



information



formation



recherche



*coopération
internationale*

LA PRÉVALENCE DU CANCER AU QUÉBEC EN 1998

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec 

LA PRÉVALENCE DU CANCER AU QUÉBEC EN 1998

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

OCTOBRE 2004

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

MISE EN PAGE ET CONCEPTION DES TABLEAUX ET FIGURES

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

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Louchini, R., Beaupré, M., Bouchard, C., Goggin, P. (2004). *La prévalence du cancer au Québec en 1998*. 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-2004-065

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2004
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-43505-2
©Institut national de santé publique du Québec (2004)

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS	3
3	MÉTHODOLOGIE.....	5
3.1	INTERPRÉTATION DE LA STATISTIQUE DE PRÉVALENCE	5
3.2	SOURCE DES DONNÉES : DONNÉES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ	6
3.3	CALCUL DE LA PRÉVALENCE	6
4	RÉSULTATS.....	9
4.1	PRÉSENTATION DES DONNÉES.....	9
4.2	PRÉVALENCE DES CANCERS CALCULÉE SUR UNE BASE DE 5, 10 ET 15 ANS SELON LE SEXE	9
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, 1998	10
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, 1998	13
Tableau 3 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon la région sociosanitaire et le sexe Québec, 1998.....	14
Tableau 4 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1998.....	17

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des cas prévalents de cancer selon les principaux sièges de cancer au Québec en 1998.....	11
Figure 2 : Prévalence relative ajustée de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5 ans, selon la région sociosanitaire et le sexe, Québec, 1998	15
Figure 3 : Prévalence relative de cancer pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1998	18

1 INTRODUCTION

Depuis 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, pour la première fois au Québec, de dresser un portrait de la prévalence.

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 1998.

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 pouvait nécessiter des soins, au Québec, en 1998.

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 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. En fait, parmi les 362 179 personnes déclarées au Fichier des tumeurs entre 1984 et 1988, 8 002 ont eu 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. L'utilité de la prévalence à long terme est d'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 au cas de la prévalence à court terme les cas chez des personnes considérées guéries de leur cancer, des personnes qui ont des récives et les autres dont le statut est indéterminé.

3.2 SOURCE DES DONNÉES : DONNÉES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ

Les données sur l'incidence des cas de cancer diagnostiqués au Québec entre 1984 et 1998 inclusivement proviennent du Fichier des tumeurs du Québec. Il faut rappeler que le Fichier des tumeurs du Québec est constitué par les dossiers de sortie d'hospitalisation dans les 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 d'une personne (si elle est décédée) atteinte d'un cancer dont le cas est déclaré au Fichier des tumeurs du Québec, le dossier d'incidence est jumelé avec le fichier des décès du Québec, de 1984 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 1984 à 1998. 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 1998, le compte des cas commence respectivement en 1984, 1989 et 1994. 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 1998. Par exemple, en 1998, 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 Québec, sexes réunis, de 1996 est utilisée comme population de référence pour les sièges communs, la population féminine pour les sièges de cancer propres au sexe féminin (organes génitaux chez la femme et le cancer du sein chez la femme) et la population masculine pour les sièges de cancer propres au sexe masculin (prostate, testicules et verge).

4 RÉSULTATS

4.1 PRÉSENTATION DES DONNÉES

Les données sur la prévalence du cancer au Québec en 1998 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 1994 à 1998 est de 96 606, dont 46 408 chez les hommes et 50 198 chez les femmes. Pour une période de 10 ans se terminant en 1998, le nombre de cas survivants s'élève à 150 087, dont 70 202 chez les hommes et 79 885 chez les femmes. Enfin, parmi tous les cancers diagnostiqués au Québec pour les quinze années entre 1984 et 1998, le nombre de cas survivants s'établit à 186 507, dont 84 759 chez les hommes et 101 748 chez les femmes (tableau 1).

Chez les femmes, le nombre de cancers du sein compte pour plus du tiers des cas prévalents (37 % 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 % (à 5 ans), 15 % (à 10 ans) et 16 % (à 15 ans). Les cancers colorectaux viennent au troisième rang avec un pourcentage de 13 % qui demeure constant à 5, 10 et 15 ans suivant le diagnostic (figure 1).

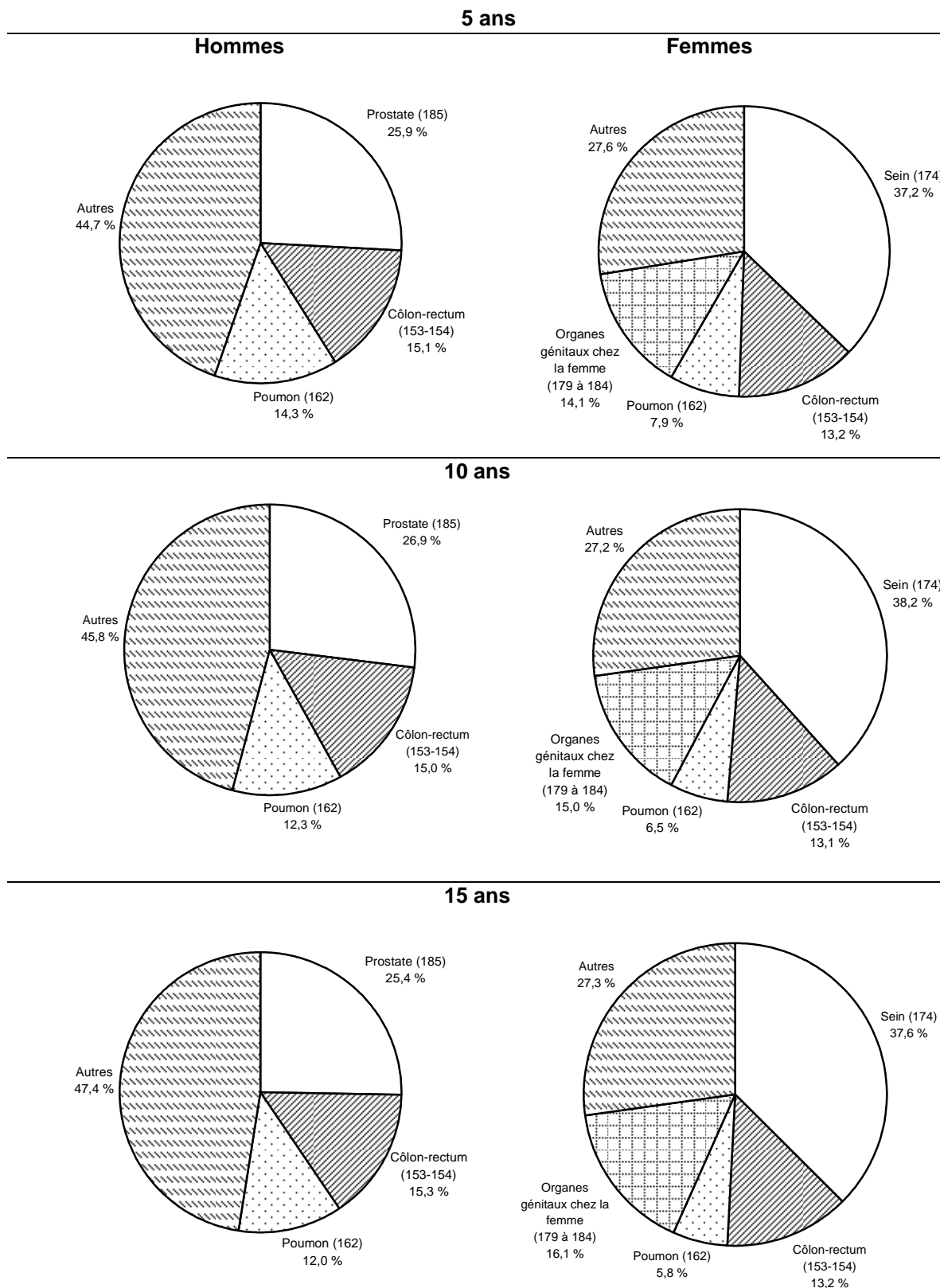
Chez les hommes, c'est le cancer de la prostate qui vient en tête avec 26 %, suivi du cancer colorectal à 15 % et du poumon à 14 %. Ces pourcentages varient peu selon les périodes de prévalence, sauf pour le cancer du poumon qui ne compte plus que pour 12 % de la prévalence chez les hommes à 10 ans et 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, 1998

Siège de cancer	Nombre de cas prévalents								
	depuis 1994 (5 ans)			depuis 1989 (10 ans)			depuis 1984 (15 ans)		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Cavité buccale et pharynx (140 à 149)	1 628	719	2 347	2 574	1 156	3 730	3 304	1 504	4 808
Appareil digestif (150 à 159)	9 829	8 893	18 722	14 211	13 486	27 697	17 284	17 191	34 475
Estomac (151)	994	656	1 650	1 404	944	2 348	1 752	1 253	3 005
Côlon-rectum (153-154)	7 025	6 624	13 649	10 562	10 480	21 042	12 938	13 455	26 393
Pancréas (157)	624	647	1 271	735	774	1 509	850	907	1 757
Appareil respiratoire (160 à 165)	8 247	4 491	12 738	11 209	6 061	17 270	13 520	7 047	20 567
Poumon (162)	6 617	3 972	10 589	8 614	5 202	13 816	10 138	5 920	16 058
Os, tissu conjonctif et mélanome malin de la peau (170 à 172)	1 272	1 347	2 619	2 057	2 296	4 353	2 616	3 033	5 649
Sein (174)		18 687			30 520			38 247	
Organes génitaux chez la femme (179 à 184)		7 053			11 986			16 349	
Col de l'utérus (180)		1 288			2 365			3 507	
Corps de l'utérus (182)		3 215			5 662			7 713	
Ovaire (183)		1 986			2 978			3 742	
Organes génitaux chez l'homme (185 à 187)	12 817			20 400		32 386	23 419		39 769
Prostate (185)	12 016			18 906			21 492		
Organes urinaires (188-189)	6 367	2 779	9 146	10 299	4 596	14 895	12 828	5 943	18 771
Vessie (188)	4 560	1 552	6 112	7 414	2 573	9 987	9 279	3 359	12 638
Rein (189)	1 807	1 227	3 034	2 885	2 023	4 908	3 549	2 584	6 133
Cerveau et système nerveux central (191-192)	794	680	1 474	1 141	992	2 133	1 406	1 232	2 638
Glandes endocrines (193-194)	481	1 319	1 800	789	2 190	2 979	1 000	2 793	3 793
Leucémies (204 à 208)	3 259	2 931	6 190	4 924	4 505	9 429	6 127	5 678	11 805
Autres tissus hématopoïétiques et lymphatiques (200 à 203)	1 326	1 025	2 351	1 933	1 570	3 503	2 367	1 976	4 343
Tous les sièges (140 à 208)*	46 408	50 198	96 606	70 202	79 885	150 087	84 759	101 748	186 507

* 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 1998



Le tableau 2 présente la 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 au Québec en 1998.

Globalement, le constat principal qui se dégage du tableau 2, est le fait que le taux de prévalence relative ajustée pour 100 000 personnes est toujours plus élevé 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 1998, estimée à 3 613 436 hommes et à 3 709 558 femmes. Ainsi, en 1998, une proportion de 1,4 % de la population masculine et 1,2 % de la population féminine a reçu un diagnostic de cancer au cours des cinq dernières années et était encore vivante en 1998. Ces pourcentages sont respectivement de 2,2 % chez les hommes et 1,9 % chez les femmes si on fait le compte depuis 10 ans, et enfin, 2,7 % de la population masculine et 2,4 % 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 0,14 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.

Chez les femmes, la prévalence relative ajustée pour l'âge en 1998 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 0,43 % 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 0,20 % pour les cancers de l'appareil digestif, dont le cancer colorectal qui à lui seul représente 0,15 %.

Pour les hommes, le cancer de la prostate est celui le plus prévalent. Environ 0,44 % des hommes vivent avec un cancer de la prostate déclaré au cours des 5 dernières années. Ce pourcentage grimpe à 0,71 et 0,84 % 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 57 % 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, 1998

Siège de cancer	Prévalence relative ajustée en 1998 pour 100 000 personnes								
	depuis 1994 (5 ans)			depuis 1989 (10 ans)			depuis 1984 (15 ans)		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Cavité buccale et pharynx (140 à 149)	47,7	17,4	31,0	76,6	27,9	49,2	100,5	36,0	63,4
Appareil digestif (150 à 159)	302,8	203,0	245,8	444,1	305,2	363,2	549,1	384,4	451,3
Estomac (151)	31,1	14,8	21,7	44,4	21,1	30,8	56,5	27,5	39,3
Côlon-rectum (153-154)	216,5	151,4	179,1	330,9	237,0	275,8	412,0	301,0	345,4
Pancréas (157)	19,1	14,8	16,7	22,8	17,6	19,8	26,8	20,2	23,0
Appareil respiratoire (160 à 165)	249,2	108,7	168,0	341,4	145,8	227,7	417,8	168,3	270,9
Poumon (162)	200,9	96,0	139,6	263,9	125,0	182,0	315,5	141,2	211,3
Os, tissu conjonctif et mélanome malin de la peau (170 à 172)	36,6	34,3	35,0	59,5	58,1	58,1	76,0	76,4	75,3
Sein (174)		426,5			681,7			837,8	
Organes génitaux chez la femme (179 à 184)		162,5			271,7			363,1	
Col de l'utérus (180)		32,9			59,5			86,3	
Corps de l'utérus (182)		70,6			121,0			160,3	
Ovaire (183)		47,1			70,6			87,7	
Organes génitaux chez l'homme (185 à 187)	458,6			756,3			896,4		
Prostate (185)	436,0			714,4			842,1		
Organes urinaires (188-189)	195,9	65,0	120,3	319,9	107,0	195,9	403,9	137,1	246,5
Vessie (188)	142,1	35,8	80,3	233,1	59,0	131,2	295,9	76,2	165,7
Rein (189)	53,8	29,2	40,0	86,8	48,0	64,7	108,0	61,0	80,7
Cerveau et système nerveux central (191-192)	22,5	17,6	19,9	32,2	25,8	28,8	39,7	31,9	35,7
Glandes endocrines (193-194)	13,5	34,9	24,3	22,2	57,6	40,2	28,2	73,0	51,0
Autres tissus hématopoïétiques et lymphatiques (200 à 203)	95,0	71,4	82,2	142,9	110,3	125,5	178,5	138,3	157,0
Leucémies (204 à 208)	40,8	24,5	31,2	59,2	37,8	46,6	72,9	47,6	57,8
Tous les sièges (140 à 208)*	1 416,8	1 214,3	1 275,5	2 169,2	1 920,0	1 979,8	2 655,0	2 423,8	2 457,2

* 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 SOCIO-SANITAIRE

La prévalence du cancer selon la région sociosanitaire de résidence pour les principaux sièges de cancer est présentée dans le tableau 3 pour une période de 5 ans, soit les cas diagnostiqués entre 1994 et 1998. 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 96 606 cas prévalents de cancer sur une base de 5 ans dénombrés en 1998, 26 118 proviennent de la région de Montréal-Centre, soit près de 30 % 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-Saint-Jean, possiblement liée à l'industrie de l'aluminium (Tremblay et coll. 2000).

Tableau 3 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon la région sociosanitaire et le sexe Québec, 1998

Région sociosanitaire	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						
01- Bas-Saint-Laurent	224	247	368	112	47	1 450
02- Saguenay—Lac-Saint-Jean	306	289	481	197	75	1 881
03- Québec	637	635	860	442	170	3 978
04- Mauricie et Centre-du-Québec	487	497	1 014	320	135	3 427
05- Estrie	288	273	560	170	56	1 912
06- Montréal-Centre	1 765	1 497	3 063	1 278	464	11 819
07- Outaouais**	266	286	400	141	67	1 678
08- Abitibi-Témiscamingue	144	142	226	91	23	894
09- Côte-Nord	104	138	118	52	29	687
11- Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	115	123	213	71	49	869
12- Chaudière-Appalaches	359	359	553	209	80	2 283
13- Laval	327	265	574	215	84	2 066
14- Lanaudière	292	365	536	214	100	2 222
15- Laurentides	410	417	821	284	116	2 851
16- Montérégie	1 217	983	2 036	710	281	7 601
Total	7 025	6 617	12 016	4 560	1 807	46 408

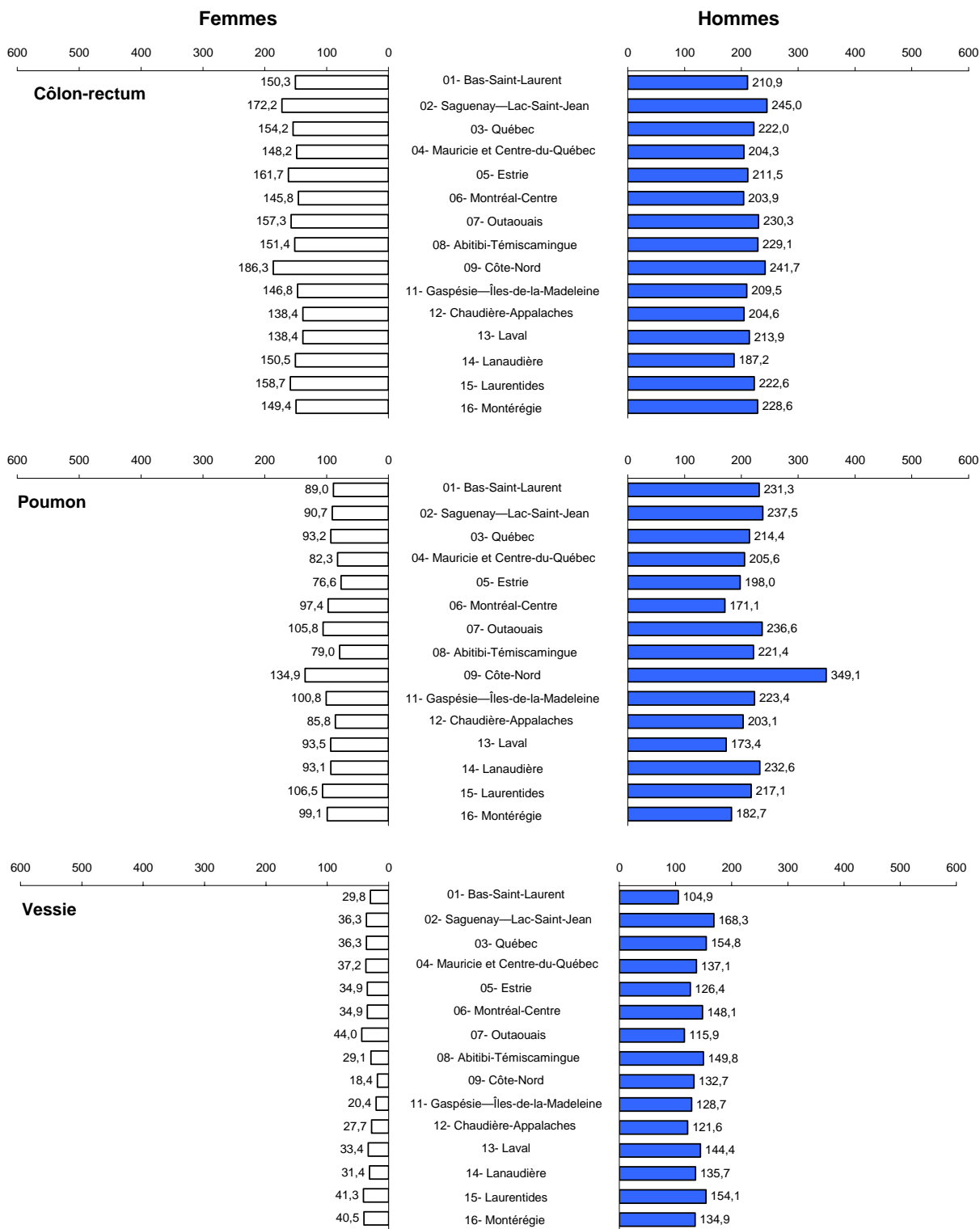
Région sociosanitaire	calculé sur une base de 5 ans					Tous les sièges*
	Côlon-rectum (153-154)	Poumon (162)	Sein chez la femme (174)	Corps de l'utérus (182)	Vessie (188)	
Femmes						
01- Bas-Saint-Laurent	200	110	645	102	39	1 555
02- Saguenay—Lac-Saint-Jean	266	140	795	143	56	2 003
03- Québec	656	369	1 801	284	154	4 693
04- Mauricie et Centre-du-Québec	468	245	1 109	179	119	3 253
05- Estrie	302	128	659	157	61	1 980
06- Montréal-Centre	1 905	1 137	5 312	1 006	447	14 299
07- Outaouais**	231	155	649	97	66	1 699
08- Abitibi-Témiscamingue	110	58	342	52	21	884
09- Côte-Nord	81	56	225	28	9	617
11- Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	96	63	283	53	13	769
12- Chaudière-Appalaches	315	181	995	164	60	2 458
13- Laval	271	180	845	146	65	2 197
14- Lanaudière	277	176	773	125	58	2 138
15- Laurentides	350	238	1 086	157	92	2 842
16- Montérégie	1 031	670	2 956	494	277	8 097
Total	6 624	3 972	18 687	3 215	1 552	50 198

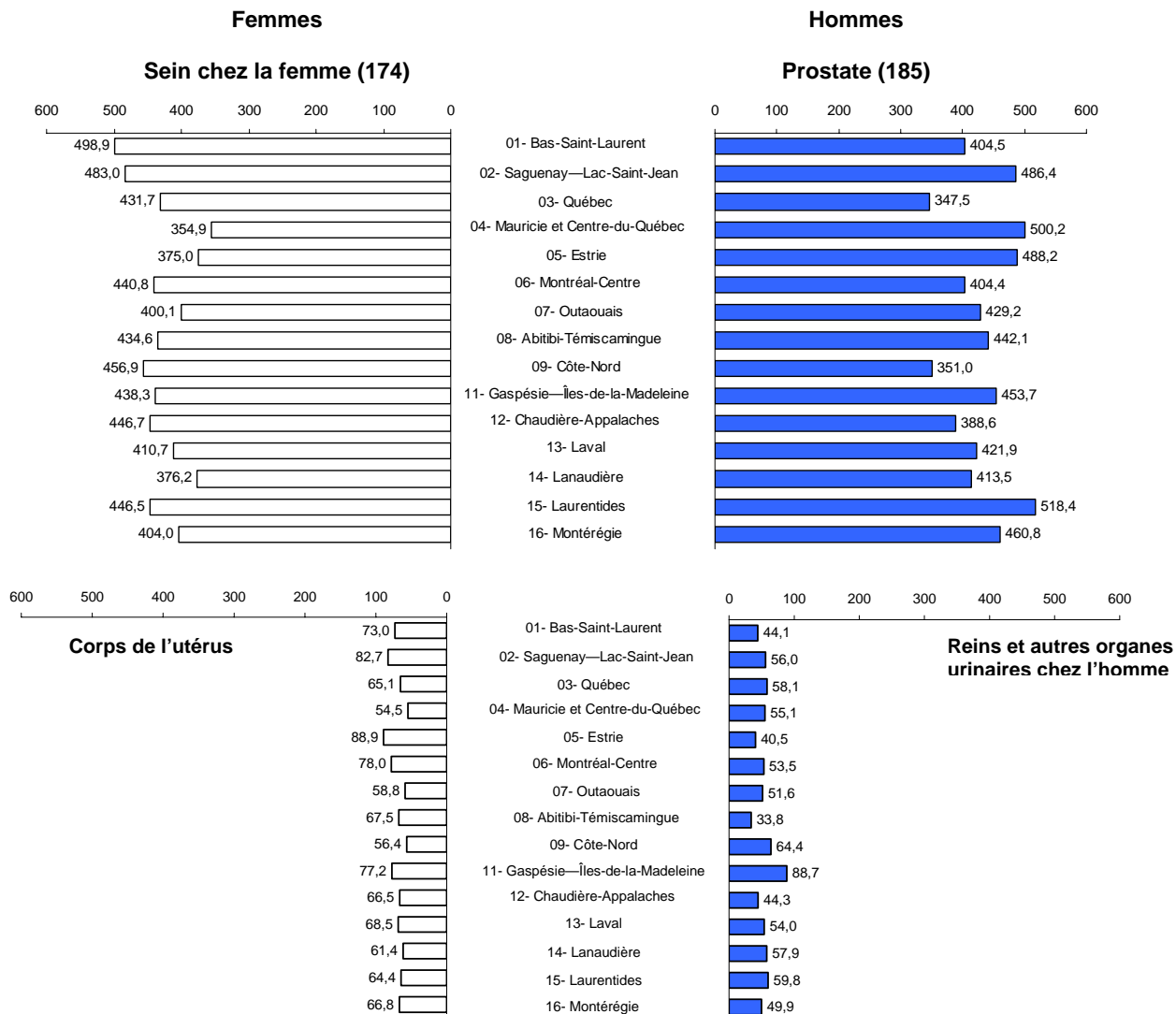
* Excluant le cancer de la peau autre que le mélanome (CIM-9 173) et les sièges non définis (CIM-9 196 à 199).

** 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 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 pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5 ans, selon la région sociosanitaire et le sexe, Québec, 1998





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 4 et figure 3). De façon générale, le taux de 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 le taux 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.

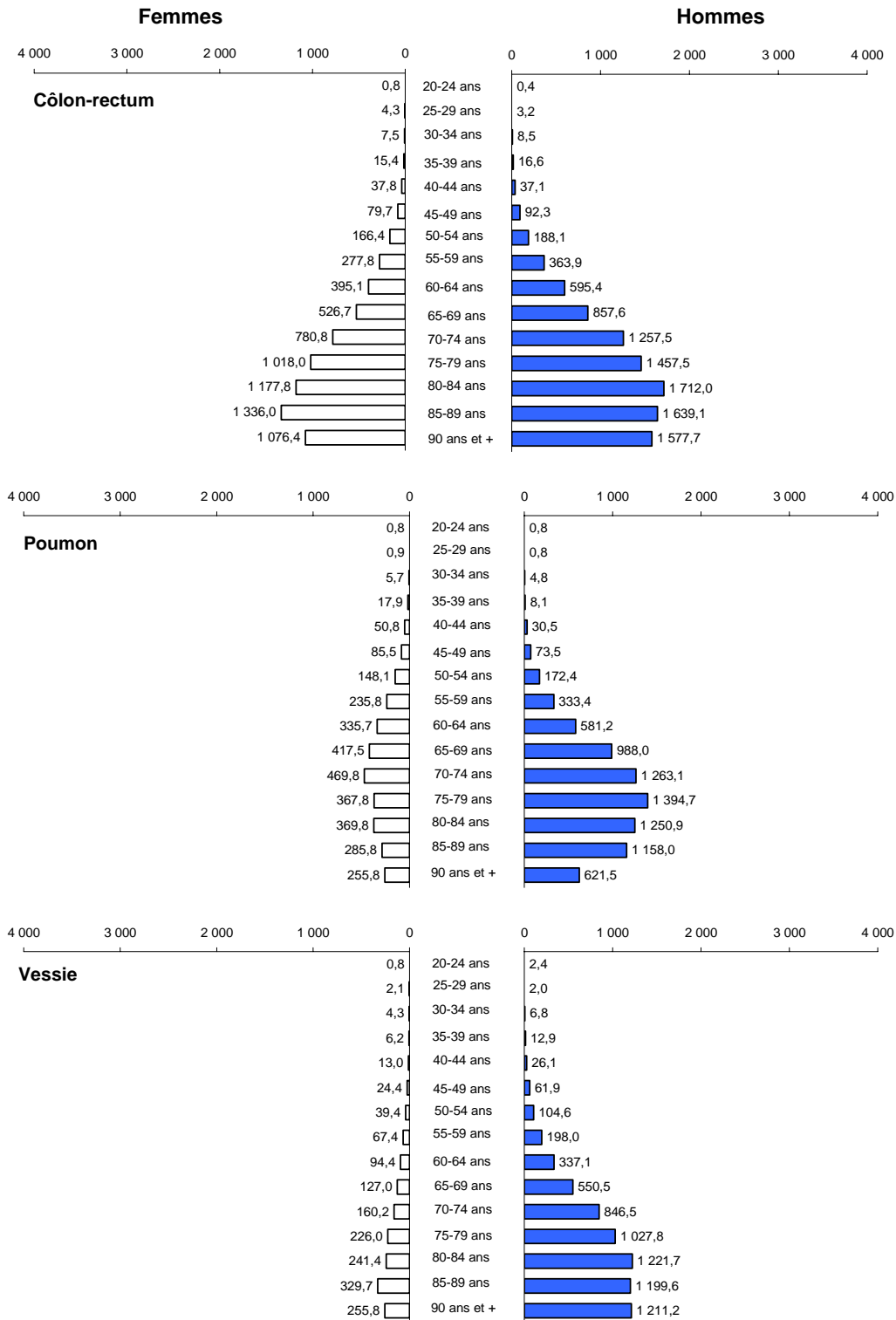
Tableau 4 : Nombre de cas prévalents de cancer calculé sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1998

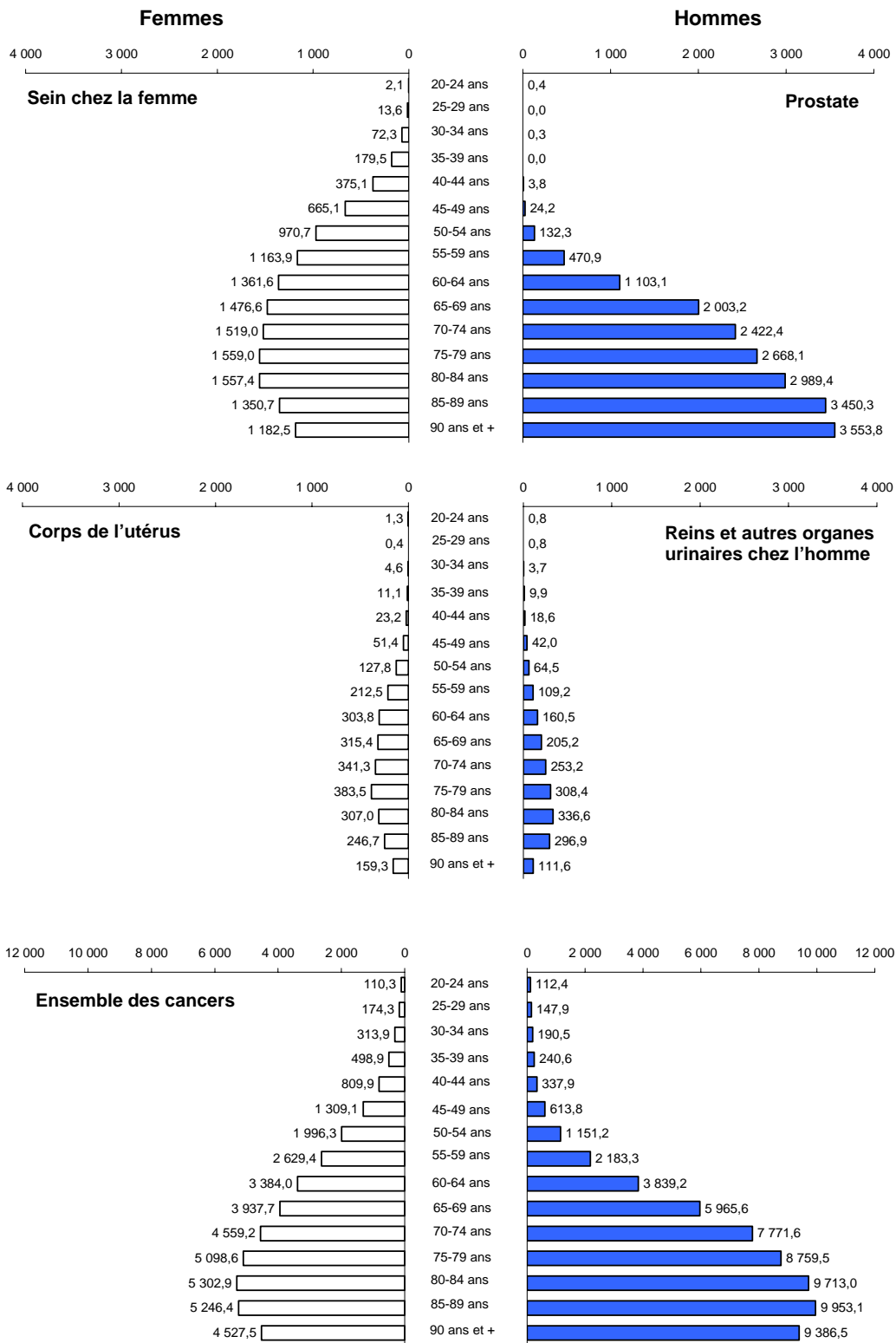
Groupe d'âge	calculé sur une base de 5 ans					Tous les sièges*
	Côlon-rectum (153-154)	Poumon (162)	Prostate (185)	Vessie (188)	Reins et autres organes urinaires (189)	
Hommes						
20 à 24	1	2	1	6	2	282
25 à 29	8	2	--	5	2	365
30 à 34	25	14	1	20	11	560
35 à 39	55	27	--	43	33	799
40 à 44	118	97	12	83	59	1 074
45 à 49	255	203	67	171	116	1 696
50 à 54	455	417	320	253	156	2 785
55 à 59	680	623	880	370	204	4 080
60 à 64	883	862	1 636	500	238	5 694
65 à 69	1 170	1 348	2 733	751	280	8 139
70 à 74	1 331	1 337	2 564	896	268	8 226
75 à 79	1 021	977	1 869	720	216	6 136
80 à 84	646	472	1 128	461	127	3 665
85 à 89	276	195	581	202	50	1 676
90 et +	99	39	223	76	7	589
Total	7 025	6 617	12 016	4 560	1 807	46 408

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	2	264
25 à 29	10	2	32	1	5	409
30 à 34	21	16	203	13	12	882
35 à 39	50	58	582	36	20	1 618
40 à 44	119	160	1 181	73	41	2 550
45 à 49	222	238	1 852	143	68	3 645
50 à 54	410	365	2 392	315	97	4 919
55 à 59	536	455	2 246	410	130	5 074
60 à 64	632	537	2 178	486	151	5 413
65 à 69	825	654	2 313	494	199	6 168
70 à 74	1 082	651	2 105	473	222	6 318
75 à 79	1 099	397	1 683	414	244	5 504
80 à 84	844	265	1 116	220	173	3 800
85 à 89	547	117	553	101	135	2 148
90 et +	223	53	245	33	53	938
Total	6 624	3 972	18 687	3 215	1 552	50 198

* 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 pour 100 000 personnes calculée sur une base de 5 ans selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 1998





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 1998, 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 50 000 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_decés/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.