18–C21, C26.0	C18–C21, C26.0
Foie	C22.0	C22.0, C22.2–C22.7
Pancréas	C25	C25
Larynx	C32	C32
Poumon	C34	C34
Mélanome	C44 (Type 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 in situ)	C67	C67
Rein	C64.9, C65.9	C64–C65
Encéphale	C70–C72	C70–C72
Thyroïde	C73.9	C73
Maladie de Hodgkin*	Type 9650–9667	C81
Lymphomes non hodgkiniens*	Type 9590–9596, 9670–9719, 9727–9729 Type 9823, tous les sièges sauf C42.0.,1.,4 Type 9827, tous les sièges sauf C42.0.,1.,4	C82–C85, C96.3
Myélome multiple*	Type 9731, 9732, 9734	C90.0, C90.2
Leucémie*	Type 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 Type 9823 et 9827, sièges C42.0.,1.,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
Tous les cancers sauf le cancer du poumon	C00–C97 sauf C34	C00–C97 sauf C34

Tableau A9 (suite)

Définitions de cancer

Cancer	CIM-O-3 Type histologique* (Incidence)	CIM-10 (Mortalité)
Tous les autres cancers et les cancers non précisés (groupés seulement dans les tableaux A1 et A2)	Type 9140,9740,9741,9750–9758, 9760–9769, 9950–9962, 9970–9989 C76.0–C76.8 (type 8000–9589) C80.9 (type 8000–9589) C42.0–C42.4 (type 8000–9589) C77.0–C77.9 (type 8000–9589) C44.0–C44.9 sauf type 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 Classification internationale des maladies – Oncologie (2000)⁹⁶. Les chiffres concernent les cancers infiltrants, notamment le cancer in situ de la vessie, mais non les cancers de la peau autres que le mélanome.

Tableau A10

Définitions détaillées de la section 5 et 6

Cancer	CIM-O-3 Siège	CIM-O-3 Morphologie
Oesophage, tous les types*	C15.0–C15.9	Type 8000–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999
Tiers supérieur de l'oesophage	C15.3	Type 8000–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999
Tiers moyen de l'oesophage	C15.4	Type 8000–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999
Tiers inférieur de l'oesophage	C15.5	Type 8000–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999
Topographie non précisée selon les trois critères ci-dessus	C15.0, C15.1–C15.2, C15.8–C15.9	Type 8000–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999
Adénocarcinome, tous	C15.0–C15.9	Type 8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Adénocarcinome, partie inférieure de l'oesophage	C15.2, C15.5	Type 8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Adénocarcinomes, tous les autres	C15.0–C15.1, C15.3–C15.4, C15.6–C15.9	Type 8140–8141, 8143–8145, 8190–8231, 8260–8263, 8310, 8401, 8480–8490, 8550–8551, 8570–8574, 8576
Carcinome squameux	C15.0–C15.9	Type 8050–8078, 8083–8084
Rein (parenchyme rénal), tous les types*	C64.9	Type 8000–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999
Néphrocarcinome	C64.9	Type 8050, 8140, 8260, 8270, 8280–8312, 8316–8320, 8340–8344
Autres types précisés ou non	C64.9	Type 8000–8005, 8006–8009, 8010–8035, 8036–8049, 8085–8119, 8123–8129, 8132–8139, 8141–8259, 8261–8269, 8271–8279, 8313–8315, 8321–8339, 8345–8576, 8577–9049, 9060–9139, 9141–9589, 9990–9999

* À l'exception des hémopathies malignes (lymphomes, leucémies et myélomes; CIM-O-3 Morphologie 9590–9989).

Nota : Par CIM-O-3, on entend la troisième révision de la Classification internationale des maladies – Oncologie (2000)⁹⁶.

ANNEXE III : SUJETS PARTICULIERS EXAMINÉS AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

Au cours des dernières années, les sujets particuliers suivants ont été abordés (les documents peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.cancer.ca/statistiques) :

- 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 qui contribuent au fardeau que représentent l'incidence du cancer et de la mortalité qui y est associée
Nouveau système national de surveillance du cancer pour le 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 internationale
- 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

Âge	Âge de la personne atteinte du cancer au moment du diagnostic ou du décès.
Province et territoire	Province ou territoire où la résidence permanente de la personne était située au moment du diagnostic de cancer ou du décès. Cette province ou ce territoire peut différer du lieu où on a enregistré le nouveau cas de cancer ou le décès par cancer, ou encore, où le traitement a été donné.
CIM-10	Dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ⁹⁷ . Il s'agit d'un système général de classification des maladies et des causes de décès, dont le cancer.
CIM-O-3	Classification internationale des maladies – Oncologie – troisième édition ⁹⁶ . 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 son type morphologique.
ICCC-3	Troisième édition de l' <i>International Classification of Childhood Cancer</i> ¹¹² . Ce système tient compte des différences importantes qui existent entre les types de cancer répandus chez les enfants et chez les adultes, et il est plus utile que la CIM-O-3 pour la déclaration des cancers de l'enfant.
INCIDENCE ET MORTALITÉ	
Incidence (nouveaux cas)	Nombre total de nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans une population donnée au cours d'une période précise. Ce chiffre désigne le nombre de cancers et le non le nombre de personnes; une même 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 au moment où le diagnostic a été posé (p. ex. avant ou pendant la période analysée ou au moment du décès).
Taux d'incidence	Nombre de nouveaux cas de cancer (pour tous les types ou pour un siège ou un type précis) qui surviennent dans une population donnée durant une année, 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 des groupes d'âge en particulier (taux selon l'âge).
Taux de mortalité	On le calcule comme le taux d'incidence, mais en se fondant sur le nombre de décès plutôt que sur le nombre de nouveaux cas.
Taux d'incidence et de mortalité normalisé selon l'âge (TINA, TMNA)	Taux d'incidence ou 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 cas ou 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). L'effet confondant potentiel de l'âge est réduit lorsque l'on compare des taux normalisés selon l'âge qui ont été calculés avec 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.

SURVIE

Proportion de survie observée (PSO)

Portion de personnes atteintes du cancer en vie au cours d'une période donnée (p. ex. cinq ans) après le diagnostic.

Rapport de survie relative (RSR)

Mesure des répercussions du cancer sur l'espérance de vie. Il s'agit d'une estimation du rapport entre la survie observée dans un groupe de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et la survie attendue chez les membres de la population générale, chez qui le cancer étudié semble pratiquement absent et qui présentent les mêmes facteurs influant sur la survie, mis à part le cancer, (p. ex. sexe, âge, lieu de résidence) que les personnes atteintes d'un cancer. Les estimations du rapport de survie relative peuvent dépasser 100 %, ce qui indique que la survie observée des personnes atteintes d'un cancer est meilleure que celle à laquelle on s'attend dans la population générale.

Rapport de survie relative normalisé selon l'âge

Estimation de la survie, tous âges confondus, que l'on aurait observée si la répartition par âge du groupe de personnes atteintes du cancer étudié avait été identique à celle de la population type (c.-à-d. tous les patients chez qui le cancer étudié a été diagnostiqué au Canada entre 1992 et 2001). La normalisation selon l'âge permet de comparer les RSR entre les provinces et les territoires ou d'une période à l'autre, indépendamment des différences dans la répartition par âge des cas de cancer.

AUTRES MESURES

Prévalence (durant une période de durée limitée)

Nombre de cas de cancer nouveaux ou préexistants ou nombre de personnes atteintes d'un cancer dans une population donnée qui sont en vie à une date précise (date de référence). La prévalence durant une période limitée renvoie au nombre de cas ou de personnes qui sont en vie à une certaine date et dont le diagnostic remonte à un nombre d'années donné (dix ans par exemple).

La prévalence fondée sur le nombre de tumeurs indique le nombre de cancers parmi les personnes qui sont en vie à la date de référence. La prévalence fondée sur le nombre de personnes indique le nombre de personnes ayant reçu antérieurement un diagnostic de cancer qui sont en vie à la date de référence.

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

Probabilité pour une personne d'être atteinte d'un cancer ou d'en mourir au cours d'une certaine période, par exemple, pendant toute sa vie ou à un âge et dans un délai précis (p. ex. probabilité à 30 ans d'être atteint d'un cancer au cours des 10 prochaines années). Cette probabilité est habituellement exprimée en pourcentage ou par un ratio (c.-à-d. « une chance sur x »).

On la calcule en appliquant les taux d'incidence et de mortalité actuels à une cohorte hypothétique de personnes qui ne sont pas malades au commencement de l'intervalle d'âge visé.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Nombre estimé d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt « prématurément » d'un cancer. Les APVP peuvent être fondées sur le nombre d'années qui restent avant un âge déterminé ou sur l'âge auquel le décès survient. Dans le présent rapport, l'approche utilisée est fondée sur l'espérance de vie. On calcule les APVP en multipliant le nombre de décès dans chaque groupe d'âge par le nombre attendu d'années de vie qui restent dans ce groupe d'âge. Les décès qui surviennent à un jeune âge comptent davantage que les décès qui se produisent à un âge plus avancé, car l'espérance de vie est alors plus longue.

Population type canadienne en 1991

Groupe d'âge	Population (par 100 000)
< 1	1 428,7
1-4	5 517,7
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

Nota : La distribution de la population canadienne est fondée sur les estimations postcensitaires finales de la population canadienne au 1^{er} juillet 1991 d'après le recensement, rajustée pour le sous-dénombrement lors du recensement. La répartition par âge de la population a été pondérée et normalisée.

Source : Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada

1. Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer*, Toronto, 2009.
2. Brisson J, Major D, Pelletier E. *Évaluation de l'exhaustivité du fichier des tumeurs du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2003.
3. Statistique Canada. 2005. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires*, no 91-520-XIF-2005001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Offert à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2005001-fra.htm>).
4. Kent WD, Hall SF, Isotalo PA, Houlden RL, George RL, Groome PA. *Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease*. *JAMC* 2007;177:1357–1361.
5. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR et al. *Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial*. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1310–1319.
6. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et al. *Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study*. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1320–1328.
7. Powell J, McConkey CC, Gillison EW, Spychal RT. *Continuing rising trend in oesophageal adenocarcinoma*. *Int J Cancer* 2002;102(4):422–427.
8. Armstrong RW, Borman B. *Trends in incidence rates of adenocarcinoma of the oesophagus and gastric cardia in New Zealand, 1978–1992*. *Int J Epidemiol* 1996;25(5):941–947.
9. Lord RV, Law MG, Ward RL, Giles GG, Thomas RJ, Thursfield V. *Rising incidence of oesophageal adenocarcinoma in men in Australia*. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13(4):356–362.
10. Hansen S, Wiig JN, Giercksky KE, Tretli S. *Oesophageal and gastric carcinoma in Norway 1958–1992: Incidence time trend variability according to morphological subtypes and organ subsites*. *Int J Cancer* 1997;71(3):340–344.
11. Sihvo EI, Salminen JT, Ramo OJ, Salo JA. *The epidemiology of oesophageal adenocarcinoma: Has the cancer of gastric cardia an influence on the rising incidence of oesophageal adenocarcinoma?* *Scand J Gastroenterol* 2000;35(10):1082–1086.
12. Vizcaino AP, Moreno V, Lambert R, Parkin DM. *Time trends incidence of both major histologic types of esophageal carcinomas in selected countries, 1973–1995*. *Intl J Cancer* 2002;99(6):860–868.
13. Tuyns AJ. *Oesophageal cancer in France and Switzerland: recent time trends*. *Eur J Cancer Prev* 1992;1:275–278.
14. Falk GW. *Risk factors for esophageal cancer development*. 2009;18(3):469–485.
15. Trivers KF, Sabatino SA, Stewart SL. *Trends in esophageal cancer incidence by histology, United States, 1998–2003*. *Int J Cancer* 2008;123(6):1422–1428.
16. Pohl H, Welch HG. *The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence*. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(2):142–146.
17. Lagergren J. *Adenocarcinoma of oesophagus: What exactly is the size of the problem and who is at risk?* *Gut* 2005;54:11–15.
18. Zhang HY, Spechler SJ, Souza RF. *Oesophageal adenocarcinoma arising in Barrett oesophagus*. *Cancer Lett* 2009;275(2):170–177.
19. Smith KJ, O'Brien SM, Green AC, Webb PM, Whiteman DC. *Current and past smoking significantly increase risk for Barrett's oesophagus*. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7(8):840–848.

20. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF. *Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States*. Cancer 1998;83(10):2049–2053.
21. Tjepkema M. *L'obésité chez les adultes au Canada*, Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, n° 1., Ottawa , Statistique Canada, 2006.
22. Veugeliers PJ, Porter GA, Guernsey DL, Casson AG. *Obesity and lifestyle risk factors for gastroesophageal reflux disease, Barrett esophagus and esophageal adenocarcinoma*. Dis Esophagus 2006;19(5):321–328.
23. Engel LS, Chow WH, Vaughan TL et al. *Population attributable risks of esophageal and gastric cancers*. J Natl Cancer Inst 2003;95(18):1404–1413.
24. Gilmore J. *Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada*, Statistique Canada, 2002., (N° 82F0077XIF au catalogue).
25. Daly JM, Fry WA, Little AG et al. *Esophageal cancer: Results of American College of Surgeons patient care evaluation study*. J Am Coll Surg 2000;190(5):562–573.
26. Brenner H, Francisci S, de Angelis R et al. *Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000–2002*. Eur J Cancer 2009;45(6):1028–1041.
27. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2006, National Cancer Institute. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M. (eds.) [d'après les données du SEER de novembre 2008, affichées sur le site Web du SEER, 2009]. 2009. Bethesda, MD.
28. Wong RKS, Malhaner RA, Zuraw L et al. *Combined modality radiotherapy and chemotherapy in nonsurgical management of localized carcinoma of the esophagus: A practice guideline*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003;55(4):930–942.
29. Levi F, Ferlay J, Galeone C et al. *The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe*. BJU Int 2008;101(8):949–958.
30. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao YP, Xu JQ, Thun MJ. *Cancer Statistics, 2009*. CA-Cancer J Clin 2009;59(4):225–249.
31. Chow WH, Devesa SS. *Contemporary epidemiology of renal cell cancer*. Cancer J 2008;14(5):288–301.
32. Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF. *Rising incidence of renal cell cancer in the United States*. JAMA 1999;281(17):1628–1631.
33. Liu SL, Semenciw R, Morrison H, Schanzer D, Mao Y. *Kidney cancer in Canada: The rapidly increasing incidence of adenocarcinoma in adults and seniors*. Can J Pub Hlth 1997;88(2):99–104.
34. 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.
35. Murai M, Oya M. *Renal cell carcinoma: Etiology, incidence and epidemiology*. Curr Opin Urol 2004;14(4):229–233.
36. Patard JJ. *Incidental renal tumours*. Curr Opin Urol 2009;19(5):454–458.
37. Hu J, Mao Y, White K. *Overweight and obesity in adults and risk of renal cell carcinoma in Canada*. Soz Praventiv Med 2003;48(3):178–185.
38. Pan SY, DesMeules M, Morrison H, Wen SW. *Obesity, high energy intake, lack of physical activity, and the risk of kidney cancer*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(12):2453–2460.
39. Curado FJA, Hernandez PC, Castro RP et al. *New epidemiologic patterns and risk factors in renal cancer*. Actas Urol Esp 2009;33(5):459–467.
40. Lipworth L, Tarone RE, McLaughlin JK. *The epidemiology of renal cell carcinoma*. J Urol 2006;176(6):2353–2358.

41. Hunt JD, van der Hel OL, McMillan GP, Boffetta P, Brennan P. *Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: Meta-analysis of 24 studies*. Int J Cancer 2005;114(1):101–108.
42. Kreiger N, Marrett LD, Dodds L, Hilditch S, Darlington GA. *Riskfactors for renal cell carcinoma: Results of a population-based case-control study*. Cancer Causes Control 1993;4(2):101–110.
43. Theis RP, Grieb SMD, Burr D, Siddiqui T, Asal NR. *Smoking, environmental tobacco smoke, and risk of renal cell cancer: a population-based case-control study*. BMC Cancer 2008;8:387.
44. CIRC. *Overall evaluations of carcinogenicity: An updating of IARC Monographs Volumes 1 to 42*. Centre international de recherche sur le cancer (Organisation mondiale de la santé), 1987.
45. Siemiatycki J, Richardson L, Straif K et al. *Listing occupational carcinogens*. Environ Health Perspect 2004;112(15):1447–1459.
46. Hu J, Mao Y, White K. *Renal cell carcinoma and occupational exposure to chemicals in Canada*. Occup Med 2002;52(3):157–164.
47. Pesch B, Haerting J, Ranft U, Klimpel A, Oelschlagel B, Schill W. *Occupational risk factors for renal cell carcinoma: Agent-specific results from a case-control study in Germany*. Int J Epidemiol 2000;29(6):1014–1024.
48. Brenner H, Francisci S, de Angelis R et al. *Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000–2002*. Eur J Cancer 2009;45(6):1028–1041.
49. Pantuck AJ, Zisman A, Belldegrin AS. *The changing natural history of renal cell carcinoma*. J Urol 2001;166(5):1611–1623.
50. Higginson IJ, Davies E, Tsouros AD. *The end of life: Unknown and unplanned?* Eur J Public Health 2007;17:331–2.
51. Doyle D, Hawk C, Macdonald N (eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York, NY: Oxford University Press, 1998.
52. Institut canadien d’information sur la santé. *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l’Ouest du Canada*, Ottawa, ICIS, 2007.
53. NELS ICE. *End of Life Care in Nova Scotia Surveillance Report*. Network for End of Life Studies (NELS) Interdisciplinary Capacity Enhancement (ICE), Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada. 2008.
54. Barbera L, Sussman J, Viola R, et al. *Factors associated with the end of life health service use in patients dying of cancer*. Healthcare Policy (in press).
55. Barbera L, Paszat L, Chartier C. *Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario*. J Palliat Care 2006;22:12–7.
56. Barbera L, Paszat L, Chartier C. *Death in hospital for cancer patients: An indicator of quality of end-of-life care*. Palliat Med 2005;19:435–6.
57. Grunfeld E, Lethbridge L, Dewar R, et al. *Towards using administrative databases to measure population-based indicators of quality of end-of-life care: Testing the methodology*. Palliat Med 2006;20:769–77.
58. Grunfeld E, Urquhart R, Mykhalovskiy E, et al. *Toward population-based indicators of quality end-of-life care: Testing stakeholder agreement*. Cancer 2008;112:2301–8.
59. Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, et al. *Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993–2000*. Palliat Med 2005;19:513–520.

60. Dumont S, Jacobs P, Fassbender K, et al. *Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: A Canadian perspective*. *Palliat Med* 2009;23(8): 708–717.
61. Burge F, Lawson B, Johnston G, et al. *Primary care continuity and location of death for those with cancer*. *J Palliat Med* 2003;6:911–918.
62. Johnston GM, Burge FI, Boyd CJ, et al. *End-of-life population study methods*. *Can J Public Health* 2001;92:385–386.
63. Johnston GM, Gibbons L, Burge FI, et al. *Identifying potential need for cancer palliation in Nova Scotia*. *JAMC*, 1998;158:1691–1698.
64. Smith TJ, Hillner BE. *Ensuring quality cancer care by the use of clinical practice guidelines and critical pathways*. *J Clin Oncol* 2001;19:2886–97.
65. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Care Use at the End of Life in British Columbia*. Ottawa: ICIS, 2008.
66. Action Cancer Ontario, Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario. *Cancer System Quality Index (CSQI) 2009*. (Offert à l'adresse suivante : <http://csqi.cancercare.on.ca/>), consulté le 9 septembre 2009.
67. Statistique Canada. *Les dix principales causes de décès, Canada, 2004 et 2005*, CANSIM tableau 102–0561.
68. Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide. *De la vie et de la mort : rapport final*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, [n° au catalogue : YC2-351/1-OIF], 1995.
69. Carstairs S. *Nous ne sommes pas au bout de nos peines, des soins de fin de vie de qualité : rapport d'étape*, Ottawa, Santé Canada, Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie; Sénat Canada, 2005.
70. Statistique Canada. *Décès en milieu hospitalier et ailleurs, Canada, provinces et territoires, annuel*, CANSIM (Tableau 102-0509).
71. Burge F, Lawson B, Johnston G. *Trends in the place of death of cancer patients, 1992–1997*. *JAMC*, 2003;168:265–70.
72. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. *Better palliative care for older people*. In: Davies E, Higginson I (eds.). Copenhagen 2004.
73. Heyland DK, Lavery JV, Tranmer JE, et al. *Dying in Canada: Is it an institutionalized, technologically supported experience?* *J Palliat Care* 2000;16 Suppl:S10–16.
74. Gomes B, Higginson IJ. *Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review*. *BMJ* 2006;332:515–21.
75. Wilson DM, Northcott HC, Truman CD, et al. *Location of death in Canada. A comparison of 20th-century hospital and nonhospital locations of death and corresponding population trends*. *Eval Health Prof* 2001;24:385–403.
76. Bruera E, Russell N, Sweeney C, et al. *Place of death and its predictors for local patients registered at a comprehensive cancer center*. *J Clin Oncol* 2002;20:2127–2133.
77. Gallo WT, Baker MJ, Bradley EH. *Factors associated with home versus institutional death among cancer patients in Connecticut*. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:771–777.
78. Higginson IJ, Jarman B, Astin P, et al. *Do social factors affect where patients die: An analysis of 10 years of cancer deaths in England*. *J Public Health Med* 1999;21:22–28.
79. Costantini M, Camoirano E, Madeddu L, et al. *Palliative home care and place of death among cancer patients: A population-based study*. *Palliat Med* 1993;7:323–331.

80. Hunt R, McCaul K. *A population-based study of the coverage of cancer patients by hospice services*. Palliat Med 1996;10:5–12.
81. Earle CC, Park ER, Lai B, et al. *Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data*. J Clin Oncol 2003;21:1133–1138.
82. Action Cancer Ontario. *Improving the Quality of Palliative Care Services for Cancer Patients in Ontario*. Toronto, October 2006.
83. Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, Ottawa, 1998.
84. Will BP, Berthelot JM, Le Petit C, et al. *Estimates of the lifetime costs of breast cancer treatment in Canada*. Eur J Cancer 2000;36:724–735.
85. Butler L, Downe-Wamboldt B, Melanson P, et al. *Prevalence, correlates, and costs of patients with poor adjustment to mixed cancers*. Cancer Nursing 2006;29:9–16.
86. Demeter SJ, Jacobs P, Chmielowiec C, et al. *The cost of lung cancer in Alberta*. Can Respir J, 2007;14:81–86.
87. Grover SA, Coupal L, Zowall H, et al. *The economic burden of prostate cancer in Canada: Forecasts from the Montreal Prostate Cancer Model*. JAMA, 2000;162:987–992.
88. Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M, et al. *Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience*. J Pain Symptom Manage 2009;38:75–80.
89. Hollander MJ. *Costs of end-of-life care: Findings from the province of Saskatchewan*. Health Q 2009;12:50–58.
90. Luo W, R. Lane, K. Stobart et al. « Le coût du traitement médical du cancer chez les enfants et les adolescents du Manitoba, 1990–1995 », *Maladies chroniques au Canada*, 2002, vol. 23: 93–101.
91. Chandler B. *La valeur du travail ménager au Canada, 1992*, Ottawa, n° 13–604-MIB n° 27 au catalogue de Statistique Canada, 1994.
92. Dumont S, Turgeon J, Allard P, et al. *Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers*. J Palliat Med 2006;9:912–921.
93. Guerriere DN, Zagorski B, Fassbender K, et al. *Cost Variations in Ambulatory and Home-Based Palliative Care*. Palliat Med 2010 (e-pub : le 1^{er} avril).
94. Lee RC, Zou D, Demetrick DJ, et al. *Costs associated with diffuse large B-cell lymphoma patient treatment in a Canadian integrated cancer care center*. Value Health 2008;11:221–230.
95. Maroun J, E. Ng, J.-M. Berthelot et al. « Coûts à vie de la prise en charge du cancer du côlon et du cancer rectal au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 2003, vol. 24: 102–113.
96. Fritz A, A. Jack, D. M. Parkin et al. (éds.). *Classification internationale des maladies pour l'oncologie*, troisième édition, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.
97. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, volumes 1 à 3, Genève, 1993.
98. Statistique Canada. 2009. *Incidence du cancer au Canada*, n° 82-231-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Offert à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-231-x/82-231-x2008002-fra.htm>)
99. Statistique Canada. 2009. *Causes de décès*, n° 84-208-X IF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, l'Industrie. (Offert à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-208-x/84-208-x2009001-fra.htm>).

100. Statistique Canada. 2009. *Compendium des estimations démographiques 2008*, CANSIM tableau 051-0001.
101. Millar, W. J. , P. David . *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1990-1992*, n° 84-537 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995.
102. Duchesne, D., P. Tully, B. Thomas et R. Bourbeau. *Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997*, n° 84-537-XIF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2002.
103. Statistique Canada. *Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 2000 à 2002*, n° 84-537-XIF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2006.
104. Dickman PW, Auvinen A, Voutilainen ET, Hakulinen T. *Measuring social class differences in cancer patient survival: Is it necessary to control for social class differences in general population mortality? A Finnish population-based study.* J Epidemiol Community Health 1998;52:727-734.
105. Dickman PW. *Population-based cancer survival analysis.* (Offert à l'adresse suivante : http://www.pauldickman.com/rsmode/sas_colon/. Consulté en janvier 2009).
106. Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates, methodological note 11, End Results Evaluation section*, National Cancer Institute, August 1959.
107. Ellison, L.F., L. Gibbons. « Survie au cancer — prévisions mises à jour d'après l'analyse par période », *Rapports sur la santé*, 2006, vol. 17: 21-34.
108. Ellison LF. *An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry.* Ann Epidemiol 2006; 16:191-196.
109. Greenwood M. *The Errors of Sampling of the Survivorship Table, Volume 33 of Reports on Public Health and Medical Subjects.* London: Her Majesty's Stationery Office, 1926.
110. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies*, neuvième révision, volumes 1 et 2, Genève, 1977.
111. Ellison, L. F., L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada. « Taux relatifs de survie à cinq ans : cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon », *Rapports sur la santé*, 2001, vol. 13 : 25-26.
112. Steliarova-Foucher E, Stiller CA, Lacour B, Kaatsch P. *International classification of childhood cancer, third edition.* Cancer 2005; 103:1457-1467
113. Statistique Canada. 2009. *Statistiques sur la survie au cancer*, n° 82-226-XIF-2009001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie. (Offert à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-226-x/82-226-x2009001-fra.htm>).
114. Le, N.D., L. D. Marrett , D. L. Robson, R. M. Semenciw, D. Turner , S. D. Walter. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, catalogue H49-6/1-1996, 1995.
115. Copeland G, Lake A, Firth R et al. (eds.). *Cancer in North America, 2002-2006.* Volume one: Incidence; Volume two: Mortality. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries, Inc. June 2009.
116. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Ferlay J, Heanue M et al. *Cancer Incidence in Five Continents, Volume IX.* Lyon: IARC Scientific Publication No. 160, International Agency for Research on Cancer, 2007.

Le lecteur peut obtenir des renseignements complémentaires sur la présente publication en consultant d'autres sources, notamment :

- ◆ des rapports de registres provinciaux et territoriaux du cancer;
- ◆ *Incidence du cancer au Canada*⁹⁸, *Statistiques sur la survie au cancer*¹¹³, et *Rapports sur la santé*, de Statistique Canada;
- ◆ *Maladies chroniques au Canada et Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*¹¹⁴, de Santé Canada/l'Agence de la santé publique du Canada;
- ◆ une monographie collective intitulée *Cancer in North America, 2000-2004*¹¹⁵, de la North American Association of Central Cancer Registries;
- ◆ *Cancer Incidence in Five Continents*¹¹⁶, du Centre international de recherche sur le cancer.

Pour obtenir de l'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 et soins), il suffit de s'adresser au **Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer au numéro 1-888-939-3333**. Une liste des bureaux de la Société canadienne du cancer est fournie à la page 130. 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 130.

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

Pour obtenir des détails sur la méthodologie employée dans le présent rapport, communiquez avec la Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9. Tél. 613-952-5176; fax 613-941-2057.

Surveillance du cancer en direct est un outil interactif en ligne visant à faciliter l'accès aux données relatives à la surveillance du cancer (voir l'adresse du site Web de l'Agence de la santé publique du Canada indiquée ci-dessous). Il vous permet de produire des données selon divers paramètres (p. ex. type de cancer, région géographique et période) et modes de présentation (p. ex., tableaux, graphiques et cartes).

Pour obtenir de l'information de Statistique Canada

Des tableaux de statistiques détaillés peuvent être consultés sur le site Web de Statistique Canada indiqué ci-dessous. On peut commander, moyennant certains frais, des tableaux sur mesure en s'adressant à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Service national de renseignements : 1-800-263-1136; Division de la statistique de la santé : 613-951-1746.

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

Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Les demandes de données détaillées sur les provinces ou les territoires peuvent être adressées directement aux registres pertinents. (Voir les coordonnées aux pages 128 et 129.)

On peut obtenir les données continues dans la présente publication ainsi que d'autres renseignements sur les sites suivants :

- ◆ Société canadienne du cancer
www.cancer.ca/statistiques
- ◆ Agence de la santé publique du Canada
www.phac-aspc.gc.ca (section « Surveillance »)
- ◆ Statistique Canada
www.statcan.gc.ca (rechercher « cancer »)

CONSEIL CANADIEN DES REGISTRES DU CANCER

Personnes-ressources aux niveaux fédéral et provincial/territorial

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
Fax : 709-753-0927
www.easternhealth.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

M^{me} Kim Vriends, Directrice
PEI Cancer Registry
PEI Cancer Treatment Centre
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 8T5
Tél. : 902-894-2167
Fax : 902-894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

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. : 902-473-5172
Fax : 902-473-4425
www.cancercare.ns.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

D^r Eshwar Kumar et D^r Réjean Savoie
Co-Chief Executive Officers
New Brunswick Cancer Network
PO Box 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 6G3
Tél. : 506-453-5521
Fax : 506-453-5522
<http://www.gnb.ca/0051/cancer/index-e.asp>

QUÉBEC

Monsieur Michel Beaupré
Fichier des tumeurs du Québec
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Direction générale de la santé publique
1075, Chemin Ste-Foy, 11^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : 418-266-6739
Fax : 418-266-4609
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/tumeurs.nsf/cat?OpenView>

ONTARIO

M^{me} Kamini Milnes
Directrice, Informatique appliquée
au cancer
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. : 416-217-1260
Fax : 416-217-1304
www.cancercare.on.ca

MANITOBA

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

SASKATCHEWAN

M^{me} Heather Stuart
Directrice provinciale, Cancer Registry
Saskatchewan Cancer Agency
Parliament Place
400-2631 28th Avenue
Regina (Saskatchewan) S4S 6X3
Tél. : 306-359-5883
Fax : 306-359-5604
www.saskcancer.ca

ALBERTA

M^{me} Carol Russell
Directrice provinciale
Alberta Cancer Registry
Alberta Health Services – Cancer Care
Cross Cancer Institute
11560 University Avenue
Edmonton (Alberta) T6G 1Z2
Tél. : 780-432-8781
Fax : 780-432-8659
www.albertahealthservices.ca

YUKON

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

M^{me} Sharon Tamaro
Directrice scientifique, BC Cancer
Registry
BC Cancer Agency
Cancer Control Research Unit
675 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 1L3
Tél. : 604-675-8070
Fax : 604-675-8180
www.bccancer.bc.ca

NUNAVUT

D^r Isaac Sobol
Directeur du registre
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Box 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Tél. : 867-975-5774
Fax : 867-975-5755

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

STATISTIQUE CANADA

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

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

Bureau national

10, avenue Alcorn, bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : 416 961-7223
Fax : 416 961-4189
Courriel : ccs@cancer.ca

Pour en savoir plus sur le cancer :
info@cis.cancer.ca
1 888 939-3333

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

325 Manning Rd. N.E., Suite 200
Calgary (Alberta) T2E 2P5
Tél. : 403 205-3966
Fax : 403 205-3979
Courriel : info@cancer.ab.ca

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

565 West 10th Avenue
Vancouver (C.-B.) V5Z 4J4
Sans frais : 1-800-663-2524
Tél. : 604 872-4400
Fax : 604 879-4113
Courriel : inquiries@bc.cancer.ca

Division du Manitoba

193 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B7
Tél. : 204 774-7483
Fax : 204 774-7500
Courriel : info@mb.cancer.ca

Division du Nouveau-Brunswick

P.O. Box 2089
133 Prince William Street, Suite 201
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2L 3T5
Tél. : 506 634-6272
Fax : 506 634-3808
Courriel : ccsnb@nb.cancer.ca

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

P.O. 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
Fax : 709-753-9314
Courriel : ccs@nl.cancer.ca

Division de la Nouvelle-Écosse

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

Division de l'Ontario

55 St. Clair Avenue West, Suite 500
Toronto (Ontario) M4V 2Y7
Tél. : 416 488-5400
Fax : 416 488-2872
Courriel : ontdiv@ontario.cancer.ca

Division de l'Île-du-Prince-Édouard

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

Division du Québec

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

Division de la Saskatchewan

1910 McIntyre Street
Regina (Saskatchewan) S4P 2R3
Tél. : 306 790-5822
Fax : 306 569-2133
Courriel : ccssk@sk.cancer.ca

Vous pouvez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires concernant le contenu du présent rapport nous serviront à préparer les éditions futures. Veuillez remplir le formulaire et nous le retourner à l'adresse suivante :

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

Ce formulaire ainsi que le bon de commande sont aussi offerts à www.cancer.ca/statistiques

1. Veuillez indiquer votre appréciation de l'utilité de chaque section des *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*.

	Pas utile	Un peu utile	Très utile
Faits saillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence du cancer et mortalité par cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité selon la province	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence et mortalité selon l'âge et le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances de l'incidence et de la mortalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout sur le cancer : cancer de l'oesophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout sur le cancer : cancer du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sujet particulier : soins de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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



**Veillez me faire parvenir la prochaine édition de ce rapport (édition de l'an 2011).
En lettres moulées, s.v.p.!**

Nom : _____

Titre : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Image de couverture :

Les Boley ont perdu leur fille aînée, Jodi, d'un cancer alors qu'elle avait sept ans. La disparition de l'enfant, bien qu'insupportable, semble, toutefois, avoir donné de la force à la famille. Cette photo a été prise le jour où toute la famille s'est rasé la tête en signe d'appui à l'organisme *Cops for Cancer*.

Photographe : John Fearnall ©, PhotoSensitive

Des questions sur le cancer?

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

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

DISTRIBUÉ PAR



Société
canadienne
du cancer

Canadian
Cancer
Society



113-286