



information



formation



recherche



coopération
internationale

LA PRÉVALENCE DU CANCER AU QUÉBEC EN 1999

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

LA PRÉVALENCE DU CANCER AU QUÉBEC EN 1999

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION

DÉCEMBRE 2005

AUTEURS

Rabiâ Louchini
Unité Connaissance-surveillance
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Michel Beaupré
Direction de la promotion de la santé et du bien-être
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Clermont Bouchard
Unité Connaissance-surveillance
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Patricia Goggin
Direction Systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ DE RÉVISION

Simone Provencher, M.D., M. Sc., Direction de la santé publique de la Montérégie
Ghislaine Villeneuve, Statistique Canada
Claude Tremblay, M. Sc., Ph. D., Direction de la santé publique de la Montérégie

CONCEPTION DES TABLEAUX ET FIGURES ET MISE EN PAGE

Line Mailloux

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Louchini, R., Beaupré, M., Bouchard, C., Goggin, P. (2005). *La prévalence du cancer au Québec en 1999*. Institut national de santé publique du Québec.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
Marie Pier Roy

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2005-074

DÉPÔT LÉGAL – 4^E TRIMESTRE 2005
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-46111-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 2-550-46112-6 (PDF)

©Institut national de santé publique du Québec (2005)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	III
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIF.....	3
3. MÉTHODOLOGIE.....	5
3.1. INTERPRÉTATION DE LA STATISTIQUE DE PRÉVALENCE	5
3.2. SOURCES DES DONNÉES : DONNÉES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ	6
3.3. CALCUL DE LA PRÉVALENCE.....	6
4. RÉSULTATS.....	7
4.1. PRÉSENTATION DES DONNÉES	7
4.2. PRÉVALENCE DES CANCERS CALCULÉE SUR UNE BASE DE 5, 10 ET 15 ANS SELON LE SEXE.....	7
4.3. PRÉVALENCE DES CANCERS CALCULÉE SUR UNE BASE DE 5 ANS SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE	13
4.4. PRÉVALENCE DES CANCERS CALCULÉE SUR UNE BASE DE 5 ANS SELON L'ÂGE ET LE SEXE.....	16
5. DISCUSSION	21
6. CONCLUSION	25
7. RÉFÉRENCES.....	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5, 10 ou 15 ans, selon le siège et le sexe, Québec, 1999	8
Tableau 2 :	Prévalence relative ajustée de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5, 10 ou 15 ans, selon le siège et le sexe, Québec, 1999	11
Tableau 3 :	Prévalence relative de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5, 10 ou 15 ans, selon le siège et le sexe, Québec, 1999	12
Tableau 4 :	Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon la région sociosanitaire et le sexe Québec, 1999	14
Tableau 5 :	Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1999	17

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition des cas prévalents de cancer selon les principaux sièges de cancer au Québec en 1999	9
Figure 2 :	Prévalence relative ajustée de cancer calculée sur une base de 5 ans, selon la région sociosanitaire et le sexe, Québec, 1999	15
Figure 3 :	Prévalence relative de cancer calculée sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1999	18

1. INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, le cancer constitue la principale cause de mortalité au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2003). Par contre, le taux standardisé de mortalité due au cancer, tout comme la plupart des autres causes de mortalité, est en continuelle diminution depuis le début des années 90 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) pendant que l'espérance de vie à la naissance de la population québécoise a augmenté au cours des dernières décennies.

Étant donné que le nombre de personnes âgées augmente sans cesse et que le risque de cancer s'accroît avec l'âge, l'incidence du cancer s'accroît en parallèle. De plus, en raison de diagnostics posés plus précocement et de traitements plus efficaces, la survie des personnes atteintes de cancer tend à s'allonger, ce qui devrait maintenir une demande de soins élevée pour le suivi de ces personnes.

Il existe plusieurs indicateurs pour alimenter la surveillance du cancer et mesurer le fardeau qu'il représente pour la société. Les plus connus sont le nombre de nouveaux cas qui se déclarent annuellement (incidence), la mortalité, la survie relative, les années potentielles de vie perdues, ou encore le nombre de personnes encore vivantes ayant reçu un diagnostic de cancer au cours d'une période de 5, 10 ou 15 années, soit la prévalence (Institut national du cancer des États-unis, 2004). La statistique de prévalence du cancer est utile pour estimer le fardeau sur le système de santé attribuable surtout aux traitements requis (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, traitements de soutien), au suivi afin de déceler les récurrences, et à l'altération de la santé qui peut être permanente suite à un cancer.

Jusqu'à maintenant, sans suivi actif des nouveaux cas déclarés chaque année, il était impossible de mesurer la prévalence du cancer dans la population québécoise. Cependant, suite au jumelage entre le Fichier des tumeurs et le fichier des décès réalisé récemment pour le calcul des tables de survie, il est maintenant possible de le faire.

Ce document constitue une analyse descriptive sommaire de la prévalence calculée sur une base de 5, 10 et 15 ans pour les principaux sièges de cancer selon l'âge et le sexe en 1999.

2. OBJECTIF

L'objectif principal de ce rapport sur la prévalence du cancer est d'estimer le fardeau, en termes du nombre de cas de cancer qui pouvaient nécessiter des soins, au Québec, en 1999.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Calculer, sur une base de 5, 10 et 15 ans, le nombre de cas prévalents et la prévalence relative ajustée pour l'âge selon le siège de cancer.
- Calculer, sur une base de 5 ans, le nombre de cas prévalents et la prévalence relative ajustée pour l'âge selon la région sociosanitaire et le siège de cancer.
- Calculer, sur une base de 5 ans, le nombre de cas prévalents et la prévalence relative selon le groupe d'âge et le siège de cancer.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Interprétation de la statistique de prévalence

Une personne peut être atteinte de plus d'un cancer primaire dans sa vie. Par exemple, un premier cancer déclaré dans la quarantaine pourra être suivi d'un autre, vingt ans plus tard, à un siège ou un organe différent. La prévalence du cancer peut donc être calculée de deux façons (Capocaccia et al. 2002) : le nombre de personnes atteintes ou le nombre de cas diagnostiqués dans une population donnée.

Si la prévalence se rapporte au nombre de personnes, seul le premier cancer primaire à survenir chez un individu est considéré. Si la prévalence se rapporte au nombre de cas de cancer, tous les cancers primaires à survenir chez un individu sont à considérer. Ce dernier relevé est plus pertinent pour évaluer les soins requis par la population atteinte. La différence entre les deux mesures peut être substantielle, particulièrement chez les personnes âgées. Ainsi, parmi les 362 179 personnes déclarées au Fichier des tumeurs entre 1984 et 1998, 8 002 ont été atteintes de plus d'un cancer primaire, soit un total de 20 530 cas sur une période de 10 ans. Nous avons retenu pour l'analyse, le nombre de cas de cancer.

La prévalence peut être déterminée pour un nombre plus ou moins grand d'années suivant le diagnostic (5 ans, 10 ans, 15 ans) sans tenir compte si la personne atteinte est encore sous traitement ou si elle est guérie. La prévalence à long terme a une portée plus limitée. En effet, plusieurs survivants à long terme sont essentiellement « guéris » et ne représentent plus un fardeau pour les services de santé. C'est pourquoi il faut interpréter différemment la statistique de prévalence selon la période considérée (Micheli et al. 2002). Il est ainsi possible d'identifier deux grandes catégories de prévalence, qui offrent chacune une perspective différente en termes d'allocation des ressources. Ces deux catégories sont :

- La prévalence à court terme (5 ans) qui regroupe, en très grande majorité, les cas dont le diagnostic est récent, en phase des traitements primaires et nécessitant une surveillance intense, ou en phase terminale.
- La prévalence à long terme (10 ou 15 ans) qui ajoute aux cas de la prévalence à court terme les cas chez des personnes considérées guéries de leur cancer, des personnes qui ont des récurrences, et les autres dont le statut est indéterminé.

3.2. Sources des données : données d'incidence et de mortalité

Les données sur l'incidence des cas de cancer diagnostiqués au Québec entre 1984 et 1999 inclusivement proviennent du Fichier des tumeurs du Québec. Il faut rappeler que le Fichier des tumeurs du Québec est constitué par les dossiers d'hospitalisation et de traitement dans les unités de soins d'un jour des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. La date du diagnostic inscrite au Fichier des tumeurs du Québec est la première mention d'un diagnostic de cancer lors d'une hospitalisation (date du congé de l'hôpital) ou lors d'une admission à une unité de soins d'un jour.

Pour déterminer le statut vital (vivant ou décédé) d'une personne atteinte d'un cancer et déclarée au Fichier des tumeurs du Québec, le dossier d'incidence est jumelé avec le fichier des décès du Québec, de 1985 à 1999. Le jumelage entre ces deux fichiers est décrit dans le rapport intitulé « *La survie au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec en 1992* » (Louchini, 2002), à la section traitant de la qualité des données utilisées.

3.3. Calcul de la prévalence

La prévalence a été estimée en utilisant les données d'incidence et les données de mortalité (ou de survie) pour la période de 1985 à 1999. Le calcul de la prévalence se base sur deux importantes statistiques : l'incidence et le risque de décès chez les personnes atteintes de cancer.

Le nombre de cas prévalents a été calculé selon la méthode directe (Feldman et *al.* 1986; Gail et *al.* 1999). Il consiste à compter tous les cas incidents qui sont encore vivants à un moment donné. Autrement dit, la prévalence est la somme des cas incidents durant une période donnée avec le décompte des personnes décédées.

Dans les présentes analyses, la prévalence ayant été établie selon le nombre de cas de cancer et non selon le nombre de personnes atteintes, tous les cancers primaires ont été considérés.

La prévalence a été calculée selon trois périodes, soit 15, 10 et 5 ans. Pour calculer la prévalence sur une base de 15, 10 et 5 ans en 1999, le compte des cas commence respectivement en 1985, 1990 et 1995. Pour ce qui est des comparaisons entre les régions et les groupes d'âge, seule la prévalence calculée sur une base de 5 ans a été retenue.

L'âge présenté est celui atteint en 1999. Par exemple, en 1999, l'âge d'une personne diagnostiquée avec un cancer du poumon à l'âge de 44 ans en 1994 est de 49 ans. Les codes de sièges de cancer présentés sont ceux de la neuvième classification internationale des maladies.

Trois indicateurs ont été calculés : le nombre de cas prévalents qui est le nombre de cas dans la population vivant avec un cancer, la prévalence relative qui est un rapport du nombre de cas prévalents et de la population de la même période, et enfin, la prévalence relative ajustée qui est la prévalence normalisée selon la structure d'âge d'une population de référence afin de permettre les comparaisons. La population du Canada, sexes réunis, de 1991 est utilisée comme population de référence.

4. RÉSULTATS

4.1. Présentation des données

Les données sur la prévalence du cancer au Québec en 1999 sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques selon le siège du cancer, la région de résidence, le sexe, le groupe d'âge et la période de temps suivant le moment du diagnostic. Les données régionales sont présentées selon les régions sociosanitaires du Québec, à l'exception des régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, en raison du nombre peu élevé de cancers dans ces régions. Les données sont ensuite ventilées selon 10 grands regroupements de cancer et selon les sièges de cancer les plus fréquents.

4.2. Prévalence des cancers calculée sur une base de 5, 10 et 15 ans selon le sexe

Au Québec, le nombre de cas prévalents de cancers diagnostiqués au cours des années 1995 à 1999 est de 97 615, dont 46 333 chez les hommes et 51 282 chez les femmes. Pour une période de 10 ans se terminant en 1999, le nombre de cas survivants s'élève à 153 682, dont 71 726 chez les hommes et 81 956 chez les femmes. Enfin, parmi tous les cancers diagnostiqués au Québec pour les quinze années entre 1985 et 1999, le nombre de cas survivants s'établit à 190 178, dont 86 368 chez les hommes et 103 810 chez les femmes (tableau 1).

Chez les femmes, le nombre de cancers du sein compte pour plus du tiers des cas prévalents (38 % pour la période de 5 ans), et cette proportion demeure presque constante pour les périodes 10 ans et 15 ans. Les cancers des organes génitaux suivent avec 14 % des cas à 5 ans et 15 % des cas à 10 ans et 15 ans. Les cancers colorectaux viennent au troisième rang avec un pourcentage de 13 % des cas qui demeure constant à 5, 10 et 15 ans suivant le diagnostic (figure 1).

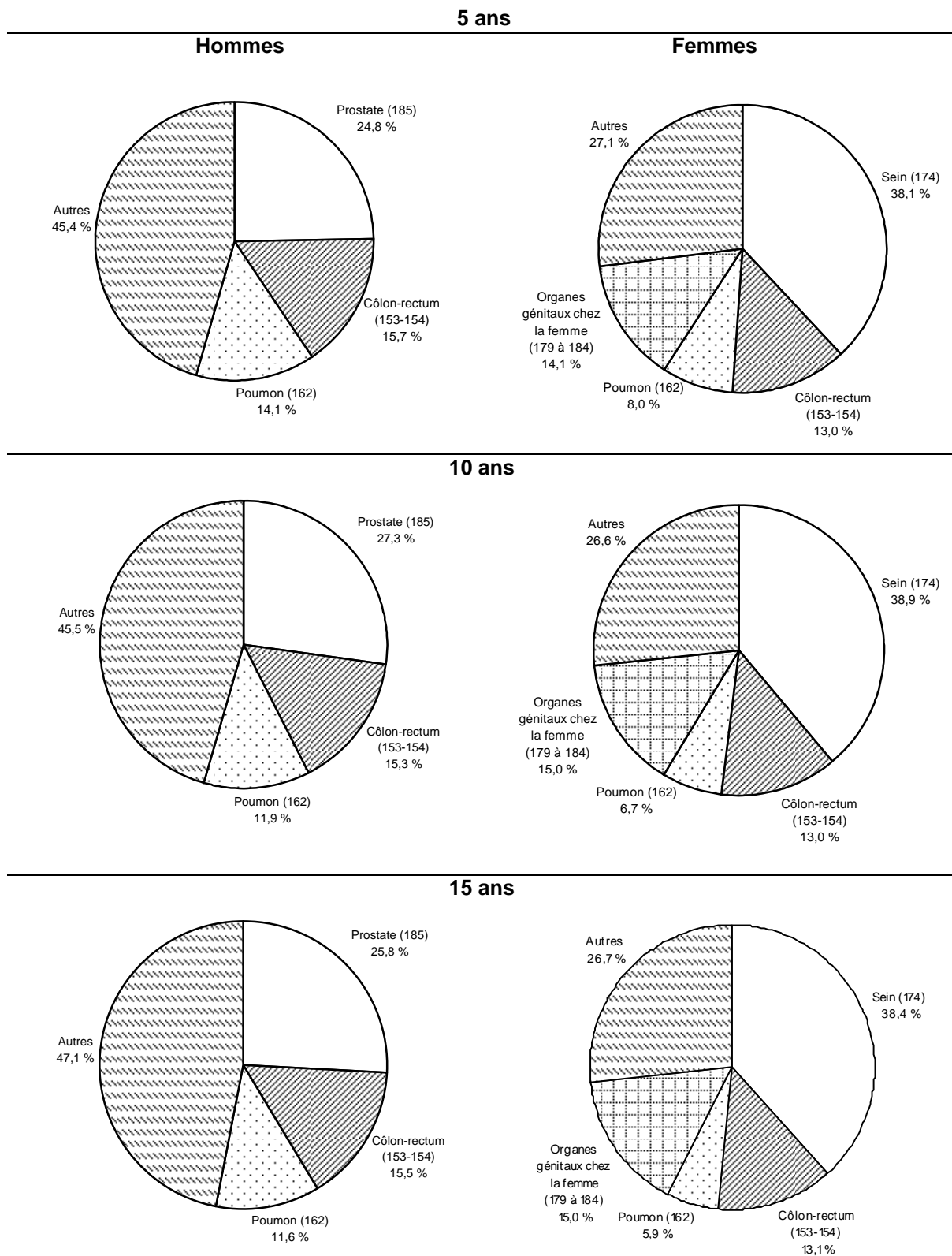
Chez les hommes, c'est le cancer de la prostate qui vient en tête avec 25 % des cas, suivi du cancer colorectal à 16 % et du poumon à 14 %. Ces pourcentages varient peu selon les périodes de prévalence, sauf pour le cancer du poumon qui ne compte plus que pour 12 % de la prévalence chez les hommes à 10 ans et 15 ans suivant le diagnostic (figure 1). Bien que le cancer du poumon soit le principal siège de cancer déclaré au Fichier des tumeurs du Québec pour les hommes, il se retrouve au troisième rang en termes de prévalence en raison de la faible survie qui y est associée.

Tableau 1 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5, 10 ou 15 ans, selon le siège et le sexe, Québec, 1999

Siège de cancer	Nombre de cas prévalents								
	depuis 1995 (5 ans)			depuis 1990 (10 ans)			depuis 1985 (15 ans)		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Cavité buccale et pharynx (140 à 149)	1 590	722	2 312	2 527	1 172	3 699	3 237	1 526	4 763
Appareil digestif (150 à 159)	10 190	8 894	19 084	14 721	13 600	28 321	17 844	17 270	35 114
Estomac (151)	1 019	658	1 677	1 421	943	2 364	1 761	1 225	2 986
Côlon-rectum (153-154)	7 266	6 686	13 952	10 957	10 644	21 601	13 381	13 639	27 020
Pancréas (157)	645	612	1 257	759	742	1 501	869	867	1 736
Appareil respiratoire (160 à 165)	8 183	4 603	12 786	11 207	6 288	17 495	13 440	7 271	20 711
Poumon (162)	6 532	4 122	10 654	8 560	5 455	14 015	10 037	6 159	16 196
Os, tissu conjonctif et mélanome malin de la peau (170 à 172)	1 373	1 390	2 763	2 176	2 383	4 559	2 754	3 145	5 899
Sein (174)		19 542			31 899			39 902	
Organes génitaux (179 à 187)	12 303	7 053	19 356	21 111	12 143	33 254	24 287	16 382	40 669
Col de l'utérus (180)		1 257			2 346			3 436	
Corps de l'utérus (182)		3 201			5 738			7 769	
Ovaire (183)		2 013			3 085			3 817	
Prostate (185)	11 482			19 593			22 287		
Organes urinaires (188-189)	6 524	2 868	9 392	10 591	4 725	15 316	13 152	6 065	19 217
Vessie (188)	4 626	1 582	6 208	7 617	2 655	10 272	9 470	3 401	12 871
Rein (189)	1 898	1 286	3 184	2 974	2 070	5 044	3 682	2 664	6 346
Cerveau et système nerveux central (191-192)	749	623	1 372	1 112	952	2 064	1 381	1 201	2 582
Glandes endocrines (193-194)	516	1 416	1 932	846	2 366	3 212	1 069	2 984	4 053
Autres tissus hématopoïétiques et lymphatiques (200 à 203)	3 295	2 925	6 220	5 037	4 538	9 575	6 259	5 710	11 969
Leucémies (204 à 208)	1 357	1 110	2 467	1 966	1 649	3 615	2 399	2 042	4 441
Tous les sièges (140 à 208)*	46 333	51 282	97 615	71 726	81 956	153 682	86 368	103 810	190 178

* Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (173) et les sièges non définis (196 à 199).

Figure 1 : Répartition des cas prévalents de cancer selon les principaux sièges de cancer au Québec en 1999



Les tableaux 2 et 3 présentent la prévalence relative de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5, 10 ou 15 ans selon le siège et le sexe au Québec en 1999.

Globalement, le constat principal qui se dégage du tableau 2, est le fait que la prévalence relative ajustée pour 100 000 personnes est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes (à l'exception des glandes endocrines) même si le nombre total de cas prévalents relevé au tableau 1 est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et ce, pour toutes les périodes de temps observées (5, 10, 15 ans). Deux facteurs expliquent cette situation : d'une part le cancer survient à un âge relativement plus précoce chez la femme surtout à cause des cancers des organes génitaux et du sein et, d'autre part, la population masculine est inférieure en nombre à la population féminine dans les groupes d'âge plus avancé où surviennent en majorité les cancers.

Pour mettre ces données de prévalence en perspective, il est possible de représenter ces nombres en pourcentage de la population québécoise totale en 1999, estimée à 3 624 563 hommes et à 3 720 832 femmes. Ainsi, en 1999, une proportion de 1,3 % de la population masculine et 1,3 % de la population féminine avait reçu un diagnostic de cancer au cours des cinq dernières années et était encore vivante en 1999. Ces pourcentages sont respectivement de 2,0 % chez les hommes et 2,2 % chez les femmes si on prend la période de 10 ans, et enfin, 2,4 % de la population masculine et 2,8 % de la population féminine si le calcul est établi depuis 15 ans.

De façon générale, pour les sièges ou les groupes de sièges communs aux deux sexes, la prévalence relative ajustée pour l'âge est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, soit un écart qui atteint jusqu'à 0,13 points de pourcentage pour les cancers de l'appareil respiratoire. Selon le siège, les écarts les plus grands se retrouvent pour la vessie, puis pour le poumon tant à 5, 10 qu'à 15 ans (tableau 2).

Chez les femmes, la prévalence relative ajustée pour l'âge en 1999 est la plus élevée pour le cancer du sein, et ce, pour les trois périodes de calcul de prévalence (5, 10 et 15 ans). Environ 0,53 % des femmes au Québec nécessitent des soins de façon active (prévalence calculée sur une base de 5 ans) uniquement pour le cancer du sein et 0,24 % pour les cancers de l'appareil digestif, dont le cancer colorectal qui à lui seul représente 0,18 %.

Pour les hommes, le cancer de la prostate est celui le plus prévalent. Environ 0,32 % des hommes vivent avec un cancer de la prostate déclaré au cours des 5 dernières années. Ce pourcentage grimpe à 0,54 et 0,62 % pour la prévalence relative ajustée à 10 et 15 ans. Comme le montrent ces chiffres, la prévalence a presque doublé entre 5 et 15 ans pour le cancer de la prostate. À l'inverse, la prévalence pour le cancer du poumon n'a augmenté que de 53 % entre 5 et 15 ans.

Tableau 2 : Prévalence relative ajustée de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5, 10 ou 15 ans, selon le siège et le sexe, Québec, 1999

Siège de cancer	Prévalence relative ajustée en 1999 pour 100 000 personnes								
	depuis 1995 (5 ans)			depuis 1990 (10 ans)			depuis 1985 (15 ans)		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Cavité buccale et pharynx (140 à 149)	42,0	16,1	27,7	68,1	26,1	44,5	88,9	33,7	57,4
Appareil digestif (150 à 159)	287,7	186,1	229,7	421,5	282,6	341,0	518,6	355,3	422,5
Estomac (151)	29,0	13,7	20,2	41,0	19,4	28,4	51,6	24,8	35,8
Côlon-rectum (153-154)	205,2	139,9	167,8	314,5	220,9	259,9	389,8	280,5	325,0
Pancréas (157)	18,3	12,8	15,2	21,6	15,4	18,1	25,1	17,8	20,9
Appareil respiratoire (160 à 165)	227,4	101,4	154,6	313,7	137,9	211,7	381,4	158,8	250,8
Poumon (162)	182,2	90,6	128,7	240,8	119,3	169,3	286,5	134,0	195,7
Os, tissu conjonctif et mélanome malin de la peau (170 à 172)	36,7	32,9	34,3	58,3	56,0	56,4	73,9	73,5	72,8
Sein (174)		427,9			692,5			860,8	
Organes génitaux (179 à 187)	358,1	158,8	238,2	625,4	271,4	408,2	730,0	362,2	497,1
Col de l'utérus (180)		30,5			55,5			79,3	
Corps de l'utérus (182)		70,0			124,7			167,2	
Ovaire (183)		45,6			70,2			86,6	
Prostate (185)	334,4			582,9			675,0		
Organes urinaires (188-189)	183,1	61,7	113,2	301,2	101,0	184,7	378,3	129,2	231,8
Vessie (188)	131,4	33,5	74,8	219,5	55,9	123,8	276,0	71,1	155,1
Rein (189)	51,7	28,1	38,4	81,7	45,1	60,9	102,4	58,1	76,7
Cerveau et système nerveux central (191-192)	20,2	15,5	17,8	30,1	24,1	26,9	37,5	30,2	33,7
Glandes endocrines (193-194)	13,9	35,8	24,9	22,6	59,1	41,0	28,5	73,6	51,4
Autres tissus hématopoïétiques et lymphatiques (200 à 203)	89,3	66,7	77,0	136,2	104,6	119,3	169,7	131,1	149,2
Leucémies (204 à 208)	39,4	25,6	31,3	57,2	38,6	46,3	70,1	48,1	57,2
Tous les sièges (140 à 208)*	1 304,9	1 131,6	1 183,9	2 046,5	1 799,5	1 864,3	2 492,4	2 263,8	2 305,8

* Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (173) et les sièges non définis (196 à 199).

Tableau 3 : Prévalence relative de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5, 10 ou 15 ans, selon le siège et le sexe, Québec, 1999

Siège de cancer	Prévalence relative en 1999 pour 100 000 personnes								
	depuis 1995 (5 ans)			depuis 1990 (10 ans)			depuis 1985 (15 ans)		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Cavité buccale et pharynx (140 à 149)	43,9	19,4	31,5	69,7	31,5	50,4	89,3	41,0	64,8
Appareil digestif (150 à 159)	281,1	239,0	259,8	406,1	365,5	385,6	492,3	464,1	478,0
Estomac (151)	28,1	17,7		39,2	25,3		48,6	32,9	
Côlon-rectum (153-154)	200,5	179,7	189,9	302,3	286,1	294,1	369,2	366,6	367,8
Pancréas (157)	17,8	16,4		20,9	19,9		24,0	23,3	
Appareil respiratoire (160 à 165)	225,8	123,7		309,2	169,0		370,8	195,4	
Poumon (162)	180,2	110,8		236,2	146,6		276,9	165,5	
Os, tissu conjonctif et mélanome malin de la peau (170 à 172)	37,9	37,4	37,6	60,0	64,0	62,1	76,0	84,5	80,3
Sein (174)		525,2		0,0	857,3		0,0	1 072,4	
Organes génitaux (179 à 187)	339,4	189,6	263,5	582,4	326,4	452,7	670,1	440,3	553,7
Col de l'utérus (180)		33,8			63,1			92,3	
Corps de l'utérus (182)		86,0			154,2			208,8	
Ovaire (183)		54,1			82,9			102,6	
Prostate (185)	316,8			540,6			614,9		
Organes urinaires (188-189)	180,0	77,1	127,9	292,2	127,0	208,5	362,9	163,0	261,6
Vessie (188)	127,6	42,5		210,1	71,4		261,3	91,4	
Rein (189)	52,4	34,6		82,1	55,6		101,6	71,6	
Cerveau et système nerveux central (191-192)	20,7	16,7	18,7	30,7	25,6	28,1	38,1	32,3	35,2
Glandes endocrines (193-194)	14,2	38,1	26,3	23,3	63,6	43,7	29,5	80,2	55,2
Autres tissus hématopoïétiques et lymphatiques (200 à 203)	90,9	78,6	84,7	139,0	122,0	130,4	172,7	153,5	162,9
Leucémies (204 à 208)	37,4	29,8	33,6	54,2	44,3	49,2	66,2	54,9	60,5
Tous les sièges (140 à 208)*	1 278,3	1 378,2	1 328,9	1 978,9	2 202,6	2 092,2	2 382,9	2 790,0	2 589,1

* Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (173) et les sièges non définis (196 à 199).

4.3. Prévalence des cancers calculée sur une base de 5 ans selon la région sociosanitaire

La prévalence du cancer selon la région sociosanitaire de résidence pour les principaux sièges de cancer est présentée dans le tableau 4 pour une période de 5 ans, soit les cas diagnostiqués entre 1995 et 1999. Il n'est pas surprenant de constater que le nombre de cas prévalents est proportionnel à la taille de la population des régions. Par exemple, parmi les 97 615 cas prévalents de cancer sur une base de 5 ans dénombrés en 1999, 26 068 proviennent de la région de Montréal-Centre, soit près de 27 % des cas, alors que la région de Montréal-Centre regroupe environ 26 % de la population du Québec.

Par ailleurs, la prévalence relative ajustée, illustrée par la figure 2, permet de comparer directement entre eux autant les sièges de cancer que les régions. Ainsi, la région de la Côte-Nord se démarque nettement avec les taux les plus élevés au Québec de prévalence du cancer du poumon, tant chez les hommes que chez les femmes. Le même constat vaut pour le cancer colorectal, bien que les valeurs soient plus près de la moyenne québécoise. À l'opposé, la Côte-Nord présente la plus faible prévalence du cancer de la prostate au Québec. Il faut également mentionner la prévalence élevée du cancer de la vessie dans la région du Saguenay—Lac St-Jean, possiblement liée à l'industrie de l'aluminium (Tremblay et coll. 2000).

Tableau 4 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon la région sociosanitaire et le sexe Québec, 1999

Région sociosanitaire	calculé sur une base de 5 ans					
	Côlon-rectum (153-154)	Poumon (162)	Prostate (185)	Vessie (188)	Reins et autres organes urinaires (189)	Tous les sièges*
Hommes						
01- Bas-Saint-Laurent	229	242	350	111	57	1 441
02- Saguenay—Lac-Saint-Jean	317	318	397	199	73	1 851
03- Québec	652	597	887	430	167	3 992
04- Mauricie et Centre-du-Québec	527	499	962	323	133	3 403
05- Estrie	292	286	493	180	68	1 900
06- Montréal-Centre	1 841	1 434	2 942	1 252	469	11 672
07- Outaouais**	278	261	377	162	71	1 668
08- Abitibi-Témiscamingue	150	127	216	78	25	869
09- Côte-Nord	110	116	118	59	35	676
11- Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	115	137	190	72	50	852
12- Chaudière-Appalaches	387	357	549	227	87	2 340
13- Laval	332	280	547	226	82	2 110
14- Lanaudière	294	372	528	232	110	2 283
15- Laurentides	434	420	783	291	129	2 887
16- Montérégie	1 222	1 003	1 971	736	314	7 659
Total	7 266	6 532	11 482	4 626	1 898	46 333

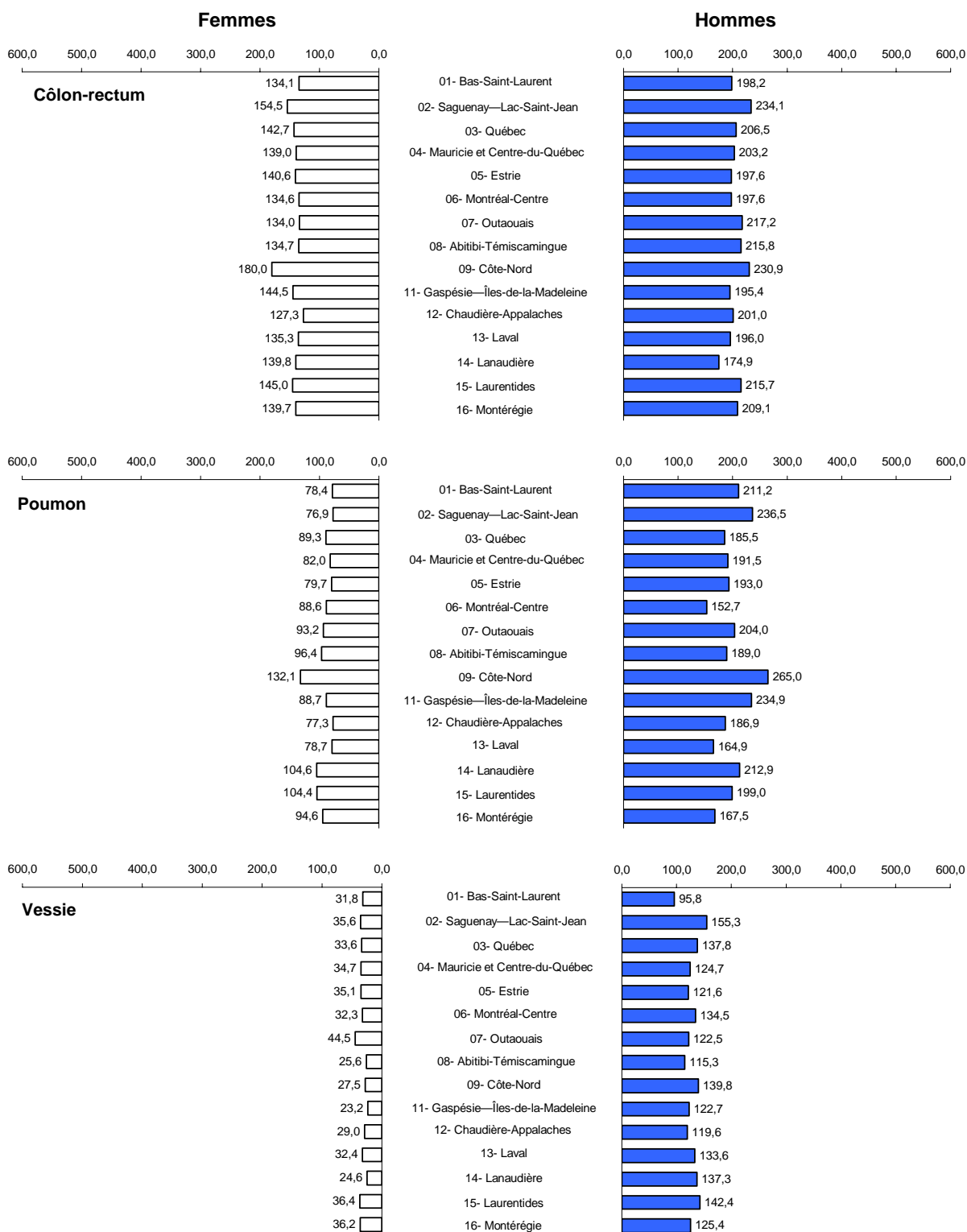
Région sociosanitaire	calculé sur une base de 5 ans					
	Côlon-rectum (153-154)	Poumon (162)	Sein chez la femme (174)	Corps de l'utérus (182)	Vessie (188)	Tous les sièges*
Femmes						
01- Bas-Saint-Laurent	198	104	656	100	45	1 561
02- Saguenay—Lac-Saint-Jean	262	130	858	144	61	2 056
03- Québec	657	383	1 925	301	154	4 919
04- Mauricie et Centre-du-Québec	487	266	1 236	189	119	3 452
05- Estrie	288	148	660	140	66	1 934
06- Montréal-Centre	1 900	1 136	5 396	976	447	14 396
07- Outaouais**	215	152	656	81	73	1 650
08- Abitibi-Témiscamingue	108	78	345	48	21	892
09- Côte-Nord	88	62	221	28	13	629
11- Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	103	59	287	48	16	778
12- Chaudière-Appalaches	315	180	1 015	155	71	2 473
13- Laval	294	172	935	149	70	2 339
14- Lanaudière	286	222	844	143	51	2 259
15- Laurentides	356	260	1 169	160	90	2 952
16- Montérégie	1 058	709	3 147	514	271	8 312
Total	6 686	4 122	19 542	1 257	1 582	51 282

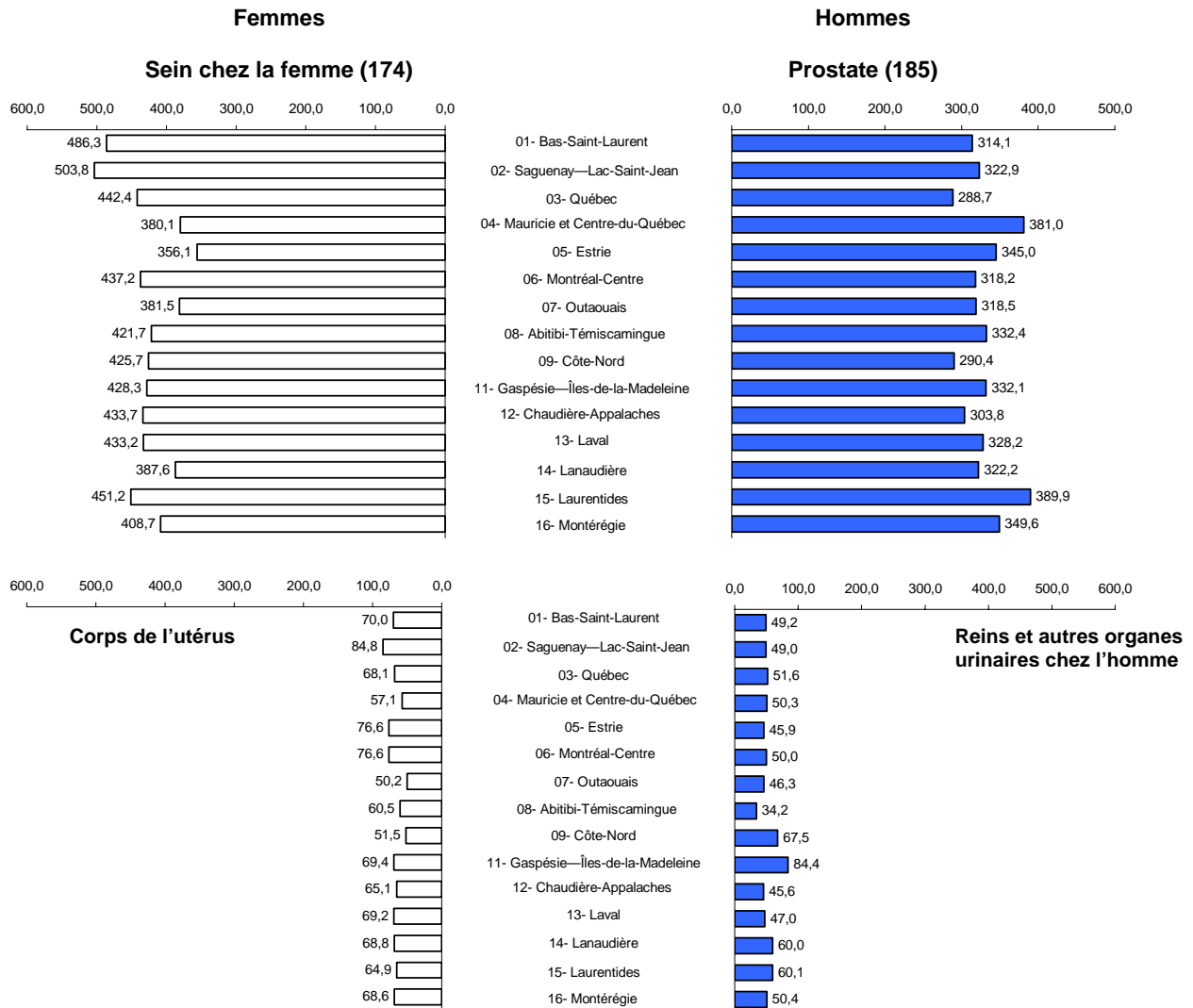
* Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (CIM-9 173) et les sièges non définis (CIM-9 196 à 199).

** Le sous-dénombrement de l'incidence du cancer en Outaouais induit par l'intégration incomplète des cas pour les résidents de l'Outaouais traités exclusivement en Ontario pour des cancers était de l'ordre de 30 % durant la période 1987-1989. Le degré de sous-dénombrement variait selon le siège de cancer. Le nombre total de personnes traitées en Ontario a diminué depuis le début des années 1990, mais on estime que le sous-dénombrement des nouveaux cas de cancer en Outaouais est encore d'au moins 20 % actuellement (Direction de la santé publique de l'Outaouais). Il est plausible de présumer que la prévalence du cancer dans la région de l'Outaouais sera touchée dans le même ordre de grandeur.

Source : Fichier des tumeurs du Québec.

Figure 2 : Prévalence relative ajustée de cancer calculée sur une base de 5 ans, selon la région sociosanitaire et le sexe, Québec, 1999





4.4. Prévalence des cancers calculée sur une base de 5 ans selon l'âge et le sexe

À l'instar de l'incidence, un nombre significatif de cas prévalents se retrouvent à un âge relativement moins avancé chez les femmes que chez les hommes, et ce, à cause du cancer du sein (tableau 5 et figure 3). De façon générale, la prévalence relative de cancer est à son maximum entre 70 et 85 ans (figure 3). Le cancer de la prostate fait exception en ce sens puisque la prévalence continue d'augmenter après 90 ans.

Pour l'ensemble des sièges, la prévalence relative atteint environ 5 % entre 75 et 89 ans chez les femmes et 10 % chez les hommes de 75 ans et plus.

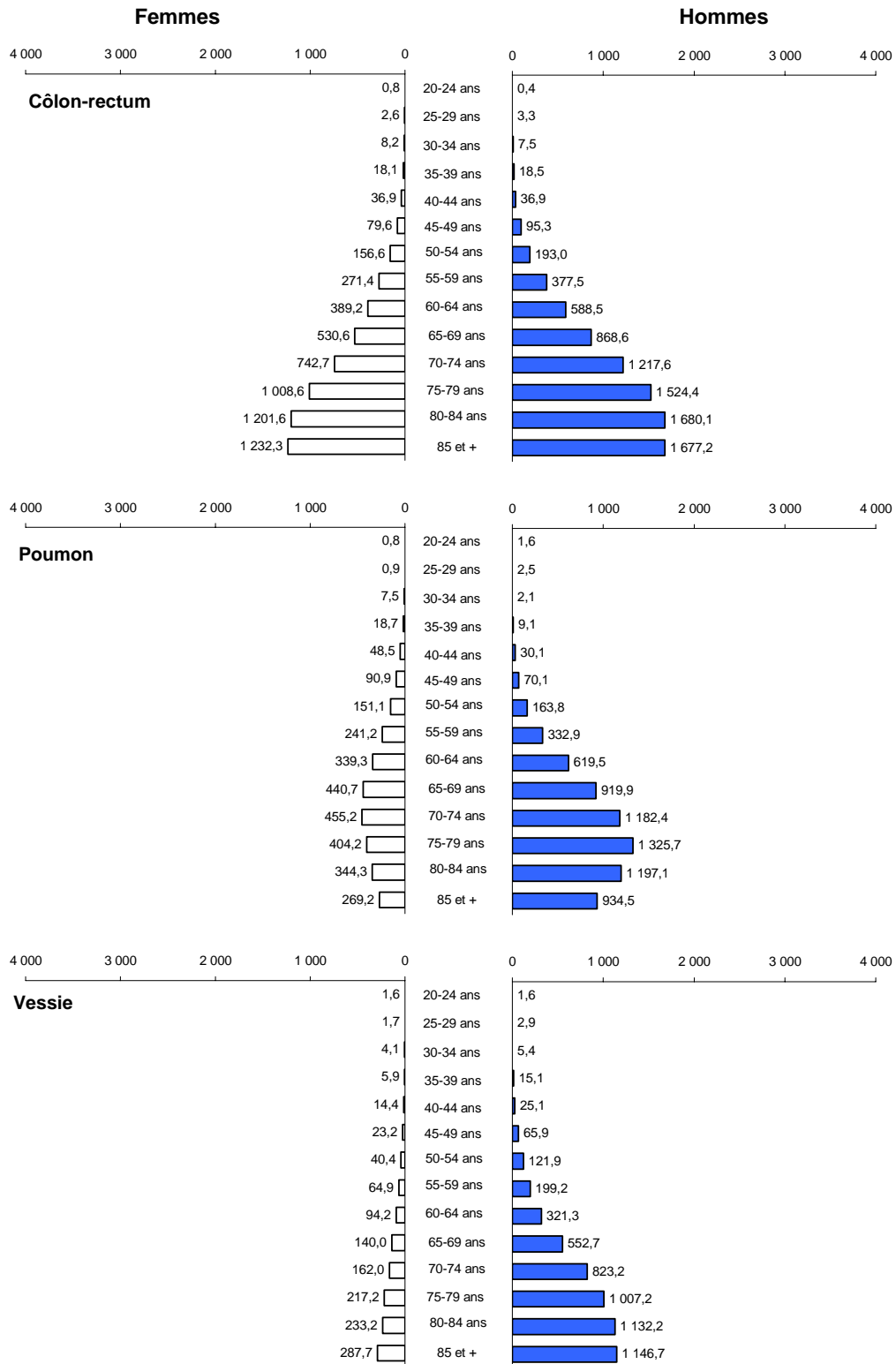
Tableau 5 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1999

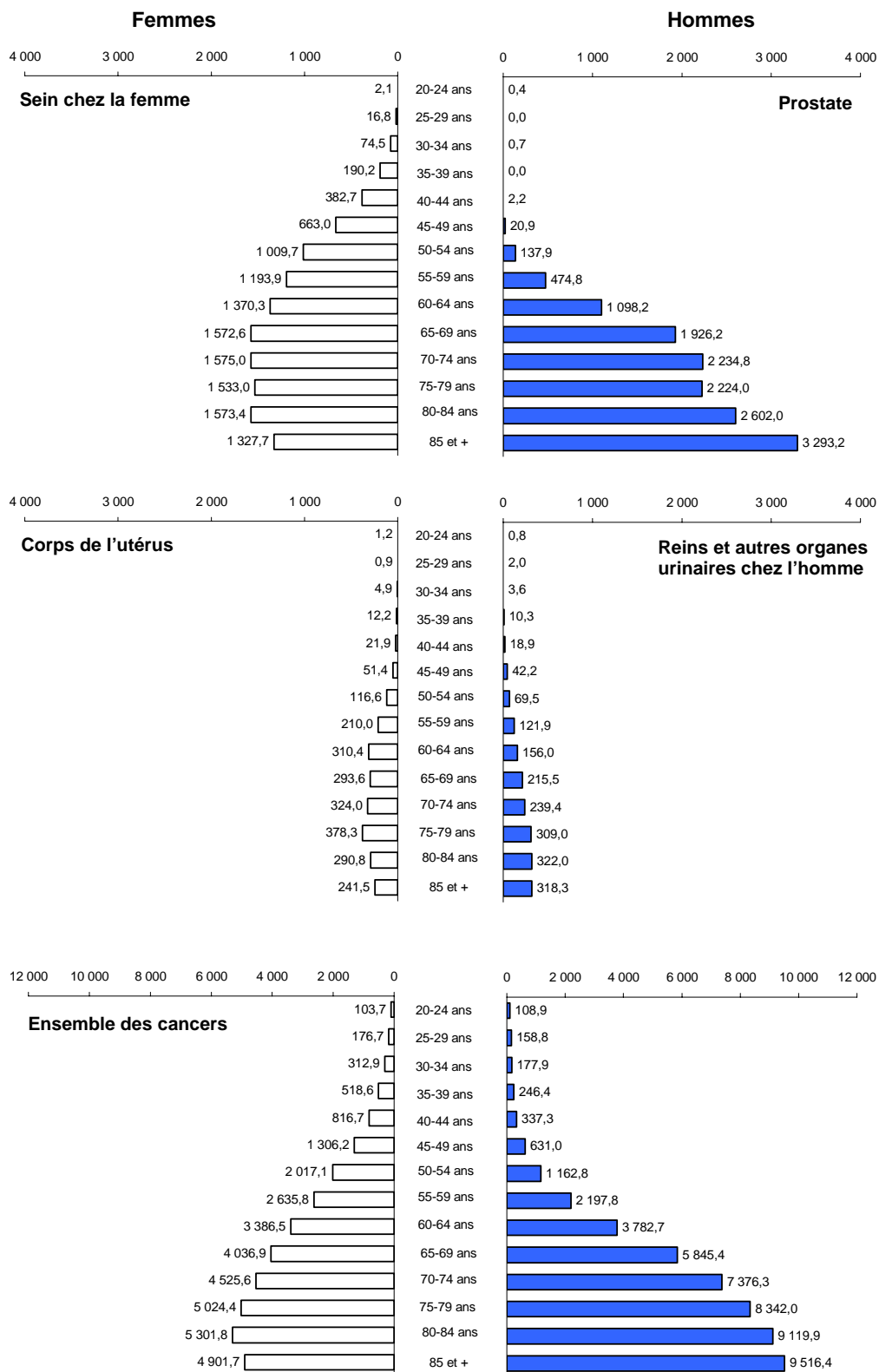
Groupe d'âge	calculé sur une base de 5 ans					Tous les sièges*
	Côlon-rectum (153-154)	Poumon (162)	Prostate (185)	Vessie (188)	Reins et autres organes urinaires (189)	
Hommes						
20 à 24	1	4	1	4	2	278
25 à 29	8	6	--	7	5	388
30 à 34	21	6	2	15	10	497
35 à 39	61	30	--	50	34	814
40 à 44	119	97	7	81	61	1 088
45 à 49	269	198	59	186	119	1 781
50 à 54	483	410	345	305	174	2 910
55 à 59	737	650	927	389	238	4 291
60 à 64	890	937	1 661	486	236	5 721
65 à 69	1 185	1 255	2 628	754	294	7 975
70 à 74	1 312	1 274	2 408	887	258	7 948
75 à 79	1 120	974	1 634	740	227	6 129
80 à 84	647	461	1 002	436	124	3 512
85 et +	411	229	807	281	78	2 332
Total	7 266	6 532	11 482	4 626	1 898	46 333

Groupe d'âge	calculé sur une base de 5 ans					Tous les sièges*
	Côlon-rectum (153-154)	Poumon (162)	Sein chez la femme (174)	Corps de l'utérus (182)	Vessie (188)	
Femmes						
20 à 24	2	2	5	3	4	252
25 à 29	6	2	39	2	4	411
30 à 34	22	20	199	13	11	836
35 à 39	58	60	609	39	19	1 661
40 à 44	118	155	1 223	70	46	2 610
45 à 49	226	258	1 882	146	66	3 708
50 à 54	399	385	2 572	297	103	5 138
55 à 59	548	487	2 411	424	131	5 323
60 à 64	632	551	2 225	504	153	5 499
65 à 69	826	686	2 448	457	218	6 284
70 à 74	1 036	635	2 197	452	226	6 313
75 à 79	1 133	454	1 722	425	244	5 644
80 à 84	876	251	1 147	212	170	3 865
85 et +	801	175	863	157	187	3 186
Total	6 686	4 122	19 542	3 201	1 582	51 282

* Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (173) et les sièges non définis (196 à 199).

Figure 3 : Prévalence relative de cancer calculée sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1999





5. DISCUSSION

La notion de prévalence présuppose que le cancer est une maladie irréversible et permanente. Les personnes qui en sont affectées nécessitent donc plus de services de santé que la population en général, que ce soit pour des traitements spécialisés, la détection de foyers secondaires ou la surveillance des récives. Ces personnes peuvent aussi voir leurs capacités réduites de façon plus ou moins permanente et nécessiter des services de réhabilitation ou d'aide sur le plan psychologique.

Par contre, l'intensité des services peut varier considérablement selon la nature du cancer et le temps écoulé depuis le diagnostic. Contrairement à l'incidence, qui fait référence aux nouveaux cas seulement, la prévalence est un regroupement très hétérogène de personnes dont certaines ont eu leur diagnostic récemment et sont en cours de traitement, alors que d'autres peuvent être en rémission depuis longtemps et être pratiquement considérées guéries.

Selon Micheli et *al.* (2002), les deux premières années suivant le diagnostic regroupent des personnes qui subissent leurs premiers traitements et qui sont souvent affectées par les effets secondaires de ces traitements. La période de deux à cinq ans fait référence à un risque élevé de récive et à une surveillance intensive. Entre six et dix ans, la probabilité de récive est plus faible et plusieurs personnes peuvent être considérées guéries; toutefois, une surveillance est habituellement encore recommandée. De 11 à 15 ans après le diagnostic, la majorité des personnes peuvent être considérées guéries et devraient présenter une faible demande en soins de santé pour leur maladie.

En utilisant la base de 5 ans pour le calcul de la prévalence, on a pu estimer qu'en 1999, près de 100 000 personnes¹ nécessitaient au Québec des traitements pour un cancer ou une surveillance intensive après traitement. Calculée sur une base plus prolongée (10 ans), quelque 54 000 personnes additionnelles en phase de rémission ou en phase chronique de leur cancer pourraient s'ajouter à ce nombre de personnes affectées par un cancer (voir tableau 1).

Le cancer de la prostate est le plus prévalent chez les hommes en dépit de la sous-déclaration dont il fait l'objet dans le Fichier des tumeurs du Québec (Brisson et *coll.* 2003). Chez les femmes, les survivantes à un cancer du sein comptent pour plus du tiers des cas prévalents (38 %). Pour ces deux sièges, la survie à 5 ans est bonne, variant autour de 70 % (Louchini et *al.* 2003). C'est pourquoi la prévalence calculée sur une base de 15 ans double pour ces cancers. À l'inverse, en raison d'une faible survie, la prévalence calculée sur une base de 15 ans n'augmente que de 50 % pour le cancer du poumon.

En plus de l'intervalle de temps qui s'est écoulé depuis le diagnostic, l'âge de la personne atteinte, le stade du cancer au moment du diagnostic, ainsi que la comorbidité associée sont autant de facteurs pouvant affecter la demande de soins. Les analyses présentées ici tiennent compte de l'âge, mais le stade du cancer et la comorbidité ne sont pas des informations disponibles au Fichier des tumeurs du Québec.

¹ Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (CIM-9 173) et les sièges non définis (CIM-9 196 à 199).

Sur un autre plan, puisque la mesure de la prévalence est basée sur l'incidence et le décès, l'exhaustivité de la prévalence dépend étroitement de l'exhaustivité de l'incidence et du recensement des décès. Une étude récente de l'exhaustivité de la déclaration des cas au Fichier des tumeurs du Québec a démontré que globalement, 92 % de tous les cas de cancer confirmés histopathologiquement sont déclarés au Fichier des tumeurs du Québec (Brisson et coll. 2003). Cependant, la déclaration est moins bonne de façon significative pour trois sièges de cancer, soit la prostate (67 %), la vessie (86 %) et le mélanome (65 %). Comme la survie à long terme associée à ces sièges de cancer est relativement élevée, il y a lieu de croire que la prévalence qui y est associée, autant à court terme qu'à long terme, pourrait être sous-estimée de façon significative.

La mesure de la prévalence du cancer pourrait aussi être affectée par des activités de dépistage, puisque la recherche de cancers occultes ou asymptomatiques, s'ajoutant aux cancers détectés sur le plan clinique, fera augmenter l'incidence. Sur un plan théorique, cette augmentation de l'incidence ne devrait être que temporaire (Michel Beaupré, 2002; Statistiques canadiennes sur le cancer, 2004). Par exemple, au début des années 90, suite à l'introduction du test de mesure des antigènes prostatiques (test APS) pour le dépistage du cancer de la prostate, la courbe de l'incidence de ce cancer a subi une augmentation importante, pour se stabiliser ensuite et reprendre son allure antérieure lorsque les recommandations de dépistage ont été clarifiées et refrénées. En effet, selon un guide de pratique publié en 1998 par le Collège des médecins du Québec, l'utilisation quasi systématique du test de dépistage chez les individus asymptomatiques n'est pas justifiable et devrait plutôt être remplacée par un usage plus sélectif et après counseling (Collège des médecins du Québec, 1998).

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, l'impact sur la prévalence risque d'être plus graduel car, même si un programme de dépistage systématique a été implanté à partir de 1998, le recours à la mammographie s'était déjà répandu au Québec progressivement dans la population cible dès la fin des années 80 (Institut de la statistique du Québec, 2000).

Le dépistage du cancer vise à détecter des cancers à un stade plus précoce, afin d'améliorer les chances de guérison. Ainsi, une survie prolongée des personnes atteintes de cancers découverts à un stade précoce contribue également à augmenter la prévalence. Dans certaines situations, le dépistage du cancer vise également la détection et l'exérèse ou la destruction de lésions précancéreuses, ce qui pourrait contribuer à réduire l'incidence et, par conséquent, la prévalence de ces cancers. C'est le cas notamment du cancer du col utérin ou du cancer colorectal.

Ainsi, l'augmentation de la prévalence pourrait être associée à une augmentation de l'incidence, à l'amélioration de la survie et au déclin de la mortalité. Si l'augmentation de la prévalence est surtout associée à l'augmentation de l'incidence en dehors d'un contexte de dépistage, cela indique des lacunes inquiétantes dans la lutte contre le cancer. Par contre, si l'augmentation de la prévalence est surtout associée à l'allongement de la survie, notre lutte porte fruits. Cependant, peu importe la cause, une augmentation de la prévalence signifie une augmentation de la demande en services de santé et des besoins nécessaires en ressources. Comme l'espérance de vie est en augmentation, la prévalence du cancer est

également en augmentation et devient un fardeau socio-économique majeur (Verdecchia et al. 2002; Stewart B. W. and Kleihues, 2003).

Il faut aussi souligner que l'exclusion des cancers dont le siège ou la nature ne sont pas précisés (CIM-9 196 à 199) dans l'estimation de la prévalence représente un bloc de près de 3 % (Michel Beaupré, 2002) du nombre annuel de nouveaux cas (CIM-9 140 à 208 excluant 173). Bien qu'il s'agisse souvent de tumeurs malignes de sièges secondaires, leur inclusion au Fichier des tumeurs du Québec s'explique par le fait qu'il n'y ait pas d'indication plus précise sur le siège primaire de ces cancers. Il n'en demeure pas moins que ces personnes nécessitent des soins de santé qui impliquent des coûts directs et indirects.

La même remarque vaut pour les cancers de la peau autres que le mélanome (CIM-9 173), exclus de l'étude parce qu'ils sont très peu recensés au Fichier des tumeurs du Québec en raison du fait qu'ils ne nécessitent habituellement ni hospitalisation ni traitement en chirurgie d'un jour. Toutefois, ces cancers requièrent tout de même des soins et ils peuvent être source de morbidité importante. Leur nombre est estimé à 76 000 nouveaux cas par année au Canada (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2004). En considérant que le Québec représente 24 % de la population canadienne, on peut extrapoler à environ 18 250 leur nombre au Québec annuellement.

6. CONCLUSION

Nous vivons dans une société où l'espérance de vie ne cesse de s'allonger et le nombre de personnes âgées augmente. Comme le cancer frappe surtout après l'âge de 60 ans, il faut s'attendre à une hausse constante des cas de cancer au Québec pour les années à venir. Par ailleurs, les efforts de dépistage précoce pour des types de cancer dont le nombre est important comme le cancer du sein, de la prostate et du côlon-rectum, associés à des traitements de plus en plus efficaces, font en sorte que les personnes atteintes de cancer vivent plus longtemps. Ainsi, la demande de services sociaux et de soins de santé associés au cancer risque de s'accroître à une vitesse accélérée. Dans ce contexte, la prévalence du cancer est un indicateur crucial pour la planification de ressources nécessaires à la lutte contre cette maladie.

Il est cependant important d'interpréter les résultats de la prévalence à leur juste mesure, selon la durée de suivi. La prévalence calculée sur une base de 5 ans est particulièrement pertinente puisqu'elle regroupe des personnes dont plusieurs sont en cours de traitement primaire, souffrent d'effets secondaires importants liés aux traitements et sont à haut risque de récurrence. Le fardeau sur la société, en termes de soins requis pour ces personnes, est très grand.

La prévalence pourrait être très informative pour la planification des ressources quant à la population qui nécessite les traitements initiaux, celle qui peut être considérée guérie, celle en phase de guérison de la maladie et celle en phase de guérison continue. Le seul moyen direct de lutte contre l'augmentation de l'incidence et par conséquent de la prévalence est la prévention du cancer. Cette dernière implique une intensification de la lutte contre le tabagisme, une promotion de saines habitudes de vie, et l'utilisation maximale de mesures de dépistage reconnues efficaces. Un vaccin contre l'infection au virus du papillome humain, agent causal du cancer du col utérin et associé à plusieurs autres sièges de cancer, pourrait aussi s'ajouter d'ici quelques années à l'éventail des moyens disponibles pour prévenir le cancer.

7. RÉFÉRENCES

- Beaupré, M. (2002). Surveillance du cancer au Québec : nouveaux cas déclarés au Fichier des tumeurs et mortalité par cancer de 1992 à 1998. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 191 p.
- Brisson, J., Major, D., Pelletier, E. (2003). *Évaluation de l'exhaustivité du Registre des cancers du Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Capocaccia, R. et al. (2002) Measuring cancer prevalence in Europe : the EUROPREVAL Project. *Annals of Oncology* 13:831-839.
- Collège des médecins du Québec (1998). Dépistage du cancer de la prostate : utilisation de l'APS. Collège des médecins du Québec. Février 1998
- Feldman, A. R., Kessler, L., Myers, M. H., Naughton, M. D. (1986). The prevalence of cancer. Estimates based on the Connecticut tumor registry. *N Engl J Med*; 315: 1394-1397.
- Gail, M. H. et al. (1999). Two approaches for estimating disease prevalence from population-based registries of incidence and total mortality. *Biometrics* 55:1137-44.
- Institut de la statistique du Québec (2000). Enquête sociale et de santé Québec 1998, Québec, Les Publications du Québec, 642 p. (Collection La santé et le bien-être).
- Institut de la statistique du Québec (2003).
http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/2000tousages.htm
- Institut national du cancer des États-Unis. <http://srab.cancer.gov/prevalence/limited.html>
- Louchini, R., Beaupré, M. (2002). La survie au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec en 1992. Institut national de santé publique du Québec, 2002.
- Louchini, R., Beaupré, M. (2003). La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998 : Survie observée et survie relative. Institut national de santé publique du Québec.
- Micheli, A. et al. (2002). Cancer prevalence in European registry areas. *Annals of Oncology* 13: 840-865.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. 133 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). La lutte contre le cancer dans les régions du Québec. Un premier bilan. 391 p.
- Société canadienne du cancer. Statistiques Canadiennes sur le cancer 2004, Toronto, Canada, avril 2004, 116 p.

Stewart, B. W. and Kleihues, P. (Eds) (2003): World Cancer Report. IARC Press. Lyon.

Tremblay, C, Bouchard, M, Gagnon, F et coll. (2000). Les hydrocarbures aromatiques polycycliques : exposition et risques dans la population générale.

http://www.inspq.qc.ca/bulletin/bise/2000/bise_11_3.asp?Annee=2000.

Verdecchia et al. (2002). A comparative analysis of cancer prevalence in cancer registry areas of France, Italy and Spain. *Annals of Oncology* 13: 1128-1139.

