



Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest *1990-2000*

Rapport descriptif



Décembre 2003

Résumé

Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest (1990-2000) fournit un profil descriptif du cancer aux Territoires du Nord-Ouest (TNO). Son objectif premier est d'examiner l'incidence du cancer (1992-2000) et la mortalité par cancer (1990-1999) dans la population ténosie et de comparer ces taux avec les taux pour le Canada (1996). Le but secondaire du rapport est de décrire les diverses approches de la lutte contre le cancer aux TNO.

Le rapport comporte trois sections :

Partie 1 : Profil du cancer aux TNO

Cette partie du rapport examine l'incidence du cancer et la mortalité par cancer selon le sexe, les sièges de cancer, les groupes ethniques et les types de communautés. Le fardeau du cancer et la survie au cancer sont aussi traités brièvement. Les sources de données utilisées dans cette section proviennent du registre du cancer des TNO et du registre de l'état civil des TNO. Les taux de cancer pour le Canada sont basés sur des données publiées par le Bureau du cancer de Santé Canada.

Partie 2 : Lutte contre le cancer

Cette partie examine divers types d'intervention, comme la prévention, le dépistage précoce, le traitement et le soutien aux patients cancéreux et la réadaptation, utilisés pour réduire l'impact du cancer aux TNO. À partir des données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001)*, les facteurs de risque reliés au cancer et les comportements sains adoptés aux TNO sont examinés et comparés avec ceux du Canada. Ce chapitre révèle aussi certains des défis propres aux TNO en matière de prestation des soins aux personnes atteintes du cancer.

Partie 3 : Élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre le cancer aux TNO

Le dernier chapitre du rapport présente certaines réflexions pour aider au développement d'un plan d'action pour lutter contre le cancer aux TNO. Il présente aussi les avantages et les désavantages d'une stratégie de lutte contre le cancer par rapport à une stratégie de lutte contre les maladies chroniques. Le rapport souligne l'importance de la participation de multiples intervenants et présente des suggestions relativement aux composantes de la lutte contre le cancer qui pourraient faire partie du Modèle de prestation de services intégrés.



Principales constatations

Le cancer est la maladie que les gens craignent le plus. Selon la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, « une personne sur trois aura le cancer au cours de sa vie et la moitié de ces personnes touchées survivront au cancer. Il est dès lors probable que la plupart des Canadiens connaîtront une personne touchée par le cancer. » Le fardeau projeté du cancer, en raison du vieillissement de la population, constituera à court terme un défi sans précédent pour le système de soins de santé. Le présent rapport fait la lumière sur certains faits intéressants et peu surprenants au sujet du cancer aux TNO. On trouvera ci-dessous une liste des principales constatations présentées dans le rapport.

Profil du cancer aux TNO

TNO

- Entre 1992 et 2000, on a diagnostiqué en moyenne 75 nouveaux cas de cancer chaque année aux TNO.
- Entre 1990 et 1999, 34 personnes en moyenne sont mortes du cancer chaque année, aux TNO.
- Le cancer colorectal est le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les hommes (22 % de tous les diagnostics). Le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les femmes est le cancer du sein (28 % de tous les diagnostics).
- Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité par cancer (32 %).

Au Canada, l'incidence du cancer et les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Aux TNO, les taux bruts d'incidence et de mortalité sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes. Toutefois, le taux d'incidence chez les femmes est plus élevé dans certains groupes d'âge (groupes des femmes de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans) que chez les hommes du même âge. Voici d'autres statistiques relatives aux hommes et aux femmes :

Hommes

- Chez les hommes ténois, les taux d'incidence ajustés selon l'âge pour tous les diagnostics de cancer sont de 15 % inférieurs à ceux des Canadiens.
- Bien que le cancer de la prostate se situe au troisième rang des cancers les plus prévalents chez les hommes, le taux ajusté selon l'âge pour le cancer de la prostate est de plus de 50 % inférieur au taux canadien. Cependant, les taux du cancer colorectal et du cancer de l'estomac sont presque de 50 % et de 100 % plus élevés que les taux correspondant chez les Canadiens.
- Les hommes non autochtones/métis et les Dénés ont respectivement 15 % et presque 20 % moins de probabilité d'avoir un cancer que les Canadiens. Ce taux est similaire chez les hommes inuits et chez les Canadiens.
- Les taux d'incidence du cancer ajustés selon l'âge chez les hommes ténois habitant les petites communautés et les centres régionaux sont presque de

20 % et de 25 % moins élevés que le taux d'incidence du cancer ajusté selon l'âge chez les hommes canadiens. Ce taux est le même chez les hommes habitant Yellowknife et chez les Canadiens.

- Le taux de mortalité par cancer ajusté selon l'âge est le même chez les hommes ténois et chez les Canadiens.
- Le taux de mortalité par cancer chez les non-Autochtones/Métis est de 20 % inférieur à celui des Canadiens. Toutefois, le taux de mortalité par cancer est de 50 % plus élevé chez les hommes inuits que chez les Canadiens. Les Dénés ont un taux similaire à celui des Canadiens.

Femmes

- Le taux d'incidence du cancer ajusté selon l'âge est similaire chez les femmes ténoises et chez les Canadiennes.
- Le taux de mortalité par cancer ajusté selon l'âge est presque de 20 % plus élevé chez les femmes ténoises que chez les Canadiennes.
- Les taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon et du cancer colorectal sont significativement plus élevés chez les femmes ténoises que chez les Canadiennes.
- Bien que le cancer du sein soit le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les femmes ténoises, les taux d'incidence et de mortalité ajustés selon l'âge sont similaires aux taux nationaux.
- Le taux de mortalité par cancer chez les femmes inuites est presque de 70 % plus élevé que chez les Canadiennes. Le taux de mortalité par cancer chez les Dénées, chez les non-Autochtones/Métisses est similaire à celui des Canadiennes.
- Chez les femmes habitant les centres régionaux, le taux d'incidence du cancer est presque de 40 % plus élevé que chez les Canadiennes et le taux de mortalité de 45 % plus élevé que les Canadiennes.

Lutte contre le cancer

La lutte contre le cancer vise la prévention du cancer, l'élimination du cancer, et l'accroissement du taux de survie et de la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. Pour y arriver, il faut puiser aux connaissances acquises par le biais de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation des résultats pour arriver à définir des stratégies et des actions concrètes. (*Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*)

Prévention

Le rapport examine certaines des causes du cancer. Bien que le fait d'éviter l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets, le contrôle strict des substances cancérigènes sur les lieux de travail, l'usage prudent de certains médicaments vendus sur ordonnance et de certaines procédures médicales, et la conception de politiques environnementales sensées puissent tous contribuer à la prévention du cancer, tous ces aspects ont en général un impact réduit par rapport à d'autres facteurs comme cesser de fumer, améliorer son alimentation, réduire l'obésité et faire davantage d'activité physique.



Tabagisme : Le tabagisme cause 30 % de tous les décès par cancer.

- Il y a presque deux fois plus de fumeurs aux TNO qu'au Canada. Selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001)*, on estime qu'environ 46 % des résidents des TNO de 12 ans et plus fumaient en 2000-2001. En comparaison, le taux de fumeurs était de 26 % au Canada dans son ensemble.
- Cinquante et un pour cent des résidents des petites communautés sont susceptibles de fumer, par rapport à 42 % dans les grands centres régionaux.
- Environ 40 % des non-fumeurs ténois indiquent qu'ils sont exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque, comparativement à 28 % des Canadiens.

Nutrition et obésité : La consommation de cinq à dix portions de fruits et de légumes par jour diminue de 20 % le risque d'avoir le cancer. Une mauvaise alimentation et l'obésité sont des facteurs de risque liés à 30 % des décès par cancer chez les adultes.

- Selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001)*, seulement 26 % des résidents des TNO (de 12 ans et plus) consomment chaque jour le nombre de portions de légumes et de fruits recommandé dans le Guide alimentaire canadien (19 % des hommes et 33 % des femmes), par rapport à 37 % de la population canadienne.
- Plus de la moitié (57 %) de la population des TNO (personnes âgées de 20 à 64 ans, à l'exclusion des femmes enceintes) a un excès de poids ou est obèse (62 % des hommes et 52 % des femmes). Au Canada, 48 % de la même population a un excès de poids ou est obèse (56 % des hommes et 40 % des femmes).

Activité physique : Le mode de vie sédentaire peut être la cause de 5 % de tous les décès par cancer.

- Cinquante-cinq pour cent des résidents des TNO (12 ans et plus) sont inactifs. Ce taux est cohérent avec la moyenne nationale de 53 %.

Dépistage précoce

Le dépistage précoce est une autre stratégie visant à réduire la mortalité par cancer.

- Chez les femmes de 50 à 69 ans, une mammographie tous les deux ans peut contribuer à une diminution de la mortalité par cancer pouvant atteindre 25 %. Selon les données de *l'Enquête sur la santé dans les populations canadiennes (2000-2001)*, seulement 54 % des femmes de 50 à 69 ans avaient subi une mammographie au cours des deux années précédentes, par rapport à 70 % des femmes canadiennes admissibles.

- Depuis l'introduction du test Pap au Canada (1969), le taux de mortalité ajusté selon l'âge pour le cancer du col utérin avait diminué de presque 70 % en 1997. En 2000-2001, 79 % des femmes ténnoises de 18 ans et plus avaient subi un test Pap au cours des trois années précédentes, par rapport à 71 % des Canadiennes.
- Le dépistage du cancer colorectal peut diminuer de 15 % à 33 % le taux de mortalité attribuable à ce type de cancer dans une population ciblée de personnes de 50 à 74 ans. Actuellement il n'y a pas de programme officiel ou de lignes directrices pour le dépistage du cancer colorectal aux TNO. Toutefois, le nombre relativement élevé de diagnostics de cancer colorectal et de décès attribuables à ce type de cancer suggère qu'un programme de dépistage pourrait être envisagé et s'avérer bénéfique pour les résidents des TNO.

Traitement du cancer

Les formes de traitements comprennent notamment la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'immunothérapie et l'hormonothérapie. Parfois, le plan de traitement pourra comprendre une combinaison de ces thérapies. Il pourra aussi inclure des pratiques de la médecine parallèle ou de la guérison traditionnelle. Dans ces cas, il est recommandé de consulter son médecin traitant pour déterminer si ces pratiques sont compatibles avec le traitement médical. Certains traitements sont dispensés à l'hôpital territorial Stanton, à Yellowknife, tandis que d'autres ne sont offerts que dans des établissements plus spécialisés à l'extérieur des TNO. La plupart des patients sont aiguillés vers le Cross Cancer Institute à Edmonton (Alberta). Quoi qu'il en soit, le lieu de traitement fait l'objet d'une décision au cas par cas, compte tenu de facteurs comme l'espace, l'équipement, la capacité du personnel, le niveau de compétences et l'intérêt supérieur du patient.

Soins prolongés/Services de soutien

Les besoins du patient – physiques, sociaux, affectifs, nutritionnels, d'information, psychologiques, spirituels et pratiques – doivent être satisfaits à toutes les étapes de son traitement. Le traitement se prolonge à l'extérieur de l'hôpital et comprend les soins dispensés à la maison ou dans la communauté. Une approche coordonnée est nécessaire pour fournir une gamme complète de services dans toutes les communautés et assurer une prestation harmonieuse des services entre la communauté et l'hôpital.

Table des matières

Portée du rapport	1
Confidentialité	3
Mises en garde relatives à l'interprétation	4
Introduction.....	5
Qu'est-ce que le cancer?	5
Bref historique du Registre du cancer des TNO	6
Profil du cancer aux TNO	9
Incidence du cancer (1992-2000)	9
Mortalité par cancer (1990-1999).....	18
Une maladie liée à l'âge	26
Prestation des services et coûts humains du cancer.....	28
Survie au cancer.....	31
Lutte contre le cancer	33
Prévention.....	34
Dépistage précoce.....	41
Traitement du cancer	45
Soins prolongés/Soutien aux patients cancéreux	47
Défis liés à la prestation de services	50
Plan d'action téniois de lutte contre le cancer.....	51
Stratégie canadienne de lutte contre le cancer	51
Stratégie contre le cancer ou contre la maladie chronique.....	51
Établissement de partenariats durables.....	52
La lutte contre le cancer dans le cadre du Modèle de prestation de services intégrés	53
Cadre pour la santé de la population.....	55
Pour aller de l'avant.....	57
Annexe 1 – Glossaire	A-1
Annexe 2 – Sièges du cancer	A-5
Annexe 3 – Tableaux montrant l'incidence du cancer chez les hommes	A-7
Annexe 4 – Tableaux montrant la mortalité par cancer chez les hommes.....	A-11
Annexe 5 – Tableaux montrant l'incidence du cancer chez les femmes	A-15
Annexe 6 – Tableaux montrant la mortalité par cancer chez les femmes.....	A-19
Annexe 7 – Liste des figures et des tableaux.....	A-23

Portée du rapport

Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest (1990-2000) dresse un tableau du cancer aux Territoires du Nord-Ouest (TNO) pour la période allant de 1990 à 2000. Le but premier du rapport est de décrire l'incidence du cancer^a (1992-2000) et la mortalité par cancer (1990-1999) au sein de la population des Territoires du Nord-Ouest et de comparer ces taux à ceux du Canada (1996). À la fois pour ce qui est de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer, le présent rapport communique l'information la plus à jour disponible au moment de la rédaction.

Étant donné que le nombre annuel de cas de cancer et de décès par cancer est relativement petit, les données de plusieurs années ont été agrégées, à des fins statistiques. L'information fournie dans le présent rapport représente neuf ans de données pour ce qui est de l'incidence du cancer (1992-2000) et dix ans de données pour ce qui est de la mortalité (1990-1999). Même si le fait de combiner quelques années de données peut masquer des tendances récentes, l'agrégation de données de plusieurs années est nécessaire pour obtenir une plus grande stabilité des taux.

Les données sont présentées selon le sexe, l'origine ethnique et le type de communauté. Les cancers les plus prévalents sont indiqués pour chaque groupe et comparés aux taux nationaux selon le sexe.

L'origine ethnique est divisée selon les trois groupes suivants : les Dénés, les Inuits et les non-Autochtones/Métis. Le nombre de personnes qui se sont dites d'origine métisse au moment de leur inscription au régime d'assurance-maladie est sensiblement inférieur à ce qu'indiquent les estimations démographiques. Par conséquent, les données relatives aux non-Autochtones et aux Métis ont été combinées. Une méthode de calcul différente aurait entraîné un risque d'analyses inexactes.

Le type de communauté s'entend du lieu de résidence permanente au moment du diagnostic ou du décès et comprend les groupes suivants : Yellowknife, les centres régionaux (Hay River, Fort Smith et Inuvik) et les petites communautés (les autres communautés des TNO).

Ce rapport présente de l'information sur les profils du cancer aux TNO fondés sur les données du registre du cancer des TNO (1992-2000) et le registre de l'état civil des TNO (1990-1999). Les taux pour le Canada sont basés sur des données publiées par le Bureau du cancer de Santé Canada. Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre le registre du cancer des TNO. En vertu de la *Loi sur les registres des maladies*, le registre du cancer contient tous les cas de cancers envahissants nouvellement diagnostiqués, ainsi que certaines tumeurs bénignes et carcinomes in situ choisis.^b Le registre du cancer

^a On entend par « incidence du cancer » le nombre de cas de cancer diagnostiqués pendant une période donnée. L'incidence est différente de la prévalence du cancer, qui s'entend du nombre de personnes ayant le cancer à un moment donné.

^b Les cancers envahissants sont des tumeurs malignes qui tendent à envahir et à détruire les tissus environnants et à se répandre dans d'autres parties du corps. Les cancers in situ sont des cancers localisés qui ne se sont pas répandus.

Le Registre canadien du cancer est une base de données nationale dynamique qui recueille des données auprès de tous les registres provinciaux et territoriaux du cancer du Canada. Faisant suite au Système national de déclaration des cas de cancer (1969-1991), le registre a commencé à recueillir des données sur tous les cas de cancer diagnostiqués une première fois, à partir de 1992.

Institut national du cancer du Canada



des TNO est basé sur la population et recense tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest. Le but de ce registre est la surveillance du cancer, c'est-à-dire la collecte, l'étude et l'analyse des données sur le cancer, afin de décrire son incidence, sa prévalence, sa morbidité, ainsi que la mortalité qu'il cause dans la population. Le registre du cancer ne collecte pas de renseignements sur le traitement ou le pronostic des personnes chez qui on a diagnostiqué un cancer. Par conséquent, le registre met principalement l'accent sur la santé publique et l'épidémiologie.

Les données servant à l'analyse de l'incidence du cancer proviennent du registre du cancer des TNO. Le registre comprend seulement les cas de cancer diagnostiqués chez les résidents permanents des TNO. Par conséquent, les personnes des TNO qui résidaient ailleurs au moment du diagnostic ne sont pas comprises dans les analyses de l'incidence du cancer.

Les données servant à l'analyse de la mortalité par cancer proviennent du registre de l'état civil. Les analyses de la mortalité par cancer comprennent toutes les personnes qui sont mortes du cancer et qui résidaient de façon permanente aux TNO au moment du décès, peu importe si elles habitaient à l'extérieur des Territoires au moment du diagnostic ou si elles sont décédées dans un hôpital ou un établissement de soins prolongés situés à l'extérieur des TNO. Les cas de résidents ténois qui sont décédés par cancer mais qui ont reçu leur diagnostic ailleurs alors qu'ils habitaient à l'extérieur des TNO ne sont pas consignés dans le registre du cancer des TNO, mais ils le sont dans le registre de l'état civil des TNO.

Dans le présent rapport, un cas de cancer s'entend d'un cancer malin, tandis que le siège du cancer représente le siège de l'origine de la tumeur. Les analyses ne comprennent pas les tumeurs bénignes ni les carcinomes in situ. De plus, les tumeurs secondaires, qui résultent de l'expansion du cancer à d'autres organes, ne sont pas considérées comme de nouveaux cas de cancer. Toutefois, il est possible qu'une personne ait plus d'un cancer malin (c'est-à-dire des cancers non reliés les uns aux autres). Dans ce cas, chaque cancer est consigné au registre et calculé comme un cas séparé.

En général, les taux pour tous les sièges de cancer étaient considérablement moins élevés que les taux canadiens en 1996, ce qui s'explique par le fait que la population des TNO est relativement jeune par rapport à l'ensemble de la population canadienne. Avec le vieillissement de la population ténoise, la prévalence du cancer augmentera, ce qui entraînera un fardeau accru pour la société et le système de santé.

La deuxième partie de ce rapport examine les diverses interventions pour la lutte contre le cancer. La lutte contre le cancer vise la prévention du cancer, l'élimination du cancer et l'accroissement du taux de survie et de la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. Pour y arriver, il faut puiser aux connaissances acquises par le biais de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation des résultats pour arriver à définir des stratégies et des actions

concrètes.¹ Le présent rapport décrit divers facteurs de risque associés au cancer et des moyens de réduire ces risques. Il compare les facteurs de risque et les comportements de protection contre le cancer chez les résidents des TNO et chez les Canadiens. Les données qui mesurent les comportements sains et les comportements risqués proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 (ESCC)*. À moins d'indication contraire, ces statistiques se limitent aux personnes de 12 ans et plus.

Le dépistage du cancer, qui permet la détection précoce et, du fait, le traitement précoce, est une autre stratégie visant à réduire la mortalité par cancer.

Actuellement, il existe aux TNO des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin. Les taux de dépistage des cancers du sein et du col utérin ont été comparés aux valeurs canadiennes contenues dans l'ESCC. Il n'y a actuellement aucune ligne directrice pour le dépistage du cancer colorectal. Toutefois, les nombres relativement élevés de diagnostics de cancer colorectal et de décès attribuables à ce type de cancer suggèrent qu'un programme de dépistage pourrait être pris en considération et s'avérer bénéfique aux résidents des TNO.

Le traitement du cancer se fait surtout à l'hôpital territorial Stanton ou à Edmonton, en Alberta. Ce rapport passe brièvement en revue les divers modes de traitement du cancer existants. Il décrit aussi les divers soutiens mis à la disposition des personnes qui vivent avec le cancer aux TNO, car la qualité de vie est aussi une composante importante de la lutte contre le cancer.

Le dernier chapitre fournit certaines idées pouvant servir à l'élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre le cancer aux TNO. Les avantages et les désavantages d'une stratégie spécifique au cancer par rapport à une stratégie relative à la maladie chronique sont présentés brièvement. Le rapport souligne l'importance de la participation de multiples intervenants et présente des suggestions sur la façon dont les divers éléments de la lutte contre le cancer pourraient être intégrés au Modèle de prestation de services intégrés.

Les annexes comprennent des tableaux complets des taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer présentés selon le sexe, pour l'ensemble des TNO, pour chaque groupe ethnique et chaque type de communauté. Les tableaux présentent des données pour chaque site de cancer répondant aux critères établis pour l'analyse. Les données comprennent les nombres de cas (décès), les taux bruts, les taux ajustés selon l'âge, les rapports d'incidence standardisés (mortalité), et les intervalles de confiance à 95 % qui sont associés.

Confidentialité

Aux Territoires du Nord-Ouest, la loi garantit le droit à la confidentialité des personnes inscrites au registre du cancer. Les auteurs du présent rapport y ont accordé la plus grande attention. Les données contenues dans le rapport sont donc présentées de façon à protéger l'anonymat des personnes ayant le cancer. Par conséquent, toute analyse portant sur moins de cinq cas a été omise.

La vision de la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer est de mettre sur pied un système de surveillance de haute qualité et basé sur une population pour évaluer les déterminants, les programmes de prise en charge et l'issue du cancer. La CCSC fournira une information cruciale pour l'élaboration de politiques et de stratégies efficaces visant à réduire le fardeau du cancer au Canada.

Coalition canadienne pour la surveillance du cancer



Mises en garde relatives à l'interprétation

La validité des taux dépend de l'exhaustivité des rapports sur le cancer et sur l'exactitude des estimations démographiques. Dans le présent rapport, les données sur l'incidence sont basées sur les cas de cancer primitif diagnostiqués et transmis au registre du cancer entre le 1er janvier 1992 et le 31 décembre 2001. Tous les autres cas de cancer additionnels transmis au registre pour cette période seront inclus dans les rapports futurs. Les estimations démographiques font elles aussi l'objet de révisions périodiques. Ainsi, il se pourrait que les taux présentés dans ce rapport ne correspondent pas nécessairement à d'autres données couvrant la même période.

Nombre de taux sont basés sur de petits nombres et sont par conséquent assortis d'un degré élevé de variabilité. En particulier, le nombre de cas (décès) diminuera de façon marquée si les données sont ensuite regroupées selon le sexe et le groupe ethnique ou le type de communauté. Il en résultera une plus grande imprécision des taux pour les plus petits groupes. *Lorsqu'il examinera les taux, le lecteur devrait tenir compte du nombre de cas sur lequel sont basés les taux en question.*

En raison du recours à la méthode indirecte de l'ajustement des taux selon l'âge, les taux spécifiques aux groupes des TNO (c'est-à-dire selon le sexe et le groupe ethnique ou la communauté) ne peuvent pas être comparés les uns avec les autres, car les « poids » utilisés pour effectuer l'ajustement selon l'âge des taux selon le groupe ethnique ou la communauté sont équivalents à la proportion relative d'individus dans un groupe d'âge donné pour ce groupe ethnique ou ce type de communauté particulier. Par conséquent, les taux ajustés selon l'âge pour chaque groupe ethnique ou chaque type de communauté peuvent seulement être comparés aux taux canadiens (population de référence), plutôt qu'à un autre groupe ethnique ou à un autre type de communauté. Par exemple, le taux ajusté selon l'âge pour les hommes dénés ne peut être comparé au taux correspondant pour les hommes inuits; il ne peut être comparé qu'au taux relatif aux hommes canadiens.

Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest (1990-2000) se veut une ressource d'information qui devrait s'avérer utile à un vaste éventail de personnes intéressées à comprendre le cancer dans le Nord. Bien qu'il soit surtout destiné aux fournisseurs de soins de santé et aux planificateurs de programmes, il informera aussi les responsables politiques, les dirigeants communautaires et toute personne intéressée à la question du cancer aux TNO. Le document est une référence importante pour atteindre une meilleure intégration et une meilleure coordination de la prévention, du dépistage et du traitement du cancer et des services de soutien.

Introduction

Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest (1990-2000) dresse un profil du cancer dans la population des Territoires du Nord-Ouest (TNO) et compare les taux ténos à ceux du Canada (1996). Il examine aussi diverses approches de gestion du cancer dans la population. La lutte contre le cancer vise la prévention du cancer, l'élimination du cancer, et l'accroissement du taux de survie et de la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. Pour y arriver, il faut puiser aux connaissances acquises par le biais de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation des résultats pour arriver à définir des stratégies et des actions concrètes.¹

Le rapport se termine par certaines observations relatives à l'élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre le cancer aux TNO, y compris une description de la stratégie canadienne de lutte contre le cancer, les avantages et les désavantages d'une stratégie spécifique au cancer par rapport à une stratégie relative à la maladie chronique (dont le cancer serait une composante), les multiples intervenants et leurs approches actuelles ou éventuelles pour lutter contre le cancer, ainsi que la façon dont les divers aspects de la lutte contre le cancer pourraient être inclus dans le Modèle de prestation de services intégrés.

Qu'est-ce que le cancer?

Le cancer se caractérise par la croissance anormale des cellules dans le corps. Le système immunitaire peut habituellement reconnaître et détruire les cellules anormales. Toutefois, si elles réussissent à déjouer ce mécanisme de défense, les cellules cancéreuses peuvent proliférer et former une masse ou une tumeur.

Une tumeur peut être considérée comme étant bénigne si sa croissance est lente et ne s'étend pas aux tissus avoisinants. Ce type de tumeur peut être extrait au moyen d'une intervention chirurgicale. Par ailleurs, on parle de tumeur maligne lorsque des cellules anormales envahissent les tissus avoisinants et se répandent dans d'autres parties du corps.

Certaines cellules cancéreuses croissent rapidement et d'autres lentement. En outre, certains cancers peuvent être éliminés s'ils font l'objet d'un diagnostic précoce, tandis que d'autres résistent au traitement et sont, par conséquent, potentiellement mortels.

L'apparition du cancer est souvent associée à des facteurs de risque précis. L'hérédité peut avoir un rôle à jouer : les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer peuvent être davantage à risque que d'autres. Dans cette situation, le facteur de risque héréditaire ne peut pas être modifié, mais on peut alors mettre davantage l'accent sur la prévention et le dépistage précoce.

Plus fréquemment, le cancer peut être causé par l'exposition répétée à des substances externes comme la fumée de cigarette, les rayons solaires ultraviolets, des virus ou des agents environnementaux, ou plus rarement à une exposition unique à une dose élevée d'une substance cancérigène. Certaines

Le cancer n'est pas une maladie moderne. Hippocrate a introduit le terme « cancer » au 4^e siècle avant notre ère. Le mot dérive du grec karkinoma, qui veut dire « crabe ». Hippocrate s'est servi du terme cancer, car il avait remarqué que certaines tumeurs au sein avaient des extensions ayant la forme d'une pince ou d'une patte de crabe.

Isabel dos Santos Silva, *Cancer Epidemiology : Principles and Methods*. World Health Organization – international agency for research on cancer, Lyon, France, 1999.



études mentionnent aussi l'obésité, de même que certains types d'aliments, comme facteur de risque indépendant pour certains types de cancer. Vu que l'exposition aux substances ci-dessus augmente le risque d'avoir un cancer, une saine alimentation et l'activité physique peuvent offrir une certaine protection contre cette maladie.

Il faut se rappeler toutefois que le fait d'être exposé à des facteurs de risque ne cause pas nécessairement le cancer. De la même façon, la personne qui pratique la prévention n'a aucune garantie qu'elle ne sera pas atteinte du cancer; son mode de vie diminue seulement le risque qu'elle le soit. Dans la plupart des cas, on ne connaît pas la cause précise du cancer chez une personne, en particulier si elle a été exposée à plusieurs facteurs de risque. De plus, il y a souvent un décalage de cinq à vingt ans avant même que le cancer se développe ou puisse être diagnostiqué. Il est ainsi particulièrement difficile d'attribuer le cancer à un facteur précis.

Bref historique du registre du cancer des Territoires du Nord-Ouest

Aux Territoires du Nord-Ouest, le cancer est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1990. Même si des données sur le cancer existent depuis les années 1960, avant 1990, elles étaient rassemblées à partir de sources diverses, particulièrement des certificats de décès et des renseignements contenus dans les registres du cancer des provinces où les résidents des TNO recevaient des traitements.

Aux fins de la production de rapports nationaux, avant 1992, les données des Territoires du Nord-Ouest étaient fournies au Système national de déclaration des cas de cancer administré par Statistique Canada, lequel n'établissait pas de liens au niveau national. Ainsi, il pouvait arriver que des patients soient enregistrés dans plus d'une province ou territoire. Le Registre canadien du cancer a été mis sur pied en 1992. Ce registre comporte une base de données « axée sur la personne » qui, entre autres choses, assure qu'une personne ne soit enregistrée que dans sa province ou son territoire de résidence au moment du diagnostic de cancer.

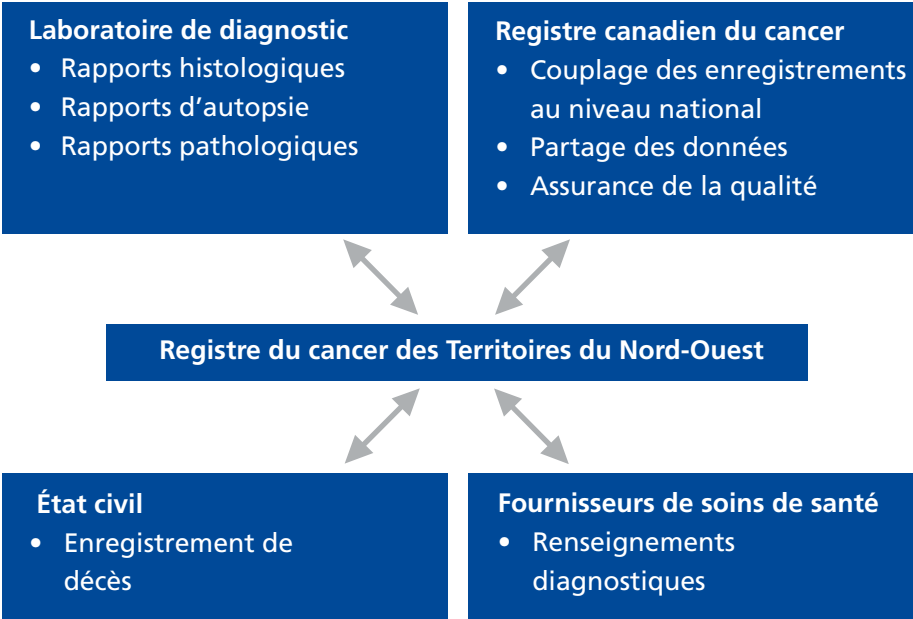
Le couplage des enregistrements au niveau national et la rétroaction fournie par le Registre canadien du cancer aux registres provinciaux et territoriaux du cancer, y compris celui des Territoires du Nord-Ouest permettent d'éviter les dédoublements. Les cas de cancer enregistrés peuvent être alors supprimés du registre des TNO, par exemple dans les cas où l'on a diagnostiqué une tumeur alors qu'une personne vivait dans une autre province (avant d'habiter les TNO). Inversement, les cas de cancer non déclarés chez les résidents des TNO qui ont pu recevoir un diagnostic et être enregistrés ailleurs peuvent être alors ajoutés au registre des TNO. Le Registre canadien du cancer améliore la capacité de produire des rapports exacts.

La déclaration exacte des cas de cancer est particulièrement importante aux Territoires du Nord-Ouest, et ce, en raison de la petite taille de la population. Les statistiques sur le cancer sont très sensibles aux petites variations du nombre de cas.

Collecte de données

Une tumeur qu'on vient de diagnostiquer peut être enregistrée dans le registre du cancer des Territoires du Nord-Ouest de plusieurs façons, comme le montre la figure 1. Habituellement, le laboratoire de diagnostic ou le médecin de premier recours du patient en notifie le registre. Comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est parfois le Registre canadien du cancer qui notifie le registre des TNO d'un cas de cancer diagnostiqué et enregistré ailleurs. L'examen périodique des certificats de décès peut permettre au personnel affecté au registre de répertorier des tumeurs non déclarées ou non diagnostiquées. Lorsqu'un type de cancer est indiqué comme cause du décès sur un certificat de décès, le personnel affecté au registre contacte les fournisseurs de soins de santé pour essayer de vérifier les renseignements diagnostiques pertinents.

Figure 1
Collecte des données relatives à l'enregistrement du cancer





Le pourcentage de cancers confirmés par un examen microscopique et le pourcentage de cas confirmés par certificats de décès seulement sont deux mesures importantes de la qualité des données. Le registre du cancer des TNO a relativement peu d'enregistrements (2,3 %) basés soit sur les certificats de décès seulement, soit sur une méthode inconnue de diagnostic. Parmi les enregistrements sur l'incidence du cancer inclus dans ce rapport, 92 % des cas ont été confirmés par un examen microscopique.

La démarche pour obtenir des enregistrements complets au moyen de sources de renseignements multiples présente de nombreuses difficultés. Beaucoup d'activités visent à assurer l'exactitude, l'exhaustivité et l'intégrité des données.

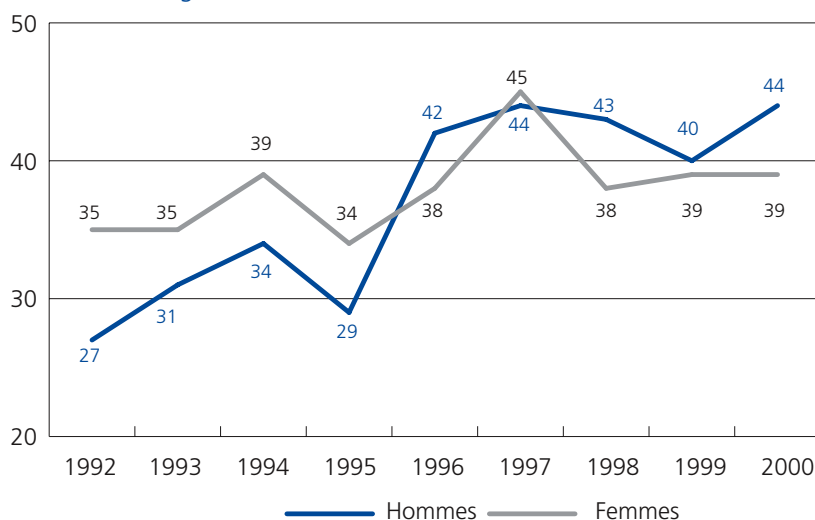
Profil du cancer aux TNO

Incidence du cancer (1992-2000)

Tendances relatives à l'incidence

Aux Territoires du Nord-Ouest, une moyenne de 75 cas de cancer ont été diagnostiqués chaque année de 1992 à 2000. Le nombre annuel de cas variait chez les hommes et chez les femmes, soit de 27 à 44 chez les hommes et de 34 à 45 chez les femmes (figure 2). Dans l'ensemble, le nombre de cancers diagnostiqués chez les hommes semble avoir tendance à augmenter. Toutefois, avant de tirer des conclusions à cet égard, il importe d'examiner les taux. Les taux tiennent compte de la taille de la population à risque, car la diminution ou l'augmentation du nombre de cas peut simplement refléter une augmentation ou une diminution de la population totale.

Figure 2
Nombre de diagnostics de cancer (1992-2000)



Source : Registre du cancer des Territoires du Nord-Ouest

La figure 3 montre les moyennes mobiles^c sur trois ans pour les taux bruts d'incidence. Selon cette analyse, le taux brut d'incidence chez les hommes a augmenté de 36 % (146 à 198 cas par 100 000 années-personnes) de 1992-1994 à 1998-2000, tandis que ce taux est demeuré relativement constant chez les femmes. En ajustant les différences d'âge dans la population entre chaque période, toutefois, on constate que les taux sont demeurés plutôt stables pendant la période, ce qui suggère que l'augmentation des taux bruts d'incidence sont principalement attribuables au vieillissement de la population.

^c Les moyennes mobiles réduisent la variation annuelle du nombre de cas de cancer diagnostiqués. La moyenne mobile sur trois ans est un rapport entre le nombre de cas de cancer sur une période de trois ans et la somme de la population pour chaque année de la période donnée. Si les données de trois années sont combinées pour créer un point dans le graphique, la tendance devient moins variable et forme une courbe plus régulière. Cette approche analytique est particulièrement utile pour évaluer si les taux de cancer augmentent ou diminuent dans de très petites populations comme celle des Territoires du Nord-Ouest.

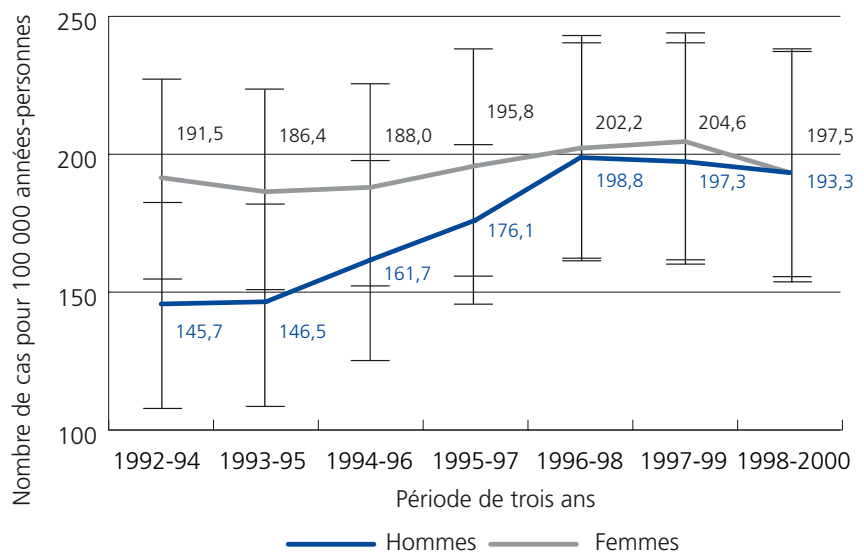
Selon les Statistiques canadiennes sur le cancer, on estime que 139 900 nouveaux cas de cancer et 67 400 décès dus à cette maladie seront enregistrés au Canada en 2003. À l'exception des cancers de la peau sans mélanome, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué demeurera en 2003 le cancer du sein chez les femmes et le cancer de la prostate chez les hommes. Le cancer du poumon continue d'être la principale cause de mortalité par cancer tant chez les hommes que chez les femmes.

Statistiques canadiennes sur le cancer, 2003

À l'échelle nationale, le taux d'incidence du cancer est en général légèrement plus élevé chez les hommes. Même si les taux d'incidence pour les diagnostics de cancer semblent plus élevés chez les femmes par rapport aux hommes (surtout dans la première moitié de la décennie), la différence n'est pas significative du point de vue statistique. Toutefois, il importe de souligner que de petits nombres peuvent entraîner des taux instables et de grands intervalles de confiance, ce qui rend encore plus difficile la détection des différences réelles lors de la comparaison de deux populations.

Figure 3

Taux d'incidence mobile du cancer sur trois ans (1992-2000)



Source : Registre du cancer des TNO et Bureau de la statistique des TNO

Distribution des diagnostics de cancer

Les tableaux 1 et 2 illustrent la distribution des types de cancer chez les hommes et chez les femmes aux TNO. De 1992 à 2000, les cancers diagnostiqués les plus fréquemment chez les hommes sont le cancer colorectal (22 %), le cancer du poumon (19 %) et le cancer de la prostate (11 %). La prévalence de ces cancers est similaire au sein des divers groupes ethniques et des types de communauté, malgré une certaine variation dans les proportions et dans le rang (tableaux 3 et 4). La seule exception concerne le cancer de l'estomac, qui est le deuxième cancer prévalent chez les hommes inuits et le troisième, à égalité avec celui de la prostate, chez les hommes dénés.

Représentant 28 % de tous les diagnostics de cancer, le cancer du sein est le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les femmes. Il est suivi du cancer colorectal (15 %) et du cancer du poumon (14 %). Comme chez les hommes, les trois diagnostics de cancer les plus fréquents chez les femmes varient au sein des divers groupes ethniques et des types de communauté, mais varient légèrement par le rang (tableaux 3 et 4).

Tableau 1
Cancers diagnostiqués chez les hommes aux TNO (1992-2000)

Siège du cancer	Total	%
Tous les sièges	334	100
Côlon et rectum	74	22,2
Poumon	65	19,5
Prostate	38	11,4
Estomac	22	6,6
Lymphomes non hodgkiniens	18	5,4
Cavité buccale	14	4,2
Vessie	12	3,6
Reins	12	3,6
Testicule	11	3,3
Autre	68	20,3

Source : Registre du cancer des TNO

Tableau 2
Cancers diagnostiqués chez les femmes aux TNO (1992-2000)

Siège du cancer	Total	%
Tous les sièges	342	100
Sein	96	28,1
Côlon et rectum	53	15,5
Poumon	49	14,3
Pancréas	15	4,4
Ovaire	15	4,4
Cavité buccale	13	3,8
Mélanome malin	13	3,8
Col utérin	13	3,8
Rein	12	3,5
Foie et vésicule biliaire	11	3,2
Autre	52	15,2

Source : Registre du cancer des TNO

Tableau 3a
Trois principaux cancers diagnostiqués chez les hommes selon le groupe ethnique

		Hommes		
		Dené (n=109)	Inuit (n=32)	Autre (n=193)
Rang	1	Côlon et rectum (35 %)	Trachée, bronches et poumons (25 %)	Trachée, bronches et poumons (19 %)
	2	Trachée, bronches et poumons (19 %)	Estomac (16 %)	Côlon et rectum (17 %)
	3	Prostate (7 %) Estomac (7 %)	x	Prostate (14 %)

La catégorie « Autres » comprend les Métis et les non-Autochtones. La lettre X indique que les cellules ayant moins de cinq cas ont été supprimées. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque groupe ethnique, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000)

Tableau 3b

Trois principaux cancers diagnostiqués chez les femmes selon le groupe ethnique

		Femmes		
		Déné (n=102)	Inuit (n=36)	Autre (n=204)
Rang	1	Sein (24 %)	Sein (22 %) Côlon et rectum (22 %)	Sein (31 %)
	2	Côlon et rectum (22 %)		Trachée, bronches et poumons (13 %)
	3	Trachée, bronches et poumons (16 %)	Trachée, bronches et poumons (19 %)	Côlon et rectum (11 %)

La catégorie « Autres » comprend les Métis et les personnes non autochtones. Le X indique que les cellules ayant moins de cinq cas ont été supprimées. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque groupe ethnique, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000)

Tableau 4a

Trois principaux diagnostics de cancer chez les hommes selon le type de communauté

		Hommes		
		Yellowknife (n=120)	Centres régionaux (n=81)	Petites communautés (n=133)
Rang	1	Trachée, bronches et poumons (19 %)	Côlon et rectum (20 %)	Côlon et rectum (30 %)
	2	Côlon et rectum (16 %)	Trachée, bronches et poumons (16 %)	Trachée, bronches et poumons (22 %)
	3	Prostate (13 %)	Prostate (12 %)	Prostate (9 %)

Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque type de communauté, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000)

Tableau 4b

Trois principaux diagnostics de cancer chez les femmes selon le type de communauté

		Femmes		
		Yellowknife (n=117)	Centres régionaux (n=120)	Petites communautés (n=105)
Rang	1	Sein (32 %)	Sein (30 %)	Trachée, bronches et poumons (23 %)
	2	Colorectal (12 %)	Colorectal (15 %)	Sein (22 %)
	3	Trachée, bronches et poumons (11 %)	Trachée, bronches et poumons (10 %)	Côlon et rectum (20 %)

Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque type de communauté, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000)

Comparaison des taux d'incidence du cancer aux TNO et au Canada

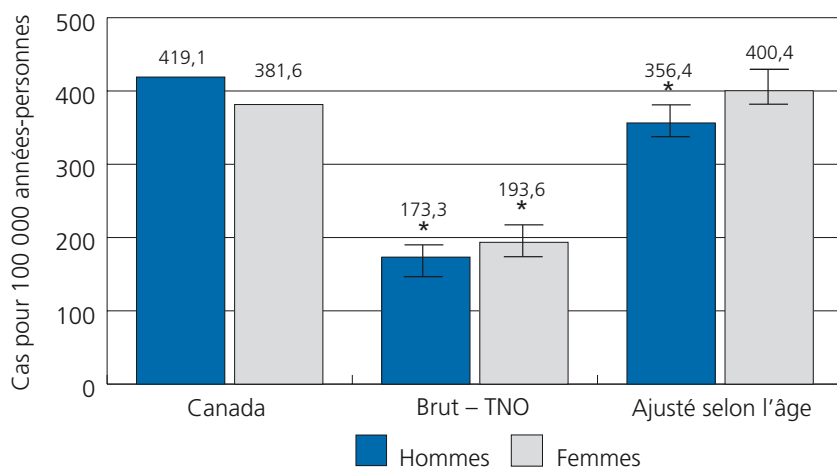
Les taux bruts sont importants pour mesurer le fardeau réel qu'impose le cancer au système de santé. Toutefois, il ne convient pas de les utiliser pour comparer les taux d'une région à l'autre. Par exemple, la population des Territoires du Nord-Ouest est relativement plus jeune que celle du Canada dans son ensemble. Étant donné que le cancer tend à toucher les personnes plus âgées, il n'est pas étonnant que les taux bruts d'incidence chez les hommes et chez les femmes aux TNO soient inférieurs ou égaux à la moitié des taux au Canada (figure 4).

Pour tenir compte des différences d'âge qui existent entre deux populations, les taux sont souvent ajustés. Bien que les taux ajustés selon l'âge ne soient pas « réels » (c'est-à-dire qu'ils ne représentent pas le fardeau actuel du cancer dans la population), ils donnent une idée du risque relatif d'être atteint du cancer dans la population ténosé et dans la population canadienne. Si on examinait seulement les taux bruts, on pourrait conclure des taux peu élevés des TNO que le fait de vivre aux Territoires offre une certaine protection contre le cancer. Les taux ajustés selon l'âge fournissent une autre indication; les taux bruts de cancer peu élevés qu'on retrouve aux TNO sont en réalité attribuables au fait que la population ténosé est plus jeune que dans le reste du Canada.

Lorsqu'on tient compte des différences qui existent dans la distribution de l'âge entre les TNO et la population canadienne^d, les hommes ténosés ont 15 % moins de risque d'avoir le cancer que les hommes canadiens, tandis que les femmes ténosées ont les mêmes taux de cancer que les femmes canadiennes (figure 4).

Figure 4

Taux d'incidence du cancer aux TNO et au Canada
(Taux bruts par rapport aux taux ajustés selon l'âge)



Le taux est significativement plus bas * (valeur p inférieure à 0,05) que le taux canadien selon le sexe.
Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

^d Les taux sont ajustés selon l'âge au moyen de la méthode indirecte pour la standardisation, la population canadienne de 1996 servant de population standard. Des tests de signification statistique et d'intervalles de confiance ont été calculés en tenant compte de la distribution de Poisson. Le niveau de signification a été défini par une valeur p inférieure à 0,05.

Selon les données examinées par le groupe de travail sur le cancer de l'International Union for Circumpolar Health, les Inuits des régions circumpolaires ont les taux les plus élevés de cancers qui sont les plus rares parmi les autres populations : nasopharynx, glandes salivaires et œsophage. On a même attribué le terme « eskimoma » pour désigner le type de tumeur des glandes salivaires qu'on observe fréquemment chez les Inuits.

Hildes J.A., Schaefer O. The changing picture of neoplastic disease in the western and central Canadian Arctic (1950-1980). Canadian Medical Association Journal, 1984, n° 130, p. 25-33.

Le tableau 5 donne un aperçu, selon le sexe, des sièges de cancer dont les taux d'incidence ajustés selon l'âge sont significativement plus bas ou plus hauts par rapport à l'ensemble du Canada. Le rapport d'incidence standardisé (RIS) est le rapport entre le nombre de cas observés et le nombre de cas prévus lorsque les taux sont ajustés selon l'âge. Si le nombre de cas observés est égal au nombre de cas prévus, le RIS est égal à 1,0. Si le RIS est supérieur à 1,00, le nombre de cas observés est supérieur au nombre de cas prévus; le cas contraire se traduit par un RIS inférieur à 1,00. Le produit du RIS et du taux canadien fournit le taux ajusté selon l'âge pour les TNO.

Lorsqu'on examine le RIS, il est important de tenir compte des intervalles de confiance. Comme le nom l'indique, l'intervalle de confiance est l'intervalle qui contiendra la « vraie » valeur (dans ce cas, le RIS) dans 19 cas sur 20. Si l'intervalle de confiance se situe autour de 1,0, on ne peut pas dire que le taux ténos diffère du taux canadien.

À mesure que le nombre de cas de cancer diminue, l'intervalle de confiance s'élargit et le taux ou rapport calculé devient moins stable et moins exact. Par exemple, pour le cancer du foie et de la vésicule biliaire chez les femmes, le RIS est de 3,3. Si on se fonde sur les intervalles de confiance, la vraie valeur du RIS peut se situer n'importe où entre 1,7 et 6,0. Un intervalle de confiance de cette ampleur fait du RIS de 3,3 une estimation très imprécise. Par conséquent, le taux d'incidence du cancer du foie et de la vésicule biliaire chez les femmes aux TNO peut être de presque 1,7 fois à 6,0 fois celui du cancer du foie et de la vésicule biliaire chez les femmes canadiennes.

Tableau 5

Cancers aux TNO et taux d'incidence ajustés selon l'âge
Taux inférieurs ou supérieurs aux taux du Canada

Sexe	Site du cancer	Nombre de cas (1992-2000)	Rapport d'incidence standardisé (RIS) et intervalles de confiance
Hommes	Côlon et rectum**	74	1,47 (1,16, 1,85)
	Prostate*	38	0,49 (0,35, 0,67)
	Estomac**	22	1,94 (1,22, 2,94)
Femmes	Côlon et rectum**	53	1,69 (1,27, 2,21)
	Poumon**	49	1,44 (1,07, 1,91)
	Pancréas**	15	2,45 (1,37, 4,04)
	Cavité buccale**	13	2,60 (1,38, 4,44)
	Foie/vésicule biliaire**	11	3,33 (1,66, 5,95)
	Utérus*	6	0,38 (0,14, 0,82)

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. Mise en garde : Les sièges de cancer ayant cinq cas ou moins ont été supprimés. L'interprétation des données sur les sièges de cancer ayant de 6 à 10 cas exige de la prudence en raison de l'instabilité des taux (se reporter aux intervalles de confiance). Les sièges ayant de 11 à 20 cas produisent aussi des taux instables (se reporter aux intervalles de confiance).

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Voici quelques observations relatives aux taux présentés au tableau 5 :

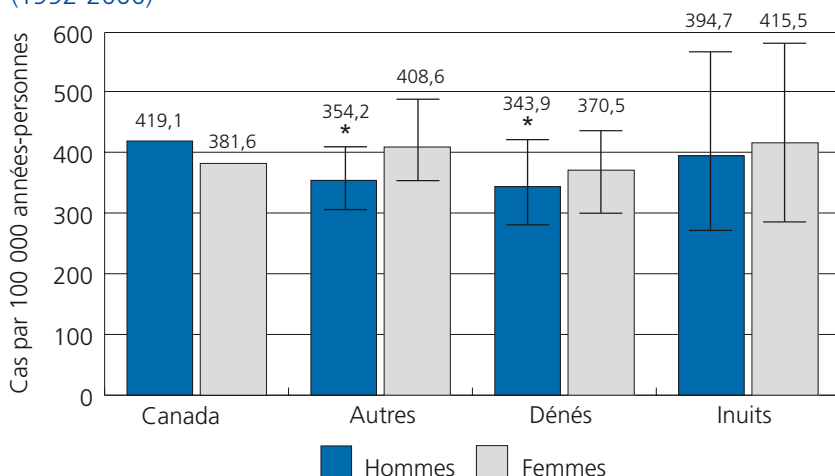
- Chez les hommes, le taux de cancer colorectal ajusté selon l'âge est presque de 1,5 fois plus élevé aux TNO que dans le reste du Canada.
- Le risque de cancer de la prostate est de la moitié moindre chez les hommes ténos que chez les Canadiens, et ce, même si le cancer de la prostate se situe au troisième rang des cancers prévalents chez les hommes aux TNO.
- Chez les hommes, le taux de cancer de l'estomac ajusté selon l'âge est de 1,9 fois le taux canadien.
- Le taux de cancer du sein ajusté selon l'âge est similaire aux taux nationaux, et ce, même si le cancer du sein est le plus prévalent chez les femmes (voir l'annexe 5).
- Les cancers colorectal et du poumon, qui sont respectivement au deuxième et troisième rang pour la prévalence chez les femmes aux TNO, présentent des taux ajustés selon l'âge qui sont presque de 1,7 et 1,4 fois respectivement plus élevés que le taux national pour les femmes.
- Les taux de cancer du pancréas, de la cavité buccale, du foie et de la vésicule biliaire chez les femmes sont entre 2,5 et 3,3, fois plus élevés que le taux nationaux pour les femmes, même si les intervalles de confiance indiquent des estimations très imprécises.

Incidence du cancer selon le groupe ethnique

Lorsqu'on ajuste en fonction de l'âge les taux d'incidence pour chacun des groupes ethniques, les hommes du groupe non-Autochtones/Métis et les Dénés ont respectivement 15 % et presque 20 % moins de risque d'avoir le cancer que les hommes canadiens (figure 5). Chez les femmes, les taux pour chaque groupe ethnique sont similaires à ceux qu'on retrouve chez les femmes canadiennes.

Figure 5

Taux d'incidence du cancer standardisés selon l'âge, selon le groupe ethnique (1992-2000)



Le taux d'incidence standardisé selon l'âge est significativement plus bas * (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. La catégorie « Autres » comprend les non-Autochtones et les Métis.
Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

On croit que l'infection au virus Epstein-Barr à un jeune âge et à un degré de virulence supérieur à celui qu'on trouve dans la plupart des autres populations pourrait en partie expliquer le taux d'incidence extrêmement élevé de cancer du nasopharynx dans l'ensemble de la population inuite.

Bjerregaard P., Young T.K. « Chronic Diseases », in The Circumpolar Inuit: health of a population in transition. Munksgaard, Copenhagen, 1998.

Chez les hommes du groupe non-Autochtones/Métis, le risque d'avoir le cancer de la prostate est de 35 % inférieur à celui des Canadiens. Chez les Dénés, ce taux est inférieur de plus de 70 %. Par ailleurs, le taux de cancer colorectal ajusté selon l'âge chez les Dénés est de 2,2 fois plus élevé que le taux national (tableau 6).

Chez les femmes dénées, le taux de cancer colorectal ajusté selon l'âge est presque de 1,9 fois plus élevé que le taux national. Il est de 2,5 fois plus élevé chez les femmes inuites. Les taux de cancer du pancréas et de la cavité buccale ajustés selon l'âge étaient de plus de trois fois plus élevés chez les femmes du groupe non-Autochtones/Métis que le taux national. Le taux de cancer du foie/vésicule biliaire étaient de 4,7 fois plus élevé chez les femmes dénées. Les larges intervalles de confiance pour ces cancers (sauf pour le cancer colorectal chez les femmes dénées) suggèrent une instabilité des taux (tableau 6).

Tableau 6

Cancers chez les groupes ethniques et taux d'incidence ajustés selon l'âge
Taux inférieurs ou supérieurs aux taux du Canada

Sexe	Groupe ethnique	Site du cancer	Nombre de cas (1992-2000)	Rapport d'incidence standardisé (RIS) et intervalles de confiance
Hommes	Dénés	Côlon et rectum** Prostate*	38 8	2,19 (1,55, 3,01) 0,27 (0,12, 0,53)
	Autre	Prostate*	27	0,65 (0,43, 0,95)
Femmes	Dénés	Côlon et rectum**	22	1,88 (1,18, 2,84)
		Foie/vésicule biliaire**	6	4,67 (1,71, 10,16)
	Inuites	Côlon et rectum**	8	2,46 (1,06, 4,85)
	Autre	Pancréas** Cavité buccale**	10 9	3,18 (1,53, 5,84) 3,10 (1,42, 5,88)

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. La catégorie « Autres » comprend les non-Autochtones et les Métis.

Mise en garde : Les sièges de cancer ayant cinq cas ou moins ont été supprimés. L'interprétation des données sur les sièges de cancer ayant de 6 à 10 cas exige de la prudence en raison de l'instabilité des taux (se reporter aux intervalles de confiance). Les sièges ayant de 11 à 20 cas produisent aussi des taux instables (se reporter aux intervalles de confiance).

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Incidence du cancer selon le type de communauté

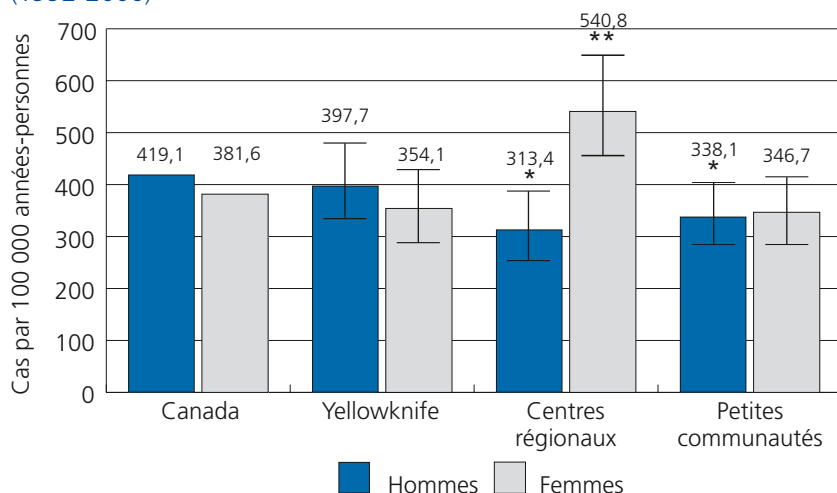
La taille de la population de la plupart des communautés des TNO est en général trop petite pour qu'on puisse effectuer des analyses au niveau communautaire. Par conséquent, les données ont été agrégées selon trois types de communautés distinctes : Yellowknife, les centres régionaux (Hay River, Fort Smith et Inuvik), et les « petites communautés » (qui comprennent toutes les autres communautés des TNO). Les communautés ont été regroupées dans l'un

ou l'autre de des trois types de communautés en fonction de facteurs socio-démographiques similaires.

Des analyses semblables à celles présentées dans la section précédente sur les groupes ethniques sont effectuées pour déterminer si le nombre observé de nouveaux diagnostics de cancer est supérieur ou inférieur au nombre de cas prévus si les taux canadiens pour l'âge en question existaient dans le type de communauté. En général, les hommes des petites communautés et des centres régionaux présentent des taux de cancer qui sont presque de 20 % et de 25 % inférieur aux taux chez les hommes au Canada. Par ailleurs, les femmes des centres régionaux affichent des taux qui sont de 40 % plus élevés que les taux calculés pour les femmes au Canada. Chez les hommes et les femmes de Yellowknife et chez les femmes des petites communautés, les taux de cancer sont similaires à ceux des hommes et des femmes canadiens.

Figure 6

Taux d'incidence du cancer ajustés selon l'âge, selon le type de communauté (1992-2000)



Le taux d'incidence standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO.

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Bien que le taux d'incidence de tous les cancers combinés soit inférieur chez les hommes des centres régionaux et des petites communautés (figure 6), le taux de cancer de l'estomac dans les centres régionaux et le taux de cancer colorectal dans les petites communautés étaient presque de 2,9 et de 1,8 fois plus élevés que les taux qui s'appliquent aux hommes canadiens. Cependant, le nombre de cancers de la prostate demeure moins de la moitié du taux auquel on aurait pu s'attendre, surtout dans les centres régionaux et les petites communautés.

Le taux de cancer colorectal est de 1,7 fois plus élevé chez les femmes des petites communautés et de 2,2 fois plus élevé chez celles des centres régionaux. À Yellowknife, le taux de cancer du pancréas est de 4,2 fois plus élevé que dans

La tendance du cancer chez les Inuits peut servir de marqueur des changements sociaux et culturels. Schaefer a noté un déclin dans la proportion des cancers « traditionnels » (glandes salivaires, nasopharynx, œsophage) par rapport aux cancers « modernes » (poumon, col utérin, côlon et sein), entre 1950 et 1966 et entre 1974 et 1980, dans les régions du centre et de l'ouest de l'Arctique canadien.

Hildes JA, Schaefer O. The changing picture of neoplastic disease in the western and central Canadian Arctic (1950-1980). Canadian Medical Association Journal, 1984, 130:25-33)

les autres types de communautés. Dans les centres régionaux, le taux de cancer de la cavité buccale est presque 7 fois la valeur canadienne. Encore une fois, les intervalles de confiance du RIS sont relativement larges, ce qui indique des taux instables. Les taux de cancer du poumon et du rein chez les femmes des petites communautés sont de 1,8 fois et de 2,7 fois ceux qu'on retrouve chez les femmes canadiennes.

Tableau 7

Cancers selon le type de communauté et taux d'incidence ajustés selon l'âge
Taux inférieurs ou supérieurs aux taux canadiens

Sexe	Type de communauté	Site du cancer	Nombre de cas (1992-2000)	Rapport d'incidence standardisé (RIS) et intervalles de confiance
Hommes	Centres régionaux	Prostate*	10	0,44 (0,21, 0,80)
		Estomac**	9	2,89 (1,32, 5,48)
	Petites communautés	Côlon et rectum**	39	1,81 (1,28, 2,47)
		Prostate*	12	0,33 (0,17, 0,58)
Femmes	Yellowknife	Pancréas**	8	4,15 (1,79, 8,18)
	Centres régionaux	Côlon et rectum**	18	2,18 (1,29, 3,44)
		Cavité buccale**	9	6,95 (3,18, 13,20)
	Petites communautés	Poumon**	24	1,83 (1,17, 2,73)
		Côlon et rectum**	21	1,65 (1,02, 2,53)
		Rein**	7	2,70 (1,09, 5,57)

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Mise en garde : Les sièges de cancer ayant cinq cas ou moins ont été supprimés. L'interprétation des données sur les sièges de cancer ayant de 6 à 10 cas exige de la prudence en raison de l'instabilité des taux (se reporter aux intervalles de confiance). Les sièges ayant de 11 à 20 cas produisent aussi des taux instables (se reporter aux intervalles de confiance).
Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

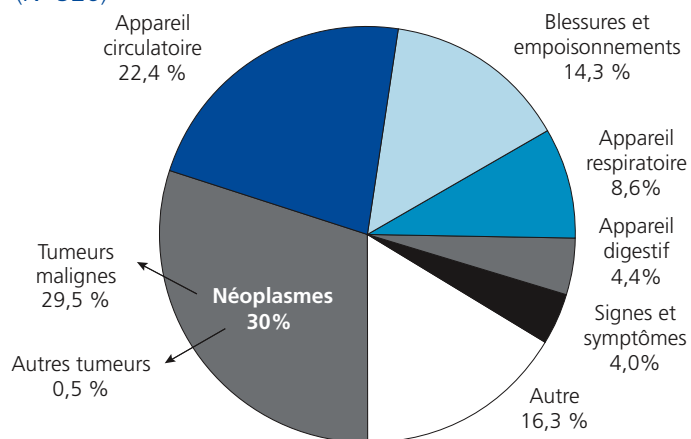
Mortalité par cancer (1990-1999)

Le cancer est la principale cause de décès aux TNO

Les néoplasmes (qui comprennent les tumeurs malignes, bénignes et in situ) ont constitué la principale cause de décès aux TNO, entre 1990 et 1999, ce qui représente presque un décès sur quatre. La plus grande partie des décès associés aux néoplasmes sont causés par des tumeurs malignes. Au Canada, les néoplasmes étaient la seconde cause de décès (28 % de tous les décès) au cours de la période allant de 1990 à 1999. Aux TNO, ils ont été la cause de 30 % des décès chez les femmes. Les néoplasmes sont la cause de 21 % des décès chez les hommes, soit d'un décès sur cinq, ce qui en fait la troisième cause de décès chez ce groupe, après les blessures et les empoisonnements et les maladies cardiovasculaires (figure 8).

Figure 7

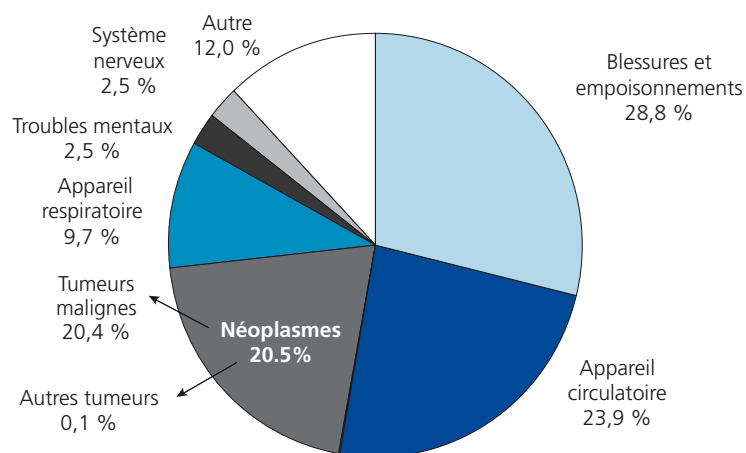
Causes de décès chez les femmes aux TNO, selon les rubriques de la CIM-9 (N=526)



Source : État civil des TNO (1990-1999)

Figure 8

Causes de décès chez les hommes aux TNO, selon les rubriques de la CIM-9 (N=907)

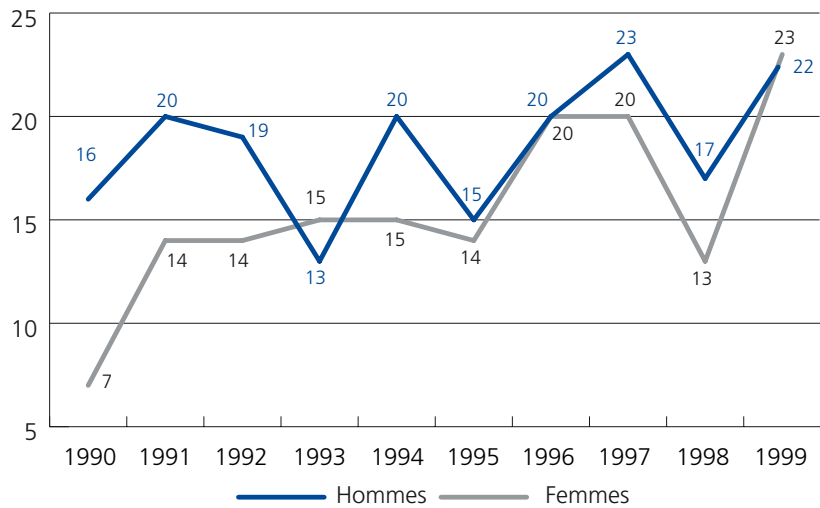


Source : État civil des TNO (1990-1999)

Tendances en matière de mortalité

Entre 1990 et 1999, le cancer a causé en moyenne 34 décès par année, le nombre annuel de décès variant de 13 à 23 chez les hommes et de 7 à 23 chez les femmes. Si l'on ne tient pas compte de la taille de la population à risque, le nombre de décès par cancer semble représenter une tendance à la hausse chez les femmes (figure 9). Le calcul des taux fournira plus de renseignements pour déterminer si une telle tendance existe bel et bien.

Figure 9
Nombre de décès liés au cancer (1990-1999)

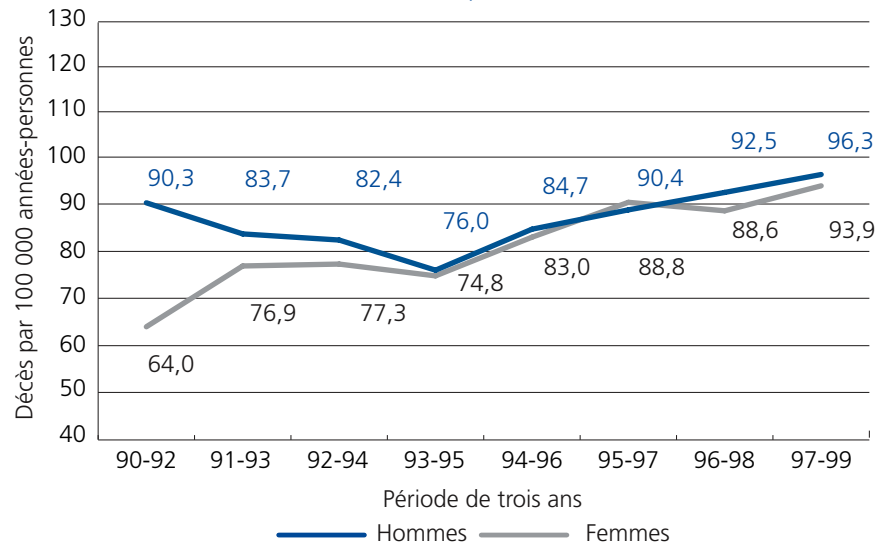


Source : État civil des TNO

La moyenne mobile sur trois ans du taux de mortalité chez les femmes affiche une augmentation de 47 %, puisqu'elle est passée de 64 décès par 100 000 années-personnes entre 1990 et 1992 à 94 décès par années-personnes entre 1997 et 1999 (figure 10). Toutefois, cette tendance apparente disparaît lorsqu'on tient compte des différences annuelles de la distribution de l'âge. Ainsi, le vieillissement de la population féminine explique en grande partie ce phénomène.

Comme c'est le cas des taux d'incidence, les taux de mortalité par cancer sont similaires chez les hommes et chez les femmes.

Figure 10
Taux mobile sur trois ans de la mortalité par cancer (1990-1999)



Source : État civil des TNO

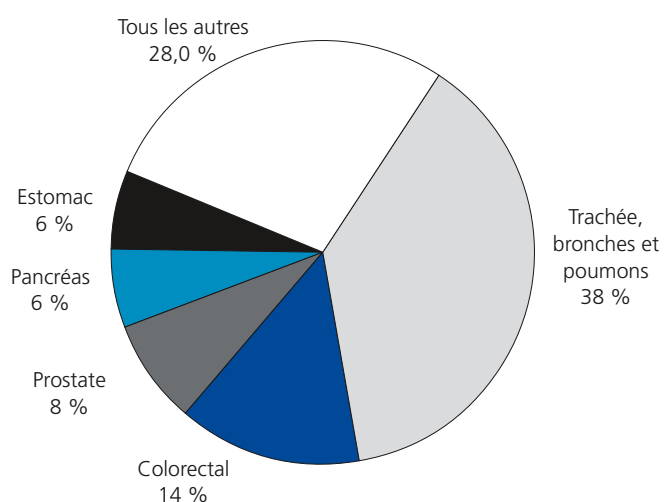
Distribution des décès par cancer

Les figures 11 et 12 montrent la distribution des décès par cancer chez les hommes et chez les femmes. Bien que le cancer du poumon représente moins d'un diagnostic de cancer sur cinq, il cause presque le tiers de tous les décès par cancer.

Le cancer colorectal est la deuxième cause la plus fréquente de décès par cancer, devant le cancer de la prostate et le cancer du sein. Cette tendance s'observe chez les différents groupes ethniques et dans les divers types de communauté (tableaux 8 et 9).

Figure 11

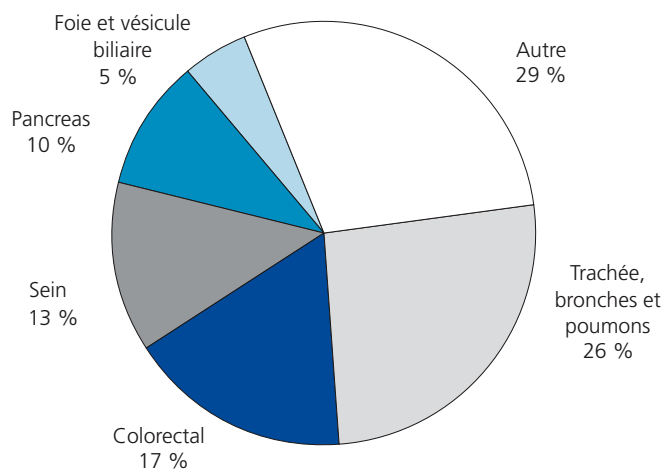
Distribution des décès par cancer chez les hommes (1990-1999) (n=185)



Source : État civil des TNO

Figure 12

Distribution des décès par cancer chez les femmes (1990-1999) (n=155)



Source : État civil des TNO

Tableau 8a

Les trois principales causes de décès par cancer chez les hommes, selon le groupe ethnique

		Hommes		
		Dénés (n=73)	Inuits (n=26)	Autres (n=86)
Rang	1	Trachée, bronches et poumons (36 %)	Trachée, bronches et poumons (39 %)	Trachée, bronches et poumons (38 %)
	2	Côlon et rectum (18 %)	x	Côlon et rectum (12 %)
	3	Estomac (10 %)	x	Prostate (11 %)

La catégorie « Autres » comprend les non-Autochtones et les Métis. Le X indique que les cellules ayant moins de cinq cas ont été supprimées. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque groupe ethnique, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : État civil des TNO (1990-1999)

Tableau 8b

Les trois principales causes de décès par cancer chez les femmes, selon le groupe ethnique

		Femmes		
		Dénés (n=55)	Inuits (n=22)	Autres (n=78)
Rang	1	Colorectal (20 %) Trachée, bronches et poumons (20 %)	Trachée, bronches et poumons (36 %)	Trachée, bronches et poumons (27 %)
	2		Colorectal (23 %)	Sein (15 %)
	3	Sein (13 %)	x	Colorectal (14 %)

La catégorie « Autres » comprend les non-Autochtones et les Métis. Le X indique que les cellules ayant moins de cinq cas ont été supprimées. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque groupe ethnique, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : État civil des TNO (1990-1999)

Tableau 9a

Les trois principales causes de décès par cancer chez hommes, selon le type de communauté

		Hommes		
		Yellowknife (n=48)	Centres régionaux (n=45)	Petites communautés (n=92)
Rang	1	Trachée, bronches et poumons (42 %)	Trachée, bronches et poumons (27 %)	Trachée, bronches et poumons (40 %)
	2	Prostate (13 %)	Côlon et rectum (13 %)	Côlon et rectum (15 %)
	3	Côlon et rectum (10 %)	Estomac (11 %)	Prostate (7 %) Pancréas (7 %) Foie et vésicule biliaire (7 %)

Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque type de communauté, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.

Source : État civil des TNO (1990-1999)

Tableau 9b

Les trois principales causes de décès par cancer chez femmes, selon le type de communauté

		Femmes		
		Yellowknife (n=45)	Centres régionaux (n=50)	Petites communautés (n=60)
Rang	1	Trachée, bronches et poumons (27 %)	Colorectal (20 %) Trachée, bronches et poumons (20 %)	Trachée, bronches et poumons (30 %)
	2	Colorectal (20 %)		Colorectal (13 %)
	3	Sein (16 %) Pancréas (16 %)	Sein (10 %)	Sein (13 %)

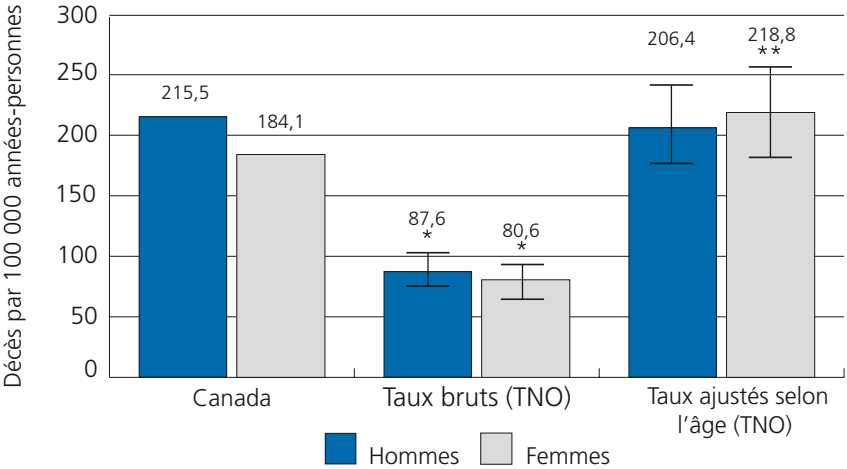
Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Les valeurs « n » représentent le nombre de cas dans chaque type de communauté, pour chacun des sexes, et le signe « % » en représente la proportion.
Source : État civil des TNO (1990-1999)

Comparaison des taux de mortalité par cancer aux TNO et au Canada

Les taux bruts de mortalité chez les hommes et les femmes aux TNO sont moins de la moitié les taux de mortalité canadiens pour le sexe correspondant (figure 13). Lorsqu’on ajuste selon l’âge les taux de mortalité aux TNO, le taux de mortalité chez les femmes ténaises est de presque 20 % plus élevé que le taux de mortalité chez les femmes canadiennes. Par ailleurs, le taux de mortalité chez les hommes ténais est similaire à celui des hommes canadiens.

Les taux de mortalité par cancer du poumon et par cancer colorectal ajustés selon l’âge sont presque de 50 % et de 80 % plus élevés chez les femmes ténaises que chez les femmes canadiennes (tableau 10). Cependant, les taux pour le cancer du pancréas et pour le cancer du foie et de la vésicule biliaire sont de 2,7 et de 3,6 fois les taux au Canada, même si les larges intervalles de confiance semblent indiquer des valeurs instables.

Figure 13
Taux de mortalité par cancer aux TNO et au Canada
Taux bruts et taux des TNO ajustés selon l’âge



Le taux est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes.
Source : État civil des TNO (1990-1999) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Tableau 10

Décès par cancer aux TNO et taux inférieurs ou supérieurs aux taux au Canada

Sexe	Siège du cancer	Nombre de décès (1990-1999)	Rapport de mortalité standardisé (RMS) et intervalles de confiance
Femmes	Poumon**	40	1,46 (1,04, 1,99)
	Colorectal**	27	1,81 (1,20, 2,64)
	Pancréas**	16	2,69 (1,54, 4,37)
	Foie/Vésicule biliaire*	8	3,58 (1,54, 7,04)

Le taux standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien selon le sexe. Mise en garde : Les sièges de cancer ayant cinq cas ou moins ont été supprimés. L'interprétation des données sur les sièges de cancer ayant de 6 à 10 cas exige de la prudence en raison de l'instabilité des taux (se reporter aux intervalles de confiance). Les sièges ayant de 11 à 20 cas produisent aussi des taux instables (se reporter aux intervalles de confiance).

Source : Registre du cancer des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

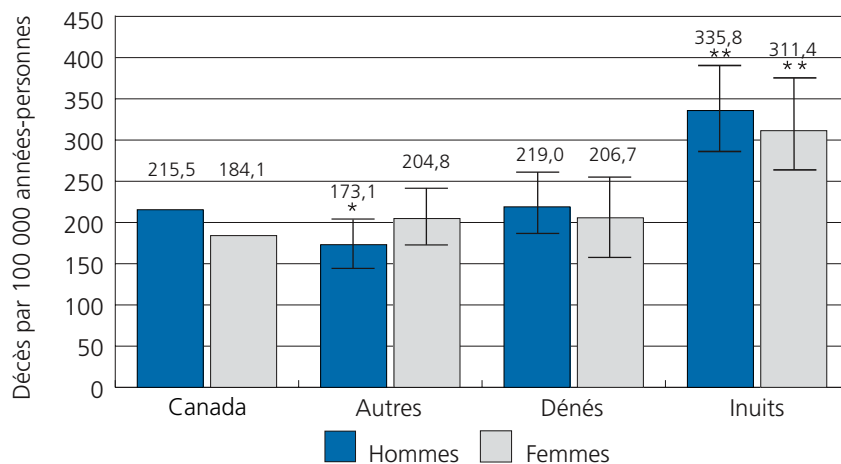
Taux de mortalité par cancer, selon le groupe ethnique

Chez les hommes et les femmes inuits, les taux de mortalité par cancer ajustés selon l'âge sont de plus de 55 % et de presque 70 % supérieurs aux taux de mortalité par cancer au Canada (figure 14). Du fait que les taux d'incidence sont similaires aux taux canadiens, ces taux élevés de mortalité pourraient laisser croire que le diagnostic et le traitement tardifs contribuent aux piètres résultats dans la population inuite. Pour tester la validité de cette hypothèse, il faudrait collecter et analyser des données telles que le stade du cancer auquel le diagnostic a été posé.

Le nombre de décès par cancer est de 20 % inférieur aux prévisions chez les hommes du groupe non-Autochtones/Métis. Tous les autres taux des TNO sont comparables aux taux canadiens.

Figure 14

Taux de mortalité par cancer standardisé selon l'âge, selon le groupe ethnique (1990-1999)



Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien selon le sexe. La catégorie «Autres » comprend les Métis et les personnes non autochtones.

Source : État civil des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Pour les groupes ethniques figurant au tableau 11, le taux de mortalité ajusté selon l'âge pour le cancer du poumon chez les femmes inuites est de 2,8 fois supérieur à celui des femmes canadiennes. Si l'on supprime les décès reliés au cancer du poumon, la différence entre le taux de mortalité ajusté selon l'âge pour les Inuits et le taux de mortalité pour le Canada diminuent d'environ 55 % chez les hommes et chez les femmes.

Le taux ajusté selon l'âge pour le cancer du pancréas chez les femmes du groupe non-Autochtones/Métisses est 3,1 fois le taux calculé pour les femmes canadiennes.

Tableau 11
Cancers chez les groupes ethniques et taux de mortalité ajustés selon l'âge
Taux inférieurs ou supérieurs aux taux au Canada

Sexe	Groupe ethnique	Cancer Site	Nombre de décès (1990-1999)	Rapport de mortalité standardisé (RMS) et intervalles de confiance
Femmes	Inuit	Poumon**	8	2,83 (1,22, 5,58)
	Autre	Pancréas**	9	3,06 (1,40, 5,81)

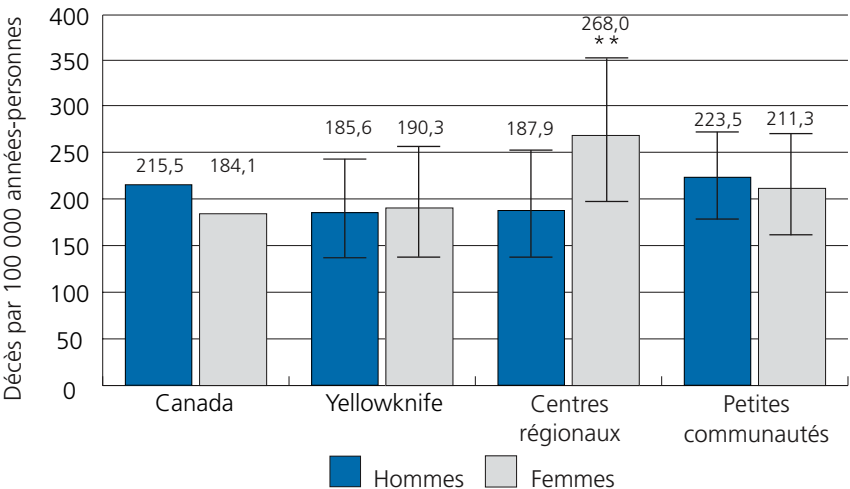
Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien selon le sexe. La catégorie «Autres » comprend les Métis et les personnes non autochtones. Mise en garde : Les sièges de cancer ayant cinq cas ou moins ont été supprimés. L'interprétation des données sur les sièges de cancer ayant de 6 à 10 cas exige de la prudence en raison de l'instabilité des taux (se reporter aux intervalles de confiance). Les sièges ayant de 11 à 20 cas produisent aussi des taux instables (se reporter aux intervalles de confiance).

Source : État civil des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Taux de mortalité par cancer selon le type de communauté

En plus d'afficher des taux d'incidence ajustés selon l'âge (figure 6) plus élevés, les femmes qui vivent dans les centres régionaux présentent des taux de mortalité qui sont presque de 50 % plus élevés que les taux existant chez les femmes canadiennes (figure 15).

Figure 15
Taux de mortalité normalisés selon l'âge, selon le type de communauté (1990-1999)



Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Source : État civil des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Au tableau 12, le taux de mortalité par cancer du foie/vésicule biliaire chez les hommes des petites communautés est de 3,3 fois supérieur au taux national chez les hommes. Chez les femmes, les taux de mortalité par cancer colorectal dans les centres régionaux et du cancer du pancréas à Yellowknife sont de plus de 2,6 et de 4,1 fois supérieurs à ceux des femmes canadiennes. Une fois de plus, les larges intervalles de confiance suggèrent des taux instables.

Tableau 12

Décès par cancer, selon le type de communauté. Taux inférieurs ou supérieurs au taux canadiens

Sexe	Type de communauté	Siège du cancer	Nombre de décès (1990-1999)	Rapport de mortalité standardisé (RMS) et intervalles de confiance
Hommes	Petites communautés	Foie/vésicule biliaire**	6	3,28 (1,21, 7,15)
Femmes	Yellowknife	Pancréas**	7	4,06 (1,63, 8,35)
	Centre régionaux	Colorectal**	10	2,60 (1,25, 4,77)

Le taux de mortalité standardisé selon l'âge est significativement plus bas * ou plus haut ** (valeur de p inférieure à 0,05) que le taux canadien pour chacun des sexes. Les centres régionaux comprennent Fort Smith, Hay River et Inuvik. Les petites communautés comprennent toutes les autres communautés des TNO. Mise en garde : Les sièges de cancer ayant cinq cas ou moins ont été supprimés. L'interprétation des données sur les sièges de cancer ayant de 6 à 10 cas exige de la prudence en raison de l'instabilité des taux (se reporter aux intervalles de confiance). Les sièges ayant de 11 à 20 cas produisent aussi des taux instables (se reporter aux intervalles de confiance).

Source : État civil des TNO (1992-2000) et Bureau du cancer de Santé Canada (1996).

Une maladie liée à l'âge

Le tableau 13 indique l'âge moyen au moment du diagnostic pour divers types de cancer ayant plus de 10 cas, pour la période de neuf ans allant de 1992 à 2000. L'âge moyen du diagnostic était de 59,4 ans chez les hommes et 55,3 ans chez les femmes.

Tableau 13

Âge moyen au moment du diagnostic de cancer (1992-2000)
(n égal ou supérieur à 10)

	Hommes		Femmes	
	Nombre de cas (n)	Âge moyen au moment du diagnostic	Nombre de cas (n)	Âge moyen au moment du diagnostic
Tous les sièges	334	59,4	342	55,3
Colorectal	74	62,9	53	65,6
Poumon	65	64,6	49	62,4
Sein	-	-	96	52,8
Prostate	38	67,1	-	-
Estomac	22	58,9	5	-
Cavité buccale	14	53,7	13	58,0
Pancréas	9	-	15	60,9
Rein	12	66,7	12	49,2
Lymphome non-hodgkinien	18	45,6	5	-

Tableau 13 (suite)

Âge moyen au moment du diagnostic de cancer (1992-2000)
(n égal ou supérieur à 10)

	Hommes		Femmes	
	Nombre de cas (n)	Âge moyen au moment du diagnostic	Nombre de cas (n)	Âge moyen au moment du diagnostic
Mélanome malin	10	46,0	13	47,5
Foie/vésicule biliaire	10	64,1	11	63,2
Ovaire	-	-	15	45,9
Vessie	12	60,3	3	-
Colutérin	-	-	13	50,3
Testicule	11	35,5	-	-

Source : Registre du cancer des TNO

Les figures 16 et 17 montrent une augmentation des taux d'incidence du cancer après l'âge de 40 ans et des taux de mortalité par cancer après l'âge de 50 ans. Parmi les cancers diagnostiqués entre 1992 et 2000, 41 % l'ont été chez des personnes âgées de 40 à 59 ans et 46 % chez des personnes de 60 ans et plus. Entre 1990 et 1999, 24 % des décès par cancer sont survenus chez des personnes âgées de 40 à 59 ans et 64 % chez des personnes de 60 ans et plus.

Si l'on examine les taux d'incidence chez certains groupes d'âge spécifiques, les taux relatifs aux femmes âgées de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans sont plus élevés que chez les hommes (figure 16). Étant donné qu'en ce qui a trait au cancer du poumon et au cancer colorectal, l'âge au moment du diagnostic est relativement semblable chez les hommes et chez les femmes, les taux élevés chez les femmes s'expliquent probablement par les cas de cancer du sein, dont le diagnostic survient en moyenne à 52,8 ans. De plus, le cancer du rein, dont la prévalence est similaire chez les hommes et chez les femmes aux TNO, est diagnostiqué en moyenne à 49 ans chez les femmes, mais à 67 ans chez les hommes.

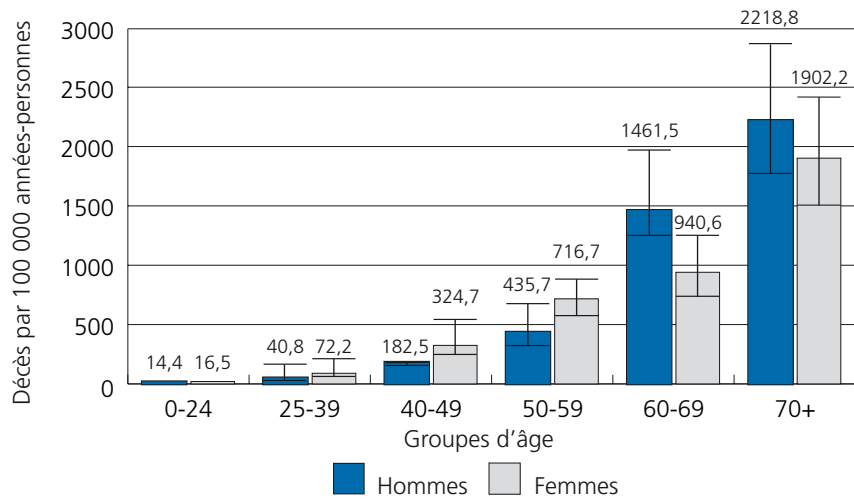
Les taux d'incidence et de mortalité chez les hommes des groupes de 60 à 69 ans et de 70 ans et plus semblent plus élevés que chez les femmes. Toutefois, il ne s'agit pas de différence significative sur le plan statistique (figures 16 et 17).

Selon moi, les tendances relatives aux jeunes adultes sont de loin les plus importantes pour évaluer nos progrès dans la lutte contre le cancer, et ce, pour deux raisons. D'abord, parce que les tendances ne peuvent que refléter des changements relativement récents dans la prévalence des agents cancérogènes et ne sont pas confondues par les effets des changements dans un lointain passé, et puis parce que les jeunes gens tendent à adopter de nouvelles habitudes avant leurs aînés.

Doll R. Progress against cancer: An epidemiologic assessment. The 1991 John C. Cassel Memorial Lecture. American Journal of Epidemiology, 1991, vol. 134, p. 675-688.

Figure 16

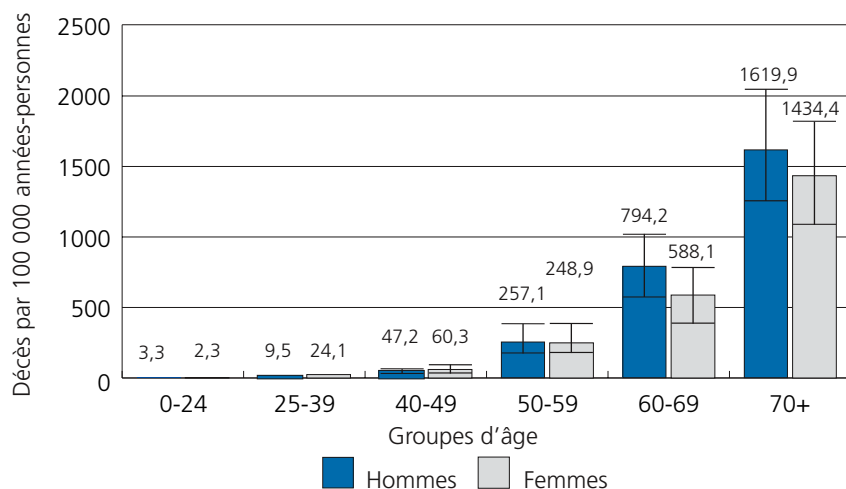
Taux d'incidence de tous les cancers selon le sexe et l'âge (1992-2000)



Source: Registre du cancer des TNO

Figure 17

Taux de mortalité selon le sexe et l'âge (1992-2000) pour tous les sièges de cancer



Source : Registre de l'état civil

Prestation des services et coûts humains du cancer

En 1999, presque 8 700 personnes², soit 21 % de la population, étaient âgées de 45 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, 67 personnes ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer et 42 personnes sont mortes de la maladie. En 2009, le nombre de personnes faisant partie de ce groupe d'âge aura augmenté de 45 % et atteindra plus de 13 000 personnes, ce qui représentera 28 % de la population des TNO³. Compte tenu de la croissance de la population de personnes âgées, il est raisonnable de prévoir une augmentation des taux bruts de cancer au cours de la prochaine décennie.

Si l'on se base sur l'usage des services de santé de 1994 à 1999, on estime que les services de traitement des tumeurs malignes ont coûté 2,3 millions de dollars en 2001-2002. Cependant, les dépenses du système de santé pour les services relatifs aux néoplasmes sont estimées à 3,1 millions de dollars. En plus des services reliés aux tumeurs malignes, les coûts relatifs aux néoplasmes peuvent comprendre les biopsies et le traitement des tumeurs bénignes et in situ, et le dépistage régulier du cancer (par exemple, dépistage du cancer du sein, du cancer du col utérin, du cancer colorectal et du cancer de la prostate). Il est important de noter que les deux estimations comprennent les coûts d'hospitalisation, les services des médecins et des indemnités de déplacement pour raison médicale, mais ils ne comprennent ni les coûts des médicaments, des soins de longue durée et des soins à domicile.

L'augmentation des coûts économiques suivra celle de l'incidence générale du cancer. De plus, l'émergence de médicaments et de méthodes de traitement plus efficaces, plus complexes et plus onéreuses contribuera aussi à l'augmentation des coûts.

Il faut aussi prendre en considération les coûts humains qui ne sont pas quantifiables (peine et souffrance des personnes atteintes du cancer, des survivants, des familles et des amis). Les aidants familiaux subissent aussi de nombreuses pressions sur les plans émotif, physique et financier, tout au long de la maladie de leur proche. Il arrive souvent que des membres de la famille restent à la maison pour prendre soin du malade, ce qui peut entraîner des répercussions à long terme à la fois pour la personne aidante et la société.

Années potentielles de vies perdues

On mesure souvent l'impact d'une maladie dans une population au moyen d'un indicateur appelé « années potentielles de vie perdues » (APVP), qui essaie de quantifier le nombre de décès prématurés et, du fait, la perte de productivité pour la société. Une valeur élevée peut indiquer qu'une maladie donnée entraîne un grand nombre de décès, que les décès surviennent à un plus jeune âge comparativement à d'autres conditions, ou les deux. À l'échelle nationale, le cancer contribue le plus aux APVP, comptant pour 29 % des APVP attribuables à toutes les causes de décès (1996)⁴.

Bien que le cancer ait un effet important sur le nombre d'APVP, on note à ce chapitre une différence marquée entre les hommes et les femmes. Des 19 600 APVP chez les hommes des TNO entre 1990 et 1999 (figure 18), 51 % de ces années ont été perdues à cause de blessures ou d'empoisonnements et 12 % à cause de néoplasmes. Des 9 200 APVP chez les femmes (figure 19), 23 % de ces années ont été perdues à cause de néoplasmes, soit considérablement plus que chez les hommes. Cette situation s'explique par le fait que les décès causés par des blessures sont moins fréquents chez les femmes que chez les hommes.

L'hospitalisation pour l'investigation diagnostique, la chirurgie initiale, les soins palliatifs et les soins terminaux constituent souvent le principal générateur des coûts associés au cancer.

Phyllis Will B., White K., and Berthelot J-M. « Modelling the burden of cancer in Canada », Au Courant, Sept. 2002.

Figure 18

Années potentielles de vie perdues (APVP) chez les hommes des TNO avant l'âge de 75 ans (n=19 559 APVP)

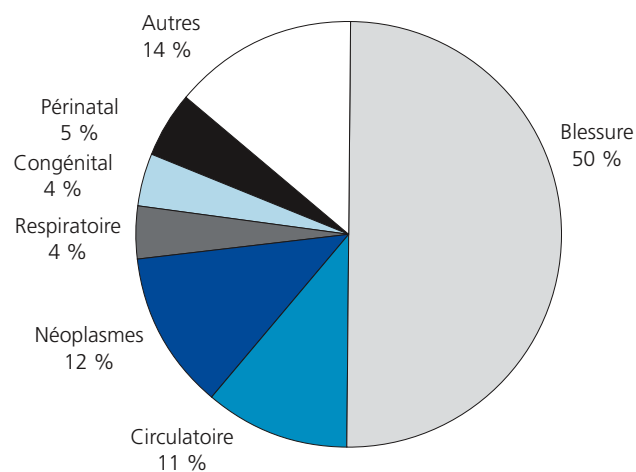
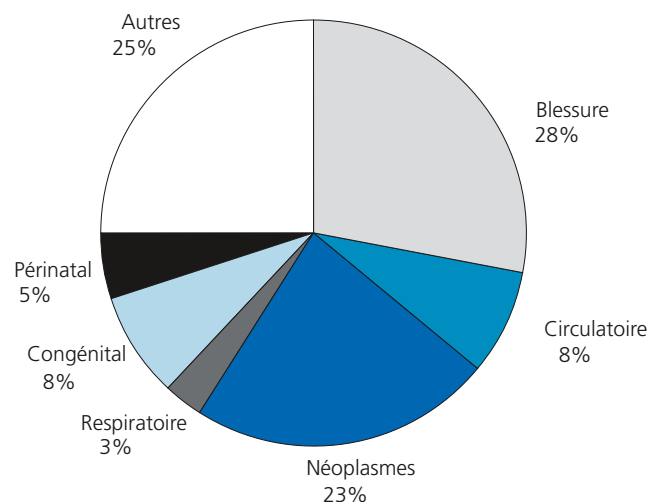


Figure 19

Années potentielles de vie perdues (APVP) chez les femmes des TNO avant l'âge de 75 ans (n= 9 193 APVP)



Le tableau 14 résume les APVP pour tous les décès, pour les décès causés par tous les cancers malins et pour tous les décès liés à des sièges de cancer précis. Le nombre moyen d'APVP à cause du cancer chaque année est de 430, réparties presque également entre les hommes et les femmes. Le cancer du poumon compte pour 28 % de toutes les APVP à cause du cancer chez les hommes et pour 18 % des APVP chez les femmes.

Tableau 14

Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, TNO (1990-1999)

	Hommes		Femmes	
	Années	%	Années	%
Toutes les causes	19559	-	9193	-
Tous les cancers malins	2188	100 %	2115	100 %
Poumon	618	28 %	385	18 %
Colorectal	353	16 %	300	14 %
Sein	-	-	360	17 %
Pancréas	135	6 %	208	10 %
Estomac	150	7 %	140	7 %
Prostate	105	5 %	-	-
Tous les autres	828	38 %	723	34 %

Survie au cancer

La survie au cancer peut dépendre de divers facteurs comme :

- le type de cancer;
- l'âge au moment du diagnostic;
- le sexe;
- le stade de la maladie et sa progression
- le siège du cancer;
- l'existence d'autres maladies;
- la disponibilité de traitements et de soins de soutien;
- la situation socioéconomique;
- les différences relatives aux techniques de diagnostic;
- l'état de santé avant la maladie.

Statistique Canada a calculé les taux relatifs de survie à cinq ans chez les Canadiens chez qui on a diagnostiqué un cancer primitif du sein, du poumon, de la prostate ou d'un cancer colorectal en 1992⁵. Ces statistiques comparent le risque qu'un patient cancéreux a de mourir par rapport à la population générale. Selon les analyses de Statistique Canada, les taux de survie au cancer du poumon ou du cancer colorectal sont inférieurs aux taux de survie au cancer du sein ou de la prostate. Il n'est pas possible de calculer de tels taux pour les TNO en raison des petits nombres.

Une autre façon de broser le tableau de la survie est d'examiner le nombre de décès par cancer par rapport au nombre de diagnostic s de cancer pendant une période donnée. Il est important de noter que les personnes qui sont mortes du cancer ne sont pas nécessairement les mêmes que celles chez qui on a diagnostiqué un cancer pendant la période en question. Un rapport de 30 % et moins représente un pronostic très favorable. Un rapport compris entre 30 % et 50 % représente un pronostic assez favorable. Un rapport supérieur à 50 % représente un pronostic défavorable⁶.

La survie après un cancer du sein ou de la prostate diminue à un rythme plus constant que la survie au cancer du poumon ou au cancer colorectal. Les taux de survie à cinq ans et à dix ans pour les cancers du sein et de la prostate sont meilleurs dans l'ensemble que pour les cancers du poumon et du cancer colorectal.

Alberta Cancer Board. Cancer in Alberta: A Regional Picture, juillet 2002.

Le tableau 15 illustre les pronostics de divers cancers aux TNO, à partir de données collectées entre 1992 et 1999. Les cancers du poumon, du pancréas et de l'estomac présentent des pronostics défavorables, tandis que les cancers du poumon, de l'ovaire et les mélanomes malins offrent un pronostic favorable aux TNO.

À des fins de comparaison, nous présentons le rapport entre le nombre de décès et le nombre de cas pour le Canada et pour les TNO. Au Canada, le pronostic du cancer du sein est assez favorable, tandis qu'il est très favorable aux TNO. En outre, le pronostic du cancer de l'ovaire est défavorable au Canada, mais très favorable aux TNO. Pour les autres cancers, les rapports canadiens et ténéos se situent dans des catégories similaires en ce qui concerne le pronostic.

Tableau 15

Rapport entre le nombre de décès par cancer et le nombre de cas diagnostiqués aux TNO (1992-1999)

Siège du cancer	Hommes		Femmes		Hommes et femmes	
	TNO (1992- 1999)	Canada (1995)	TNO (1992- 1999)	Canada (1995)	TNO (1992- 1999)	Canada (1995)
Sein	-	-	19 %	31 %	19 %	31 %
Colorectal	32 %	39 %	35 %	39 %	34 %	39 %
Rein	33 %	34 %	31 %	34 %	32 %	34 %
Poumon	91 %	87 %	77 %	79 %	85 %	84 %
Mélanome	11 %	24 %	8 %	16 %	10 %	20 %
Lymphome non hodgkinien	31 %	45 %	*	50 %	45 %	47 %
Ovaire	-	-	7 %	61 %	7 %	61 %
Pancréas**	125 %	104 %	115 %	97 %	119 %	100 %
Prostate	41 %	26 %	-	-	41 %	26 %
Estomac	50 %	64 %	*	77 %	64 %	69 %
Tous les sites	51 %	51 %	44 %	47 %	48 %	49 %

- Taux inférieur à 30 % - Pronostic très favorable
- Taux compris entre 30 % et 50 % - Pronostic assez favorable
- Taux supérieur à 50 % - Pronostic défavorable

* Cinq cas ou moins au numérateur et/ou au dénominateur.

** Les pourcentages élevés (supérieur à 100 %) donnés pour le cancer du pancréas peuvent découler d'un enregistrement incomplet d'un cancer avant le décès.

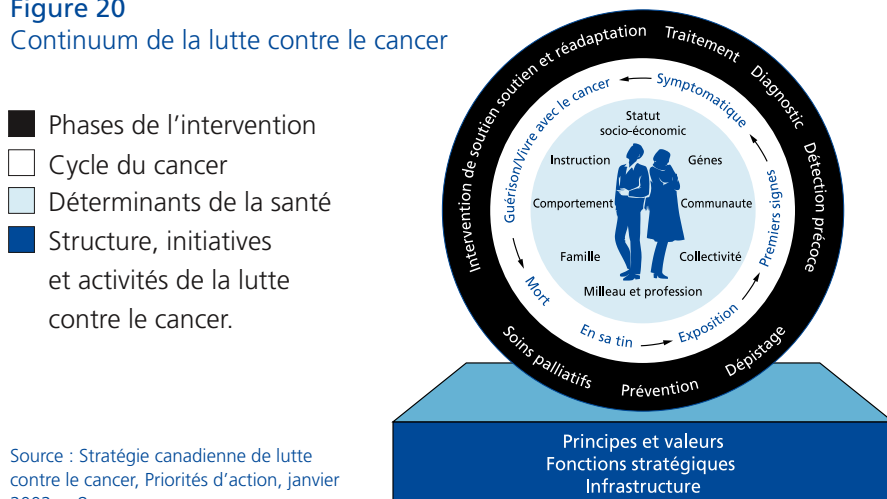
Lutte contre le cancer

En prévision du fardeau considérable que représentera le cancer pour le Canada, une stratégie canadienne a été élaborée pour aborder les questions reliées à la lutte contre le cancer. Plus de 700 personnes dont des experts, des survivants au cancer, des professionnels de la santé et des fournisseurs de soins, ont participé bénévolement à l'élaboration de cette stratégie qui assurera une approche coordonnée, exhaustive et coopérative de lutte contre le cancer à l'échelle canadienne⁷.

Selon la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, la lutte contre le cancer consiste à convertir les résultats de la recherche en stratégies et mesures visant à prévenir le cancer, augmenter le taux de survie et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes⁸. Par conséquent, la lutte contre le cancer devrait comprendre tous les aspects des interventions reliées au cancer, au niveau individuel et au niveau de la population, pour les personnes atteintes du cancer comme pour les personnes en santé.

Un cadre de lutte contre le cancer a été élaboré à partir de ces éléments (figure 20). Les phases d'intervention (strate extérieure) correspondent aux différentes étapes du cycle du cancer (strate médiane). Au centre, l'état de santé de la personne est régi par les divers déterminants de la santé. La base comprend les activités, les initiatives et les structures dont la personne et le système font partie. Pour la plupart des gens, l'expérience de ce continuum se limite aux activités de prévention visant à réduire leurs risques et aux programmes de dépistage précoce du cancer. Lorsqu'un diagnostic de cancer est confirmé, les patients reçoivent un traitement médical, en plus de services de soutien, de réadaptation ou de soins palliatifs.

Figure 20
Continuum de la lutte contre le cancer



Source : Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, Priorités d'action, janvier 2002, p.8

Aux TNO, il est prévu que le nombre de personnes atteintes du cancer augmentera à mesure que la population vieillira. Il en résultera un accroissement de la demande de soins liés au cancer. La lutte contre le cancer aux TNO exige notre attention, même s'il faudra élaborer une stratégie propre aux Territoires.

La lutte contre le cancer consiste à convertir les résultats de la recherche en stratégies et mesures visant à prévenir le cancer, augmenter le taux de survie et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

Le cancer est la maladie que les Canadiens craignent le plus. Un Canadien sur trois aura le cancer au cours de sa vie et la moitié des Canadiens touchés deviendront des survivants à long terme. La plupart des Canadiens connaissent au moins une personne qui est atteinte du cancer.

Le fardeau projeté du cancer constitue un défi sans précédent pour la pérennité du système de soins de santé canadien.

Nous ne sommes pas en mesure d'arrêter la population canadienne de vieillir, pas plus que nous n'avons de pouvoir sur l'accroissement de la demande en soins liés au cancer dont cette population aura besoin dans un avenir rapproché.

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.



Prévention

La prévention primaire atteint son but lorsqu'on arrive à se prémunir complètement contre une maladie. La meilleure stratégie pour réduire l'incidence du cancer et des décès liés au cancer dans une population donnée est de faire la promotion de saines habitudes de vie. La réduction des risques de cancer peut avoir un grand impact sur l'état de santé général de la population. Au moins 50 % des cas de cancer et des décès seraient évitables par l'adoption de modes de vie sains.^{9, 10, 11}

Tabagisme

Le tabagisme, première cause de décès évitables, est la cause d'environ 30 % de tous les décès par cancer¹² et la principale cause de 87 % des cancers du poumon¹³. Aux TNO, le cancer du poumon a entraîné 32 % de tous les décès par cancer entre 1990-1999.

En sus du cancer du poumon, le tabagisme est associé aux cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, du rein, de la vessie et du col utérin. Des études récentes associent aussi le tabagisme au cancer du sein, au cancer du foie et à certaines formes de leucémie¹⁴. Chiquer et priser du tabac sont aussi associés aux cancers de la cavité buccale et du larynx.

Depuis 1995, le cancer du poumon dépasse le cancer du sein comme principale cause de décès par cancer chez les femmes au Canada¹⁵. Certaines recherches suggèrent que les femmes qui fument la même quantité de tabac que les hommes sont plus susceptibles de développer un cancer du poumon.¹⁶

Le cancer du poumon est une maladie mortelle et peu de gens vivent plus de cinq ans après le diagnostic¹⁷. En outre, Santé Canada estime qu'au Canada, au moins 330 personnes non fumeuses meurent chaque année du cancer du poumon causé par l'exposition à la fumée de tabac secondaire.

Le nombre de fumeurs aux TNO semble indiquer que le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Voici quelques faits :

- Le nombre de fumeurs aux TNO est presque le double du nombre de fumeurs au Canada. Selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, environ 46 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest de plus de 12 ans fumaient en 2000-2001, comparativement à 26 % dans l'ensemble du Canada.¹⁸
- Cinquante et un pour cent (51 %) des personnes qui habitent les petites communautés fument, par rapport à 42 % des habitants des centres régionaux¹⁹.
- On estime que 40 % des non-fumeurs des TNO sont exposés chaque jour à la fumée de tabac secondaire, comparativement à 28 % dans le reste de la population canadienne.²⁰

Le risque de cancer peut être réduit si le fumeur cesse de fumer tôt dans la vie. Lorsqu'on cesse de fumer, les avantages sur la santé se font sentir

immédiatement et augmentent constamment. En 10 ans, le risque d'être atteint du cancer du poumon diminue d'environ du tiers à la moitié par rapport au risque encouru par un fumeur continu.²¹

Conscient de la gravité de ce problème de santé publique, le GTNO a adopté la stratégie *Action contre le tabagisme*, qui comporte les quatre buts à long terme suivants :

- **Prévention** : convaincre les personnes qui n'ont jamais fumé de ne pas en prendre l'habitude;
- **Protection** : protéger les gens, et surtout les enfants, de la fumée de tabac ambiante;
- **Abandon** : aider et soutenir les fumeurs qui veulent arrêter de fumer;
- **Dénormalisation** : changer les attitudes à l'égard du tabagisme, afin que ce comportement considéré acceptable ou normal soit perçu comme malsain et indésirable²².

Cette stratégie prévoit des mesures pour améliorer la législation, la programmation, les soutiens, l'application de la loi, la sensibilisation du public et les initiatives communautaires.

Si ces initiatives et d'autres pouvaient entraîner une réduction de 10 % du taux de prévalence du tabagisme, il pourrait en résulter une diminution de 17 % de l'incidence des cancers liés au tabagisme^{e, 23}. De plus, si les jeunes cessaient de fumer aujourd'hui, un grand nombre de cancers seraient évités plus tard.

Nutrition et obésité

Les fruits et les légumes, qu'ils soient frais, surgelés, mis en conserve ou séchés, sont d'excellents choix de santé lorsqu'il s'agit de prévenir le cancer. *Le Guide alimentaire canadien* recommande de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Ce choix peut réduire de 20 % le risque de cancer²⁴. Des études indiquent qu'une mauvaise alimentation (c'est-à-dire un apport excessif de calories ou une consommation élevée de gras) peut augmenter le risque de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer de la prostate²⁵. De plus, certains fruits et légumes comme le brocoli et le soja peuvent offrir une protection élevée contre certains types de cancer.

- En 2000-2001, seulement 26% des résidents des TNO âgés de 12 ans et plus consommaient la quantité recommandée de fruits et de légumes (19 % des hommes, 33 % des femmes), comparativement à 37 % de la population canadienne^f.

Les aliments conservés, fumés, marinés et salés peuvent aussi augmenter les risques de cancer de l'estomac, surtout s'ils contiennent des nitrites. Les additifs alimentaires et les contaminants seraient responsables de 1 % des décès par cancer²⁶.

^e Basé sur un modèle utilisant les taux de prévalence du tabagisme de 1999 et les taux d'incidence du cancer de 1988-1997 dans cinq groupes communautaires des TNO.

^f *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001*, Fichier à grande diffusion. Les réponses « Non déclaré » ont été supprimées du dénominateur en supposant que les personnes qui ont répondu étaient les mêmes que celles qui n'ont pas répondu.

La campagne nationale « 5 à 10 par jour pour la santé » encourage la consommation de fruits et de légumes. Le site Web (<http://www.5to10aday.com/fr/index.htm>) comprend une vaste base de données contenant de nombreuses suggestions de recettes basées sur les fruits et les légumes.

Le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vie_saine/nutrition.html) est une véritable mine de renseignements sur les aliments et la nutrition. On y trouve notamment le Guide alimentaire canadien pour manger sainement

Les parents créent un milieu qui peut influencer considérablement sur le désir de l'enfant de participer à des activités sportives organisées. Leur appui peut revêtir une importance cruciale lorsqu'il s'agit d'encourager la participation pendant les années de formation et d'adolescence de leur enfant.

Martin S., Jackson A., Richardson P. et Weiller K., 1999. Coaching Preferences of Adolescent Youths and Their Parents. *Journal of Applied Sports Psychology*, vol. 11, p. 247-262.

L'Enquête nationale sur l'exposition au soleil a révélé que la plupart des Canadiens ne se protègent pas suffisamment du soleil et qu'ils sont peu sensibilisés au besoin de se protéger du soleil.

Lovato C., Shoveller J., Rivers, J. (sous la dir. de). *National Survey on Sun Exposure and Protective Behaviours: Final Report*, Vancouver, Institute of Health Promotion Research, UBC, 1998

La mauvaise alimentation et l'obésité sont des facteurs de risque liés à 30 % des décès par cancer, en plus d'augmenter les risques de diabète et de maladies cardiovasculaires²⁷. Les femmes dont le poids excède de 35 % le poids corporel idéal courent 55 % plus de risques d'être atteintes du cancer de la vésicule biliaire, du sein, du col utérin, de l'endomètre, de l'utérus ou de l'ovaire. Les hommes dont le poids excède de 35 % le poids corporel idéal courent 40 % plus de risques d'être atteint du cancer du côlon ou de la prostate²⁸.

En 2000-2001, plus de la moitié (57 %) de la population téninoise âgée de 20 à 64 ans (à l'exclusion des femmes enceintes) avait une surcharge pondérale ou était obèse avec un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25 (62 % des hommes et 52 % des femmes). En comparaison, 48 % de la population canadienne avait une surcharge pondérale ou était obèse (56 % des hommes, 40 % des femmes)⁹. Ces statistiques ont des implications claires pour la population des TNO en ce qui concerne le risque de cancer.

- Il est utile de fournir des renseignements pratiques lorsqu'il s'agit d'informer les gens sur la façon d'incorporer les fruits et les légumes à leurs repas. Dans les communautés, des cours de cuisine et des séances de nutrition, individuelles ou en groupe, sont offertes aux familles pour améliorer leur alimentation. Les activités de jardinage, les programmes de petits déjeuners à l'école, les visites de supermarchés et les concours visant à réduire la consommation d'aliments vides (junk food) constituent d'autres activités communautaires à l'appui de la saine alimentation.

La consommation d'alcool est à l'origine de 3 % des décès par cancer.²⁹ L'alcool contribue surtout au cancer du foie, en raison de la cirrhose, et il pourrait être lié aux cancers du côlon, du sein, du larynx et de l'œsophage. Comme c'est le cas de la stratégie antitabac, les interventions visant à prévenir l'abus d'alcool pourraient comprendre les mesures suivantes : l'adoption de politiques qui régiraient la disponibilité et restreindraient la vente d'alcool (surtout aux mineurs), une hausse des prix et des taxes, du counseling par des fournisseurs de soins de santé, la dénormalisation de l'alcool, des affiches publicitaires au comptoir, des étiquettes de mise en garde, des campagnes de mobilisation communautaire et la formation des serveurs.

Activité physique

L'activité physique est nécessaire pour atteindre et conserver un poids santé. La recherche montre de façon convaincante qu'il existe un lien entre un niveau accru d'activité physique et la réduction du risque de cancer du côlon.^{30, 31} Il existe également des preuves à l'appui d'une réduction probable du risque de cancer du sein chez les femmes et de cancer de la prostate chez les hommes. Selon les données actuelles, un mode de vie sédentaire pourrait être la cause de 5 % des décès par cancer.³²

⁹ *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001*, Fichier à grande diffusion. Les réponses « Non déclaré » ont été supprimées du dénominateur en supposant que les personnes qui ont répondu étaient les mêmes que celles qui n'ont pas répondu.

- En 2000-2001, 55 % des résidents des TNO de 12 ans et plus étaient considérés comme étant inactifs. Ce taux concorde avec la moyenne nationale de 53 %.^h Ce manque d'activité physique constitue un problème de santé publique aux TNO.

Le GTNO travaille à l'élaboration d'une Stratégie en matière de vie active qui vise à promouvoir un mode de vie actif chez les Tenois. Cette initiative interministérielle examine diverses politiques (programmes obligatoires d'activité physique à l'école, des programmes d'information sur la nutrition et des soutiens aux parents) en tant que moyens d'améliorer le niveau d'activité physique et la nutrition.

Exposition au soleil

L'exposition répétée aux rayons ultraviolets (UV) est la principale cause du cancer de la peau et représente 1 % des décès par cancer. Bien que l'exposition au soleil ne cause qu'un coup de soleil à court terme, l'exposition prolongée aux UV cause un vieillissement prématuré de la peau, le cancer de la peau, des cataractes et d'autres formes d'affections oculaires. On estime que 90 % de tous les cancers de la peau auraient pu être évités.³³ Utiliser des écrans solaires, éviter l'exposition prolongée au soleil et porter des vêtements protecteurs peuvent réduire le risque. Entre 1992 et 2000, 23 cas de mélanomes malins ont été diagnostiqués aux TNO.

Autres facteurs de risque

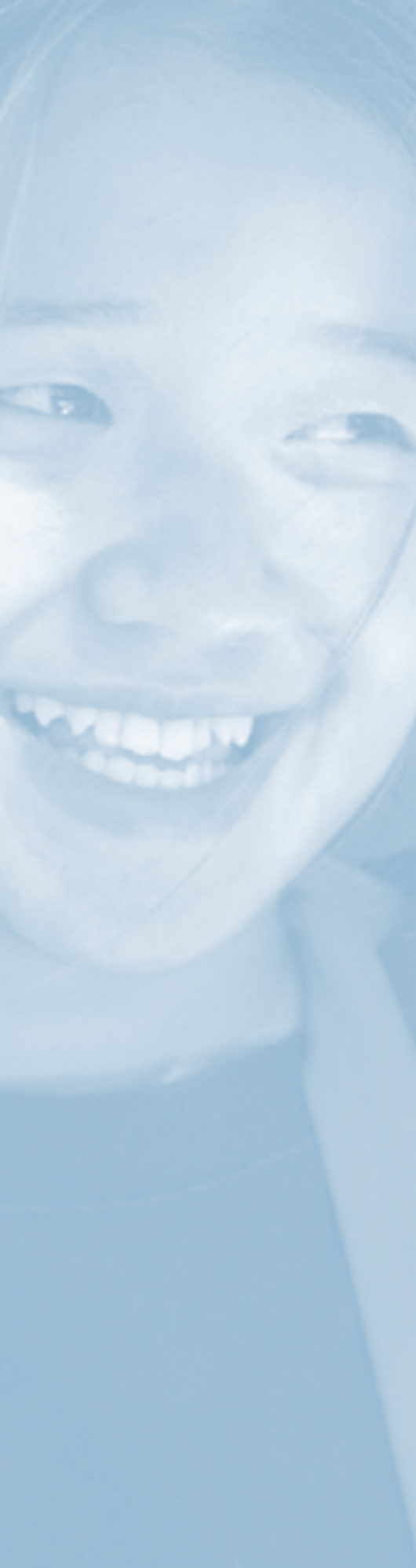
L'exposition à des agents cancérigènes sur le lieu de travail peut aussi être associée à un risque accru de cancer et elle cause jusqu'à 5 % des décès par cancer.³⁴ Pour minimiser les risques de cancer, on adopte des règlements relatifs au lieu de travail (par exemple, port d'équipement protecteur, suivi biologique des travailleurs, remplacement des cancérigènes par d'autres matières et d'autres processus) et on informe les travailleurs sur les substances toxiques. Des études révèlent également que l'exposition à la fumée de tabac secondaire sur le lieu de travail présente des risques considérables pour certaines catégories de travailleurs.

Le rôle des contaminants environnementaux en relation avec le cancer est un sujet chaudement débattu, notamment parce que, dans ce domaine, il est difficile de mesurer l'exposition aux contaminants en question, ce qui complique les études. De plus, de telles études requièrent de grandes populations et un suivi à long terme. La contribution globale des polluants environnementaux au fardeau actuel du cancer est peut-être égal ou inférieur à 3 %.³⁵ La réglementation visant à prévenir l'introduction de cancérigènes dans l'environnement est peut-être la stratégie la plus efficace à cet égard. Toutefois, cette approche doit être appuyée par des campagnes d'information.

Certaines études établissent un lien entre le cancer chez les humains et la fumée du tabac secondaire, les pesticides, le radon et les sous-produits chlorés de désinfection dans l'eau potable. Bien que le risque général d'exposition aux substances cancérigènes soit estimé à environ de 3 à 9 %, il y a eu peu de surveillance et relativement peu d'études effectuées quant au rôle joué par les polluants provenant de l'environnement dans le cancer chez les humains.

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.

^h Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Fichier à grande diffusion. Les réponses « Non déclaré » ont été supprimées du dénominateur en supposant que les personnes qui ont répondu étaient les mêmes que celles qui n'ont pas répondu.



Le radon est un gaz radioactif produit par la désintégration de l'uranium. On en trouve naturellement de faibles concentrations dans l'environnement. Le radon peut migrer du sol et du roc dans l'air ambiant et s'accumuler dans les endroits peu aérés ou fermés comme les sous-sols. L'exposition au radon peut causer le cancer du poumon, surtout à des concentrations élevées. De 12 % à 14 % des cancers du poumon environ peuvent être attribuables à l'exposition au radon dans les habitations.³⁶ Dans certains lieux de travail, particulièrement dans les mines d'uranium, le risque de cancer du poumon est encore plus élevé. Les propriétaires d'habitation peuvent réduire les concentrations de radon de différentes façons, notamment en rénovant les planchers du sous-sol, surtout les planchers en terre battue, en scellant les fissures et les ouvertures dans les murs et les planchers, et en aérant les planchers des sous-sols. Il existe également sur le marché des appareils pour mesurer les niveaux de radon dans la maison.

Dans le cadre du Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord, on a mené diverses études pour évaluer et faire connaître les avantages des aliments traditionnels et les risques posés par les contaminants.³⁷ Même si des contaminants sont parfois présents dans le poisson et le gibier à des niveaux préoccupants, les avantages de récolter, préparer et consommer des aliments traditionnels dépassent de beaucoup les risques pour la santé. La plupart des études qui associent les contaminants à des affections particulières demeurent spéculatives et exigent des recherches continues, car en plus des contaminants, divers facteurs peuvent nuire à la santé (mode de vie, alimentation, conditions sociales et économiques et hérédité). De plus, les chercheurs ont trouvé que les aliments traditionnels ont une valeur remarquable sur le plan nutritif, et qu'ils aident mieux à combattre la maladie et à guérir les blessures que les aliments courants des supermarchés. Les aliments des supermarchés sont coûteux pour les Autochtones des TNO et sont souvent associés à des problèmes de santé comme le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires. En comparaison, le régime alimentaire traditionnel procure des avantages sur les plans nutritionnel, social, culturel, spirituel et économique.

Les virus et d'autres agents biologiques sont aussi associés à certains types de cancer et à 5 % des décès par cancer.³⁸

- De 40 % à 60 % des cancers du foie sont causés par le virus de l'hépatite B chronique. L'hépatite C, quant à elle, cause de 20 % à 30 %³⁹ des cancers du foie. Le programme téniois de vaccination contre l'hépatite B devrait contribuer à faire diminuer le nombre de cas de cancers du foie. De plus, des modifications du mode de vie, notamment l'adoption de pratiques sexuelles sans risques et le fait de ne pas échanger de seringues et d'aiguilles contaminées peuvent prévenir l'infection à l'hépatite C.
- Le virus du papillome humain (maladie transmise sexuellement), l'âge précoce des premières relations sexuelles et un nombre élevé de partenaires sexuels sont fortement associés à 90 % des cancers du col

utérin⁴⁰. Le dépistage précoce du cancer du col utérin au moyen du test de Papanicolaou (test Pap) et des pratiques sexuelles sans risques peuvent réduire l'incidence de cette maladie.

- L'infection à la bactérie *helicobacter pylori* (*H. pylori*) est la cause probable de nombreux cancers de l'estomac. Toutefois, les questions à savoir si la bactérie peut être éliminée au moyen de médicaments et dans quelle mesure un programme de dépistage pourrait être un moyen de prévention soulèvent encore la controverse.⁴¹

Certains médicaments thérapeutiques peuvent influencer sur les risques de cancer. Par exemple, les contraceptifs oraux semblent être la cause d'une très petite augmentation du risque de cancer du sein, mais ils réduisent les risques de cancer de l'ovaire et de cancer utérin. Certaines études suggèrent que l'hormonothérapie combinée (œstrogène et progestérone) destinée aux femmes postménopausées accroît le risque de cancer du sein mais qu'elle peut réduire le risque de cancer colorectal. De plus, les œstrogènes administrés seuls accroissent le risque de cancer de l'utérus.⁴²

Le tableau 16 présente le taux des décès par cancer qui, dans une population, peuvent être attribués à un facteur de risque. En d'autres mots, ce tableau présente la fraction étiologique du risque, c'est-à-dire la diminution proportionnelle de la mortalité attribuable à une maladie, si la population entière n'était plus exposée à la cause soupçonnée de la maladie en question.

Tableau 16
Causes des décès par cancer

Facteurs de risque	Pourcentage (%)
Tabagisme	30
Alimentation/Obésité	30
Mode de vie sédentaire	5
Facteurs reliés au travail	5
Antécédents familiaux de cancer	5
Virus/Autres agents biologiques	5
Facteurs prénataux/facteurs liés à la croiss	5
Facteurs liés à la reproduction	3
Alcool	3
Situation socioéconomique	3
Pollution de l'environnement	2
Rayonnement ionisant/rayons ultraviolets	2
Médicaments vendus sur ordonnance/procédures médicales	1
Sel/additifs alimentaires/contaminants	1

Source : *Cancer Causes and Control*, vol. 7, novembre 1996

On a de plus en plus d'indications qu'il peut exister un seuil pour les cancers provoqués par l'irradiation, et que ce seuil pourrait se situer à 100 mSv ou plus. Cette question est importante pour les habitants du Nord, qui ont été exposés par le passé aux retombées des explosions nucléaires, ou qui font l'objet d'une exposition plus élevée à cause de la consommation de la viande de caribou. Même si l'on suppose que l'hypothèse d'une relation linéaire sans seuil est correcte, le risque lié à la consommation continue de caribou est minime. La dose de radiation maximale est estimée aujourd'hui à environ trois ou quatre mSv/année. En diminuant leur consommation de caribou, les résidents du Nord refuseraient les avantages de cet aliment traditionnel important/local sur les plans nutritionnel, social et culturel.

Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord, Affaires indiennes et du Nord Canada.

Le tableau 17 présente une liste complète des activités de prévention primaire du cancer mises en œuvre aux TNO.

Tableau 17
Activités de prévention primaire du cancer aux TNO

Stratégies d'intervention	Activités prévues ou en cours aux TNO
Tabagisme	
Stratégie de promotion de la santé (voir <i>Action contre le tabagisme</i>)	• Campagne d'information (médias, programmes scolaires, formation des professionnels de la santé) financée conjointement par le gouvernement fédéral, le gouvernement territorial et d'autres organismes non gouvernementaux (p. ex., campagne médiatique, BLAST, etc.); • Prix et taxes élevés; • Accès et ventes interdits aux mineurs (par l'application de la loi); • Interdiction de fumer dans lieux publics et sur les lieux de travail (législation à venir); • Restrictions liées à la publicité et à la promotion des produits du tabac; • Soutien aux personnes qui cessent de fumer, y compris au concours <i>J'arrête, j'y gagne</i> des TNO; • Financement communautaire de projets de prévention du tabagisme.
Alimentation, obésité et activité physique	
Stratégie de promotion de la santé (voir la Stratégie en matière de vie active).	• Information, conjointement avec des partenaires nationaux, territoriaux et régionaux; • Distribution de l'information sur les nouvelles étiquettes nutritionnelles de Santé Canada; • Programme Aliments-poste (financé par le gouvernement fédéral); • Financement communautaire de projets relatifs à la vie active et à la saine alimentation; • Collaboration à l'élaboration d'une stratégie territoriale en matière de vie active avec le ministère des Affaires municipales et communautaires et les ministères de l'Éducation, de la Culture et de la Formation; • Activités de promotion de la vie active, y compris les loisirs et la forme physique, la Semaine de l'éducation sous le thème <i>Bouger, un choix de santé</i>, et le répertoire des parcs des Territoires du Nord-Ouest.
Infections (hépatite B et C, virus du papillome humain)	
Protection de la santé	• Programmes de dépistage du cancer du col utérin (virus du papillome humain); • Programme de vaccination (hépatite B).
Polluants provenant de l'environnement	
Services de protection de la santé et de l'environnement (Ressources, Faune et Développement économique (RFDE))	• Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (Affaires indiennes et du Nord Canada); • Test de la qualité de l'air (RFDE) et de l'eau (Santé et Services sociaux); • Programme de gestion des déchets et des produits dangereux.

Tableau adapté de Primary Prevention of Cancer: Background paper, February 2003, Schabas R., www.cancercontrol.org

Dépistage précoce

La prévention secondaire d'une maladie consiste à en faire le dépistage précoce au moment où le traitement peut être le plus efficace. La survie au cancer augmente généralement avec le dépistage précoce et le traitement. Soumettre les personnes qui n'ont pas de symptômes à des tests de dépistage est l'une des nombreuses stratégies de lutte contre le cancer, mais seuls certains types de cancer peuvent être dépistés de la sorte. Par exemple, certains cancers évoluent rapidement avant qu'on puisse les dépister. Dans ces cas, le dépistage n'améliorerait pas nécessairement la survie. Par ailleurs, le test de dépistage doit être très sensible et très spécifique pour minimiser les risques de résultats faux négatifs ou faux positifs. De tels tests doivent aussi être acceptables pour la population à risque. Le nombre de personnes qui subissent le test (surtout si la maladie n'est pas très prévalente dans la population) doit être suffisant pour qu'au moins un cancer soit détecté. Sans une participation élevée de la population cible, le programme de dépistage devient moins rentable. Non seulement le fait de tester certains groupes d'âge ou certaines cohortes ayant certaines caractéristiques de comportement (par exemple, l'activité sexuelle) augmente-t-il les probabilités de dépistage, mais il minimise aussi les inconvénients possibles (tels l'anxiété inutile et les risques découlant de la poursuite de l'investigation) causés par des résultats faux positifs.

Un programme de dépistage du cancer dans une population devrait faire plus de bien que mal à la fois au niveau des particuliers et de la population. Une programme bien organisé et réussi doit comprendre un bon recrutement des personnes à risque, un contrôle de la qualité, un suivi des tests positifs et un plan de rappel destiné aux personnes devant faire l'objet d'un dépistage régulier. (Veuillez consulter la liste des critères applicables à un test de dépistage dans l'encadré ci-contre.)

Aux TNO, il y a des programmes de dépistage systématique pour les cancers du sein et du col utérin. Le cancer de la prostate ne fait pas l'objet d'un dépistage systématique en raison de l'insuffisance de preuves quant à son efficacité. On envisage actuellement d'implanter un programme de dépistage du cancer colorectal aux TNO.

Dépistage du cancer du sein

Entre 1986 et 1998, l'écart entre l'incidence et le taux de mortalité du cancer du sein aux TNO s'est accru⁴³, ce qui signifie qu'on dépiste davantage de cancers du sein, probablement en raison d'une combinaison de facteurs, y compris les efforts accrus de dépistage, les changements dans les habitudes alimentaires ou dans les caractéristiques de reproduction, le nombre accru de femmes qui fument et le vieillissement de la population. Parallèlement, le taux de mortalité diminue, ce qui traduit une amélioration de la survie liée au cancer du sein en raison de la détection précoce et des traitements plus efficaces.

Critères du dépistage du cancer

- *Le cancer cible devrait se prêter au dépistage.*
- *Les objectifs du dépistage doivent être clairement définis.*
- *Il doit y avoir un examen de dépistage approprié.*
- *Il faut s'entendre sur la prise en charge appropriée des personnes qui obtiennent des résultats positifs à l'examen de dépistage.*
- *Il doit exister des données prouvant que le dépistage a des répercussions favorables sur ses objectifs escomptés. Ces données doivent rendre compte des biais potentiels importants, y compris la durée, le temps d'attente, le sur-diagnostic, et le biais de sélection. Les essais cliniques aléatoires devraient constituer la norme requise, si possible, pour les nouvelles stratégies de dépistage.*
- *Le dépistage doit avoir plus d'effets positifs que d'effets négatifs.*
- *Le système de santé devrait pouvoir absorber le coût de tous les éléments nécessaires au dépistage, y compris le diagnostic et le traitement.*
- *Le dépistage ne devrait être approuvé que dans la mesure où il se fait de façon continue, où sa qualité est assurée et où les éléments de programme sont en place.*

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

Une Canadienne sur neuf aura un cancer du sein au cours de sa vie. Une femme sur vingt-sept en mourra.

*Institut national du cancer du Canada.
Canadian Cancer Statistics, Toronto, 2002.*

Les facteurs de risque du cancer du sein sont les suivants : être une femme, l'âge (le risque croît avec l'âge), le fait qu'une parente (mère, sœur ou fille) ait eu un cancer du sein, les mutations des gènes BRCA1 et BRCA2, le fait d'avoir déjà eu un cancer du sein ou une biopsie positive, le début précoce des règles (avant 12 ans), ne pas avoir eu d'enfant ou en avoir eu après 30 ans, la consommation d'alcool (plus de deux à cinq consommations par jour).

American Cancer Society

En plus des méthodes de traitement améliorées, l'approche à trois volets de la santé du sein – auto-examen des seins, examen par le médecin et mammographie – constitue la meilleure façon de réduire les décès par cancer du sein. Bien que la mammographie soit bien reconnue comme étant essentielle au dépistage du cancer, deux autres aspects le sont également : le fait de bien informer les femmes pour qu'elles puissent effectuer un bon auto-examen des seins et la formation des professionnels de la santé pour qu'ils se servent des normes et des lignes directrices appropriées lorsqu'ils font des examens des seins.

Des études révèlent que le dépistage bisannuel mené auprès de femmes de 50 à 69 ans peut diminuer de 25 % les risques de mortalité par cancer du sein.⁴⁴ On débat toujours des avantages réels de soumettre les femmes de 40 à 49 ans à un dépistage systématique. D'aucuns soutiennent que les études qui montrent qu'il y a peu d'avantages à un tel dépistage ont été mal conçues et qu'en ayant recours à de nouveaux outils de dépistage, à des techniciens ayant plus d'expérience et à un meilleur traitement, on devrait pouvoir s'attendre à de meilleurs résultats. D'autres suggèrent que le dépistage systématique chez les femmes préménopausées a peu d'impact sur la survie et ne fait que prolonger la période pendant laquelle femme sait qu'elle a le cancer, phénomène connu sous le nom de biais lié au temps de devancement. Chez les femmes préménopausées, le cancer du sein a tendance à être plus agressif et à s'étendre plus rapidement, même avant que la mammographie puisse permettre de le dépister. De plus, les taux peu élevés de prévalence du cancer du sein chez les femmes préménopausées entraîne une augmentation des résultats faux positifs, lesquels peuvent être nuisibles sur les plans physique et psychologique pour les femmes qui doivent subir des interventions médicales inutiles. Actuellement, les femmes de moins de 50 ans subissent des tests de dépistage sur recommandation de leur médecin ou si elles le jugent bon, compte tenu de leur évaluation personnelle des facteurs de risque et des avantages qu'elles perçoivent.

En dépit des preuves de l'efficacité de la mammographie dans la réduction du nombre de décès par cancer, toutes les femmes admissibles ne subissent pas un test de dépistage. Dans les petites communautés, la plupart des femmes doivent faire coïncider leur mammographie annuelle avec un autre rendez-vous à Yellowknife ou à Inuvik (où les services de mammographie sont offerts). En 2000-2001, seulement 54 % des femmes de 50 à 69 ans avaient passé une mammographie dans les deux années précédentes, comparativement à 70 % des femmes canadiennes admissiblesⁱ. Actuellement, l'Administration territoriale des services de santé Stanton a mis sur pied un projet pilote pour créer un programme de dépistage du cancer du sein mieux coordonné aux TNO.

ⁱ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Fichier à grande diffusion. Les réponses « Non déclaré » ont été supprimées du dénominateur en supposant que les personnes qui ont répondu étaient les mêmes que celles qui n'ont pas répondu.

Lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein dans la population aux TNO.

- L'autoexamen des seins mensuel est recommandé dès le début de l'adolescence, après la première menstruation.
- Un examen des seins effectué par un professionnel de la santé formé à cette fin est recommandé pour toutes les femmes de 25 ans et plus.
- La mammographie bisannuelle est recommandée pour toutes les femmes des TNO âgées de 50 ans et plus.

Dépistage du cancer du col utérin

Le test Pap s'est révélé un outil efficace pour réduire 60 % des cas de cancer du col utérin et des décès causés par ce type de cancer.⁴⁵ Il est considéré comme mesure de prévention primaire et secondaire du fait qu'il peut détecter des lésions précancéreuses en plus des cancers à un stade précoce. Le développement du cancer du col utérin peut être évité par le dépistage et le traitement précoces, mais certaines femmes des TNO n'ont jamais passé de test Pap ou ne subissent pas ce test régulièrement. En 2000-2001, 79 % des femmes ténoises âgées de 18 ans et plus avaient passé un test Pap au cours des trois dernières années, comparativement à 71 % des Canadiennes^j. L'utilisation des données provenant de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* présente toutefois une faiblesse, car on n'a pas demandé aux femmes de moins de 18 ans actives sexuellement si elles avaient passé un test Pap au cours des trois années précédentes.

Dans une étude séparée qui examinait les données provenant de tests Pap collectés de 1997 à 2000, le taux de dépistage chez les femmes des TNO admissibles (définies comme étant âgées de 15 ans et plus) était de 82 %.⁴⁶ Pendant cette période, 90 % des femmes non autochtones de ce groupe d'âge ont subi le test de dépistage, alors que ce taux était significativement plus bas chez les femmes autochtones (73 %). De plus, la proportion de femmes ayant subi le test diminuait avec l'âge. Il est possible que les femmes ayant passé l'âge d'avoir des enfants ne sachent pas qu'elles doivent continuer à subir le test jusqu'à l'âge de 69 ans.

Un programme de dépistage organisé, ayant une vaste couverture et un taux élevé de participation, un suivi convenable aux tests positifs et un plan de rappel propre à assurer un dépistage régulier, est nécessaire pour réussir la prévention secondaire. Dans les petites communautés, un système organisé de rappel est habituellement en place par l'entremise du centre de santé pour rappeler aux femmes qu'elles doivent régulièrement subir un test de dépistage. Cela peut expliquer les taux de dépistage équivalents pour les femmes autochtones et non autochtones dans les petites communautés. Toutefois, à Yellowknife et dans les centres régionaux, les femmes subissent des tests de dépistage surtout au cours

^j Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Fichier à grande diffusion. Les réponses « Non déclaré » ont été supprimées du dénominateur en supposant que les personnes qui ont répondu étaient les mêmes que celles qui n'ont pas répondu.

L'écrasante majorité de femmes qui font aujourd'hui l'objet d'un diagnostic de cancer du col utérin n'ont pas subi de tests Pap réguliers ou n'ont pas été suivies après la détection d'un frottis anormal. Le fait de ne pas subir régulièrement de tests Pap constitue le principal facteur de risque pour un pronostic défavorable chez les femmes qui développent un cancer du col.

Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998, Santé Canada.

Le cancer du col utérin se classe au 12^e rang des cancers les plus fréquemment diagnostiqués parmi les Canadiennes, tous âges confondus; par contre, il se classe troisième chez les femmes de 20 à 34 ans et de 35 à 49 ans. Depuis l'introduction du test Pap au Canada, le taux de mortalité par cancer du col utérin a diminué régulièrement et régressé de près de 50 % en 25 ans. L'incidence du cancer envahissant du col utérin a également beaucoup diminué. Globalement, près de 1 000 décès par cancer du col utérin sont évités chaque année grâce à l'amélioration des mesures de lutte et de surveillance.

Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998, Santé Canada

Le cancer colorectal occupe le troisième rang des cancers les plus fréquents au Canada. Des examens de dépistage réguliers permettent de diagnostiquer la maladie dès le début, lorsqu'elle est facile à traiter, ce qui réduit ainsi les risques de décès.

Santé Canada

Parmi les facteurs de risque associés au cancer colorectal, on retrouve : l'âge (risque plus élevé après 50 ans); la présence de polypes (petites tumeurs bénignes sur la paroi interne du côlon et du rectum); l'obésité, l'inactivité physique, le diabète, la consommation abusive d'alcool et la présence d'une maladie inflammatoire comme la colite ulcéreuse.

Société canadienne du cancer

des visites médicales faites à leur initiative même. Dans ce cas, une différence statistique existe dans les taux de dépistage chez les femmes non autochtones et chez les Autochtones (89 % par rapport à 70 %).

Dans l'ensemble, les taux de dépistage dans les centres régionaux (75 %) et les petites communautés (72 %) sont significativement plus bas que les taux à Yellowknife (87 %)⁴⁷. Il est possible que ces différences résultent du fait que l'accès aux soins de santé et aux fournisseurs de services de santé ne sont pas les mêmes. De plus, le niveau moyen d'instruction et le statut socioéconomique des femmes vivant dans les petites communautés sont inférieurs à ceux des femmes de Yellowknife, ce qui peut contribuer aux différences qui existent en matière de sensibilisation à la question du dépistage du cancer du col utérin.

Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin dans la population aux TNO

- On recommande un test de dépistage chaque année, après le début de l'activité sexuelle.
- Après trois tests normaux, le test Pap est répété tous les deux ans jusqu'à l'âge de 69 ans.
- À l'âge de 70 ans, on peut cesser de subir le test Pap s'il n'y a jamais eu de résultats anormaux ou après deux tests normaux consécutifs à la suite d'un résultat précédent anormal.

Dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal est le cancer diagnostiqué le plus fréquemment aux TNO et la deuxième cause de décès par cancer après le cancer du poumon. Actuellement, il n'y a pas de lignes directrices pour le dépistage du cancer colorectal aux TNO. Toutefois, en raison de la prévalence de cette maladie, on examine actuellement la faisabilité de mettre en place un programme de dépistage ciblé. Comme c'est le cas du programme de dépistage du cancer du col utérin, le programme de dépistage du cancer colorectal combinerait des éléments de prévention primaire et secondaire.

Le Comité national sur le dépistage du cancer colorectal⁴⁸ et la Société canadienne du cancer⁴⁹ ont récemment fait des recommandations sur le dépistage du cancer colorectal au moyen d'un test de recherche de sang occulte dans les selles.^k Des études fiables indiquent que cette méthode de dépistage permet de réduire la mortalité par cancer colorectal de 15 % à 30 % dans une population ciblée de personnes de 50 à 74 ans.^{50, 51} La coloscopie et la sigmoïdoscopie constituent également des options de dépistage.^l Bien que ces moyens de dépistage soient plus efficaces que le précédent, il se peut que le patient moyen soit peu préparé à subir l'inconfort, les risques et la gêne qu'ils causent. Encore une fois, il faut que le groupe cible comporte un nombre

^k Test permettant de détecter la présence de sang dans les selles.

^l Dans les deux cas, le médecin insère un endoscope (tube souple muni d'une lumière) qui lui permet de voir à l'intérieur du côlon et du rectum et prélève un échantillon de tissu.

suffisant de personnes qui subissent le test pour que celui-ci ait un impact sur les résultats relatifs à la santé de la population. Même si le test de recherche de sang occulte dans les selles et la coloscopie sont des interventions rentables⁵², il faut tout de même déterminer si le système de santé sera en mesure de faire face à l'afflux de tests de dépistage réalisés chaque année sans devoir différer les tests de dépistage pour les personnes déjà à risque. Cela s'applique particulièrement à la coloscopie, qui exige du personnel hautement qualifié et de l'équipement technique.

Traitement du cancer

Les plans de traitement des personnes cancéreuses dépendent du type de cancer, de la taille et de l'emplacement de la tumeur, et de la mesure dans laquelle la tumeur s'est propagée à d'autres parties du corps. Il faut également tenir compte de questions telles que l'état général de santé de la personne et ses préférences personnelles en matière de traitement. Le traitement peut comprendre la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'immunothérapie ou l'hormonothérapie. Il arrive parfois que le traitement consiste en une combinaison de ces thérapies.

Si certains traitements sont offerts à l'hôpital territorial Stanton à Yellowknife, d'autres le sont seulement dans des centres spécialisés à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest. La majorité des patients sont dirigés vers le Cross Cancer Institute à Edmonton, en Alberta. Toutefois, le lieu du traitement fait l'objet d'une décision au cas par cas (en tenant compte de l'espace, de l'équipement, de la capacité et de la compétence du personnel, et de l'intérêt supérieur du patient). La plus grande partie de la coordination des soins aux patients cancéreux est exécutée par le personnel infirmier dans des cliniques et des centres de santé, sous la direction de médecins de premier recours.

L'un des aspects de la vie dans le Nord est que les personnes ayant un cancer ont des possibilités limitées de participer à des essais cliniques. Un grand nombre d'études portant sur de nouveaux médicaments ou de nouvelles procédures sont menées dans d'autres provinces. Les chercheurs contactent les patients qu'ils estiment pouvoir suivre de près pendant une certaine période de temps. Cela ne veut pas dire que les patients ténois ne peuvent pas participer à des essais cliniques; dans la plupart des cas, on ne leur en offre pas la possibilité.

Chirurgie

La chirurgie consiste à extraire une partie ou la totalité de la tumeur et des tissus qui l'entourent. La décision d'opérer dépend du siège de la tumeur et de sa proximité des organes vitaux. Certaines procédures de diagnostic et certaines opérations sont effectuées à l'hôpital territorial Stanton, tandis que d'autres le sont à l'extérieur des Territoires.

Il y a bien des années, les médecins ont appris comment se servir de cette énergie (radiation) pour « voir » à l'intérieur du corps et trouver la maladie. Vous avez probablement déjà vu une radiographie de vos poumons, de vos dents ou de vos os. À dose élevée (plusieurs fois la dose utilisée pour les rayons X), la radiation est utilisée pour traiter le cancer et d'autres maladies.

Institut national du cancer du Canada

Radiothérapie

La radiothérapie utilise des niveaux élevés de rayons X ou d'autres formes de rayonnement dirigés directement vers la tumeur. Cette procédure consiste essentiellement à « brûler » les cellules de sorte qu'elles ne puissent plus se développer et se propager. Dans cette forme de traitement, les cellules normales sont aussi touchées, ce qui peut causer des effets secondaires comme de la fatigue, de la diarrhée, des nausées et la douleur au point de radiation. Un régime alimentaire et des médicaments peuvent atténuer certains de ces effets secondaires. On ne peut recevoir des traitements de radiothérapie qu'à l'extérieur des Territoires.

Chimiothérapie

On peut utiliser la chimiothérapie comme traitement du cancer ou pour lutter contre un cancer qui s'est répandu. Administrés oralement ou par injection, les médicaments interfèrent avec la croissance des cellules cancéreuses. Les cellules saines peuvent aussi être touchées pendant le traitement. Les effets secondaires comprennent des nausées, des vomissements, la perte d'appétit, la chute des cheveux. Le traitement peut accroître les risques d'infection, mais celle-ci peut généralement être réduite ou contrôlée.

Une autre traitement appelé immunothérapie utilise des substances ou des protéines spéciales pour renforcer l'habileté de l'organisme à lutter contre le cancer, en particulier après la chimiothérapie.

Avant d'entreprendre son traitement de chimiothérapie aux TNO, le patient consulte habituellement un oncologue au Cross Cancer Institute, à Edmonton. Après avoir discuté avec lui des options de son traitement, le patient revient aux Territoires du Nord-Ouest avec un plan de traitement. Les infirmières du service des soins d'un jour de l'hôpital territorial Stanton coordonnent l'administration de la chimiothérapie. Entre les périodes de traitement prévues à l'hôpital, le patient peut retourner dans sa communauté pour récupérer. Selon la fréquence de ses traitements et la période prévue entre chacun, les déplacements entre Yellowknife et sa communauté pourraient le fatiguer.

Hormonothérapie

L'hormonothérapie peut servir à traiter les cancers sensibles aux variations hormonales. L'ajout ou l'élimination d'une hormone dans l'organisme ou la régulation de son activité peuvent avoir un effet sur la croissance ou l'activité des cellules cancéreuses. Actuellement, l'hôpital territorial Stanton a la capacité de dispenser certains types d'hormonothérapies, particulièrement pour le cancer du sein.

Médecine parallèle

La médecine parallèle comprend toute une panoplie de philosophies et d'approches. Bien que les patients affirment tirer avantage de ces thérapies, la sûreté et l'efficacité de celles-ci restent à prouver sur le plan scientifique. Il est important de consulter un médecin avant d'entreprendre tout traitement

médical parallèle, car il peut interférer avec d'autres traitements au moyen de médicaments ou avec d'autres tests.

Options de guérison traditionnelle

Les méthodes traditionnelles de guérison peuvent être utiles pour atténuer la douleur et répondre aux besoins affectifs et culturels du patient.⁹ Au moment de chercher un guérisseur, il est important de poser des questions sur le protocole nécessaire pour approcher le guérisseur (vêtements, couvertures, tabac, petits fruits, aliments) et de respecter le protocole de traitement tel qu'indiqué. Il est aussi nécessaire de consulter son médecin traitant pour s'assurer de la compatibilité des remèdes prescrits dans chacune des thérapies.

Soins prolongés/Soutien aux patients cancéreux

Les soins aux patients doivent répondre aux besoins de ces derniers sur les plans physique, social, émotif, nutritionnel, de l'information, psychologique, spirituel et pratique.^{54, 55} Les recherches révèlent un lien entre les interventions psychosociales et une amélioration de la qualité de vie, une réduction des coûts et un possible accroissement de la survie.^{56, 57, 58, 59} Le traitement se prolonge bien au-delà des soins dispensés à l'hôpital et comprend les soins dans la communauté ou à la maison. Pour y arriver, il est nécessaire de mettre en place une approche coordonnée pour offrir un vaste éventail de services dans toutes les communautés et assurer une intégration harmonieuse de ces services entre la communauté et l'hôpital.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs consistent à prendre soin des patients en fin de vie. Ils touchent la gestion de la douleur et le soulagement d'autres symptômes, et visent à répondre aux besoins psychologiques, sociaux et spirituels des patients. Le but des soins palliatifs est de permettre aux patients et à leur famille de conserver la meilleure qualité de vie possible. Il y a un nombre limité de lits réservés aux soins palliatifs à l'hôpital territorial Stanton et dans les établissements de soins prolongés, mais la plupart des patients préfèrent rester à la maison jusqu'à leur décès et recevoir l'appui des services de soins à domicile.

Soins à domicile ou dans la communauté

Les services de soins à domicile, à la fois à court et à long terme, sont offerts aux personnes ayant une incapacité. Ils visent à maximiser la santé et le mieux-être du patient et à lui permettre de demeurer à la maison et dans sa communauté. Si le patient a besoin de soins infirmiers à domicile et qu'il réside dans une communauté qui n'offre pas de programmes de soins à domicile ou qui offre certains services seulement, des mesures sont prises pour le transférer vers la communauté la plus proche où il peut recevoir ces services essentiels.

Les services de soins à domicile comprennent la gestion de cas, les soins infirmiers à domicile, les soins en santé mentale communautaire, les soins personnels, l'aide aux activités de la vie quotidienne, les soins de relève à

Chez les Autochtones, les notions de totalité et d'équilibre sont fondamentales et intègrent la croyance essentielle selon laquelle les aspects physiques, mentaux, spirituels et émotifs de la vie sont reliés et inséparables.

Aboriginal Cancer Care Unit. Analysis of the Findings from Aboriginal Cancer Care Needs Assessment: 'It's Our Responsibility' ... Cancer Care Ontario, 2002.

En ce qui concerne les soins qui étaient dispensés par les établissements de soins tertiaires, la tendance observée dans tout le Canada a été de les confier au milieu communautaire. La famille et la communauté du patient doivent donc maintenant assumer une part plus grande du fardeau du cancer.

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer



domicile, la nutrition, les soins palliatifs, la réadaptation, le travail social, le soutien à la famille et à l'enseignement, les services de repas à domicile, la coordination du prêt d'équipement et les soins des pieds. Le programme est offert aux personnes dont les besoins ont été évalués par le personnel des services de soins à domicile.

Télésanté

Grâce aux technologies de télécommunication et de télésanté à la fine pointe, les personnes cancéreuses qui habitent des régions éloignées peuvent consulter leur médecin ou le spécialiste plus régulièrement, ce qui minimise le temps et les coûts associés aux déplacements. La télésanté peut améliorer la qualité des soins aux patients et l'information sur la santé, en accélérant le diagnostic et les décisions relatives à l'investigation et à la gestion, et en permettant d'obtenir plus facilement l'opinion d'un spécialiste ou d'un professionnel. De plus, elle permet au patient de recevoir l'information au sein de sa communauté et de son réseau de parents et d'amis.

Les services de télésanté sont actuellement offerts dans les communautés suivantes : Yellowknife, Fort Smith, Inuvik, Holman, Fort Simpson, Hay River, Deline, Lutselk'e et Fort Resolution.

Aux TNO, la télésanté joue un rôle limité dans les services reliés au cancer. On se sert le plus fréquemment des services de télésanté pour les cas de cancers de la peau. Le potentiel des services de télésanté pour le diagnostic et les soins d'autres types de cancer reste à réaliser.

Services de soutien

Les services de soutien aux patients cancéreux sont importants, car ils les aident à supporter les effets secondaires du traitement, et répondre à leurs préoccupations d'ordre social, psychologique, émotif et spirituel (p. ex., programmes de consultation aidant à faire face au sentiment de perte, à l'anxiété, à la dépression et au stress), ou à leurs questions pratiques (p. ex., aide à domicile et transport jusqu'au lieu de traitement).

Le coordonnateur des services de soutien aux patients cancéreux peut faire en sorte que le patient et sa famille soient bien informés des services de soutien auxquels ils ont accès et contribuer à une prestation intégrée et harmonieuse des services. Actuellement, il n'y a pas de coordonnateur des services de soutien aux TNO.

La Société canadienne du cancer est un organisme national qui regroupe des bénévoles établis dans les communautés et qui a pour objectif d'éliminer le cancer et d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant le cancer.⁶⁰ Des programmes de soutien permettent aux patients cancéreux et aux membres de leur famille d'entrer en contact avec des survivants du cancer. Des bénévoles sont formés pour faire de l'écoute active, fournir du soutien affectif et des renseignements pratiques permettant de faire face à la réalité du cancer. La NWT Cancer Association a mis en place une ligne téléphonique sans

frais offrant des renseignements en anglais, en français et dans les langues autochtones. Les numéros du Service d'information sur le cancer sont les suivants : 1 888 939-3333, pour le français et l'anglais, et 1 888 261-4673 pour les langues autochtones.

Prestations d'assurance-maladie complémentaire

Tous les résidents permanents des TNO sont admissibles au régime d'assurance-maladie des TNO. Les prestations comprennent les services aux malades hospitalisés et aux malades externes, les services des médecins et la couverture des services nécessaires sur le plan médical offerts à l'extérieur des Territoires ou du pays.

La personne ayant reçu un diagnostic de cancer peut faire une demande de prestations d'assurance-maladie complémentaire auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux si elle répond aux conditions suivantes :

- elle est inscrite au Régime d'assurance-maladie des TNO;
- elle réside aux TNO de façon permanente;
- elle est non autochtone ou métisse.

Ces prestations couvrent les médicaments et les frais d'exécution d'ordonnance des médicaments figurant sur la liste des médicaments des TNO, les appareils chirurgicaux, l'équipement médical et les fournitures médicales, et les frais de déplacement pour raison médicale de la communauté de résidence au lieu de traitement.

Indemnités de déplacement pour raison médicale

Les indemnités de déplacement pour raison médicale sont versées pour le transport du patient de sa communauté de résidence aux TNO jusqu'au centre le plus proche où il pourra recevoir le service médical dont il a besoin. Les indemnités visent l'aller-retour en avion (service aérien régulier ou évacuation médicale d'urgence), les services d'ambulance lors d'une évacuation médicale d'urgence, un soutien limité pour les repas, l'hébergement et le transport terrestre local.

Sur présentation de pièces justificatives suffisantes, ces indemnités peuvent être également versées à un accompagnateur qui voyage avec le patient, qu'il fasse partie d'un service de santé ou non. Les frais d'escorte médicale sont autorisés dans les cas suivants :

- le patient est âgé de moins de 19 ans et requiert une escorte;
- le patient est un bébé allaité par sa mère, qui est alors l'escorte non médicale de l'enfant;
- le patient a un handicap physique ou mental qui l'empêche de voyager seul;
- le patient a besoin d'une escorte linguistique pendant le voyage;
- le médecin traitant de l'établissement de soins demande par écrit qu'une escorte non médicale participe au programme de traitement pour apprendre à dispenser des soins au patient après qu'il aura reçu son congé de l'hôpital.

En 2001, la Aboriginal Cancer Care Unit (ACCU) de l'organisme Cancer Care Ontario (CCO) s'est engagée à mener une analyse provinciale des questions liées au cancer dans la population autochtone. Le but de l'évaluation de besoins était d'examiner à fond les attitudes des Autochtones et leur expérience en matière de services reliés au cancer, afin d'établir une justification basée sur des preuves pour la conception d'une stratégie autochtone de lutte contre le cancer.

Aboriginal Cancer Care Unit, Analysis of the Findings from Aboriginal Cancer Care Needs Assessment: It's Our Responsibility..., Cancer Care Ontario, 2002.

Défis liés à la prestation de services

Vivre dans le Nord peut comporter son lot de difficultés, surtout en ce qui concerne l'accessibilité aux services reliés au cancer. Les résidents des centres urbains comme ceux des communautés éloignées doivent souvent parcourir de grandes distances pour aller consulter le personnel médical qui s'occupera du diagnostic et du traitement. Il peut s'agir là d'une expérience angoissante, en particulier pour les personnes qui ne se sont jamais rendues dans un grand centre urbain et qui doivent alors quitter leur réseau de soutien souvent pour passer des tests ou recevoir un traitement, prendre des décisions difficiles ou faire face à des nouvelles pénibles. De plus, la population ténosée a difficilement accès à des programmes d'information sur le cancer et dans bien des cas, les programmes en question ne sont pas adaptés à la langue et à la culture.

Dans beaucoup de communautés, le personnel est surchargé d'un grand nombre de tâches et peut parfois être dans l'impossibilité de fournir des services de soutien comme les services de prévention ou de soins palliatifs. Le taux élevé de roulement du personnel peut aggraver la situation. Ces défis montrent bien que les TNO ont besoin d'une approche plus organisée de la gestion des programmes de dépistage, de traitement du cancer et de suivi, y compris le soutien et l'information des fournisseurs de soins comme ceux des patients et des familles.

Élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre le cancer aux TNO

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer est une stratégie nationale dont la vision est d'optimiser l'usage des connaissances actuelles et des ressources disponibles aux fins de la lutte contre le cancer. Son objectif est de lutter contre le cancer dans la population, au moyen d'une meilleure collaboration au chapitre de la planification, de l'établissement des priorités, de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques publiques. Les objectifs de la Stratégie comprennent ce qui suit⁶¹ :

- réduction de l'incidence du cancer ainsi que de la mortalité et de la morbidité qui s'y rattachent;
- amélioration de la qualité de vie de ceux et celles qui vivent avec le cancer ou s'en remettent;
- accès équitable à des interventions de lutte contre le cancer fondées sur des preuves;
- amélioration de l'intégration des soins prodigués aux patients cancéreux, depuis les soins primaires jusqu'aux soins palliatifs;
- nouvel équilibre des investissements en faveur d'une prévention efficace et des soins de soutien, des soins psychosociaux et des soins palliatifs;
- accroissement de l'autonomie des patients;
- harmonisation avec les régimes de santé provinciaux, territoriaux et fédéral.

Dans certains cas, les mesures associées principalement à la réalisation d'un but peuvent mener à l'atteinte d'autres buts. Par exemple, la détection précoce du cancer au moyen d'un programme de dépistage peut réduire la mortalité par cancer, accroître la qualité de vie des personnes cancéreuses et développer l'autonomie des patients.

Le plan d'action téniois de lutte contre le cancer pourrait être guidé par les buts et les recommandations de la Stratégie nationale, mais demeurer assez spécifique pour répondre aux besoins, aux défis et aux ressources propres aux TNO.

Stratégie contre le cancer ou contre la maladie chronique

Avant l'élaboration d'un plan d'action téniois, des discussions sont nécessaires pour évaluer le bien-fondé d'une stratégie de lutte contre le cancer par rapport à une stratégie de lutte contre la maladie chronique qui comprendrait un volet relatif au cancer. Un rapport portant sur les deux stratégies présente les avantages et les désavantages de chacune d'elles⁶². Une stratégie relative aux maladies chroniques aurait l'avantage de consolider les efforts et les ressources à l'appui d'un groupe commun d'objectifs. Par exemple, il y a des objectifs communs à la prévention du cancer et à la prévention d'autres maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète (tabac, alimentation, activité physique,

La lutte efficace contre le cancer exige un effort concerté et partagé de la part des organismes de santé, des gouvernements, des chercheurs, de la communauté médicale et du public.

Alberta Cancer Board

obésité) et les maladies pulmonaires (tabac). Une stratégie relative aux maladies chroniques aiderait à transmettre un message cohérent aux décideurs, aux professionnels de la santé et au public. Toutefois, une telle stratégie comporte certains inconvénients : elle ne réussirait pas à tenir compte de la spécificité du cancer; elle risquerait de mettre seulement l'accent sur les éléments communs aux maladies chroniques; elle manquerait de souplesse; et elle empêcherait la prise de décisions assez rapidement en raison de l'intervention des multiples parties intéressées.

Établissement de partenariats durables

La lutte efficace contre le cancer exige la collaboration de multiples parties pour assurer l'exécution et la prestation d'une gamme étendue de programmes et de services en éliminant les lacunes et les doublons, en intégrant davantage les services et en améliorant la coordination de ceux-ci. Le tableau 18 présente une liste de moyens permettant aux différentes parties de participer à la lutte contre le cancer ou de la mettre en œuvre.

Tableau 18
Parties intéressées et approches de la lutte contre le cancer

Parties intéressées	Approches de la lutte contre le cancer
Gouvernements fédéral, territorial et autochtones et administrations locales.	• Surveillance du cancer dans la population (registre du cancer des TNO) • Adopter et appliquer des lois et des règlements à l'appui de la prévention du cancer (p. ex., adopter des règlements antitabac, interdire la publicité et la promotion des produits du tabac, fournir des incitatifs fiscaux pour améliorer l'accès à des aliments nutritifs et pour renforcer les exigences relatives à l'étiquetage des aliments). • Faire en sorte que toutes les personnes pouvant bénéficier de programmes de dépistage du cancer aient accès à des programmes bien organisés et de grande qualité. • Investir des fonds dans le recrutement et le maintien en poste du personnel de la santé et des services sociaux. • Veiller à l'intégration et à la coordination des soins de santé reliés au cancer, et ce, depuis les soins primaires jusqu'aux soins palliatifs. • Assurer l'accès à des traitements contre le cancer qui soient de haute qualité et fondés sur des preuves. • Établir avec les parties concernées un cadre pour la prestation des services de prévention du cancer et des soins aux personnes atteintes du cancer.
Administrations municipales et gouvernements autochtones	• Fournir le soutien nécessaire à des choix de vie sains (p. ex., adoption de règlements antitabac, aménagement de pistes cyclables, de sentiers pédestres ou de parcs, protection de l'environnement au niveau local, surveillance et élimination des produits chimiques cancérigènes).

Tableau 18 (suite)

Parties intéressées et approches de la lutte contre le cancer

Parties intéressées	Approches de la lutte contre le cancer
Organismes non gouvernementaux	• Mettre en œuvre des programmes, offrir de l'information, du matériel et de la formation aux groupes communautaires qui travaillent à la prévention et à la lutte contre le cancer.
Administrations des services de santé et des services sociaux	• Organiser des séances d'information dans les communautés pour sensibiliser davantage les gens au cancer. • Créer des partenariats communautaires et mobiliser des groupes de coalition pour susciter un appui à l'égard de choix de vie plus sains, du dépistage du cancer et d'un accroissement de la qualité de vie pour les personnes ayant un cancer ou qui s'en remettent. • Investir dans des stratégies ou des projets pilotes éprouvés qui peuvent réduire le fardeau du cancer. • Fournir des soins de haute qualité et fondés sur des preuves aux patients cancéreux et à leur famille.
Professionnels de la santé	• Intégrer des pratiques de prévention exemplaires aux activités cliniques quotidiennes. • Faire du dépistage du cancer auprès des personnes qui peuvent en profiter. • Coordonner et offrir des soins de haute qualité et fondés sur des preuves.
Groupes communautaires ou locaux	• Militer pour des politiques communautaires ou municipales visant à prévenir le cancer ou à fournir des soins aux personnes ayant un cancer. • Appuyer le mieux-être psychosocial des personnes atteintes du cancer et de leur famille.
Secteur privé	• Faire la promotion de modèles de comportement positifs, appuyer la législation antitabac, diminuer le prix des aliments qui sont bons pour la santé, commanditer ou parrainer des manifestations sportives et fournir des ressources pour mener des recherches sur le cancer dans le Nord.
Professionnels de la santé	• Intégrer des pratiques de prévention exemplaires aux activités cliniques quotidiennes. • Faire du dépistage du cancer auprès des personnes qui peuvent en profiter. • Coordonner et offrir des soins de haute qualité et fondés sur des preuves.

La lutte contre le cancer dans le cadre du Modèle de prestation de services intégrés

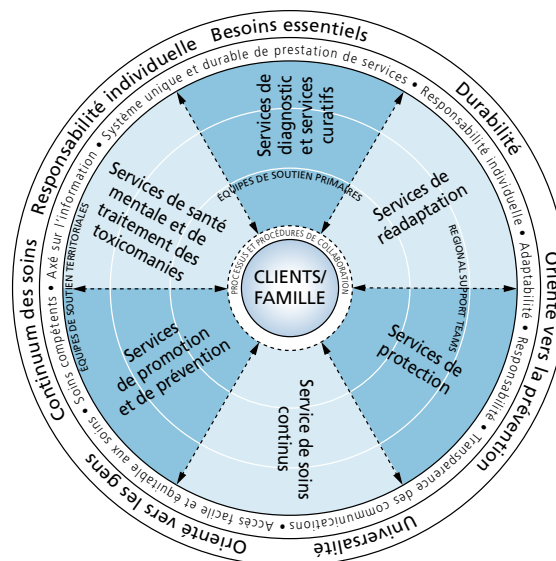
Dans le cadre du Modèle de prestation de services intégrés⁶³, les résidents des TNO devraient avoir accès à une gamme étendue de services de santé et de programmes sociaux financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et fournis par les administrations des services de santé et des services

sociaux (ASSSS). Ces services et ces programmes doivent faire l'objet d'une intégration horizontale et verticale, depuis les soins primaires communautaires jusqu'aux services des niveaux secondaire (régional) et tertiaire (territorial).

Les soins primaires communautaires s'entendent des services de santé et des services sociaux destinés et intégrés au niveau communautaire. Selon cette approche, les gens ont accès au bon service, dispensé par le fournisseur approprié, au bon moment et au bon endroit. Le client, ou la famille, est au centre du modèle et il est entouré par un ensemble de processus et de procédures intégrés et axés sur la collaboration qui font en sorte que les divers fournisseurs de soins travaillent ensemble pour répondre aux besoins du client ou de la famille en question. La collaboration commence au niveau communautaire, puis s'étend au niveau régional et territorial, au besoin (figure 21). Par exemple, une patiente de Tuktoyaktuk peut subir un examen des seins dans sa communauté, être dirigée et transférée à Inuvik pour subir une mammographie, puis à l'hôpital territorial Stanton pour subir une biopsie (au besoin). Si elle a besoin d'autres traitements, elle pourra être dirigée et transférée vers l'extérieur des TNO où elle recevra d'autres services. Dans ce cas, la coordination entre les fournisseurs de soins à un niveau de service, et d'un niveau de service à l'autre, facilitera la mise en oeuvre des services au fur et à mesure des besoins.

Figure 21

Modèle de prestation de services intégrés aux TNO



Le Modèle de prestation de services intégrés (MPSI) comporte six secteurs essentiels : les services diagnostics et les services curatifs; les services de réadaptation; les services de protection; les services de soins continus; les services de promotion et de prévention; les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. À l'aide de ce modèle, il est possible de déterminer comment diverses interventions liées au cancer pourraient s'intégrer au sein

des six secteurs d'activités essentiels. Le tableau 19 dresse la liste des services essentiels et de certains types d'interventions liées au cancer qui pourraient être réalisées. Le tableau présente des exemples de la façon dont les interventions liées au cancer pourraient entrer en interaction avec chacun des services essentiels. Il ne s'agit pas toutefois d'une liste complète des interventions.

Tableau 19

Exemples d'interventions liées au cancer dans chacun des secteurs essentiels

Services essentiels	Types d'intervention
Services de diagnostic et services curatifs	• Tests de diagnostic du cancer, traitement du cancer (p. ex., chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, etc.)
Services de réadaptation	• Services de physiothérapie ou d'ergothérapie pour gérer la douleur et/ou les symptômes associés à la maladie et pour aider le patient à poursuivre ses activités quotidiennes
Services de protection	• Surveillance du cancer • Programme de vaccination (virus de l'hépatite B) • Tests environnementaux (p. ex., qualité de l'air et de l'eau)
Services de soins continus	• Soins à long terme ou soins palliatifs à domicile ou dans la communauté, pour soulager la douleur et les symptômes et améliorer l'autonomie et la qualité de vie des personnes cancéreuses ou touchées par la cancer.
Services de promotion et de prévention	• Fournir de l'information et susciter une prise de conscience au sujet des habitudes de vie saines (p. ex. alimentation et exercice) et des comportements à risque (p. ex. tabagisme, consommation abusive d'alcool) • Dépistage précoce (p. ex. dépistage du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus)
Services de santé mentale et de traitement des toxicomanies	• Services qui répondent aux besoins sociaux, affectifs et psychologiques des personnes touchées par le cancer (p. ex., deuil, survie, anxiété et stress).

Les types de services fournis aux niveaux communautaire, régional ou territorial varient selon divers facteurs comme les données démographiques, les indicateurs de la santé de la population, les évaluations des besoins, et la rentabilité. Si le service n'est pas offert au niveau communautaire, les patients sont dirigés et transférés vers le niveau régional ou territorial ou vers l'extérieur des TNO. Au moyen de processus collaboratifs et intégrés, à la fois sur le plan horizontal et sur le plan vertical, tous les fournisseurs de services veilleront à répondre aux besoins du client ou de sa famille.

Cadre pour la santé de la population

Nombre de facteurs peuvent influencer sur l'état de santé d'une personne, y compris ce qui suit⁶⁴ :

- le revenu, le niveau d'éducation et le statut social;
- les réseaux de soutien au sein de la famille, des amis et de la communauté;
- le milieu physique, y compris le domicile, le lieu de travail et la communauté;



- les pratiques individuelles en matière de santé, les choix liés au mode de vie et les habiletés d'adaptation;
- les services de santé;
- la croissance en santé pendant l'enfance;
- le sexe;
- l'identité culturelle;
- les traits physiques individuels ou les traits héréditaires.

Il existe une corrélation entre les taux de cancer et le statut socio-économique, mais cette corrélation n'est pas constante. Il existe une corrélation entre le statut socio-économique peu élevé et l'accroissement du risque de cancer du poumon, de cancer du col utérin, de cancer de l'estomac et du cancer de la tête et du cou. Un niveau socio-économique élevé accroît le risque des cancers du sein, de la prostate et du côlon. Ces corrélations s'expliquent probablement dans une grande mesure par les variations correspondantes des facteurs de risque, lesquels ont une importante composante sociale – par exemple, le tabagisme (cancers du poumon et de la tête et du cou), la consommation d'alcool (cancer de la tête et du cou), maladies transmises sexuellement (cancer du col utérin), première grossesse à un âge avancé (cancer du sein) et style de vie sédentaire (cancer du côlon). De plus, certains facteurs économiques, sociaux et culturels peuvent rendre plus difficile l'accès à l'information et aux services de prévention.⁶⁵

L'approche axée sur la santé de la population tient compte d'une diversité de conditions et de facteurs individuels et collectifs qui déterminent l'état de santé, influent sur celui-ci ou ont une corrélation avec celui-ci.⁶⁶ La priorité de l'intervention est mise sur l'état de santé de toute la population ou d'une sous-population. Des interventions qui ciblent des personnes précises sont toujours aussi importantes. Toutefois, l'approche axée sur la santé de la population est beaucoup plus large, puisqu'elle tient compte des facteurs systémiques et sociétaux qui ont un impact sur les populations. Mettre l'accent sur la population, c'est prendre en considération l'intégration des causes sous-jacentes et de divers facteurs; cette approche suggère que des solutions se manifestent par l'action intersectorielle mettant l'accent sur les politiques publiques, la coordination et le changement.

Améliorer la santé exige en dernier lieu de sortir du secteur de la santé dans son ensemble pour s'engager vers une approche politique axée sur le social. Des interventions telles que les efforts pour modifier les politiques gouvernementales, les pratiques organisationnelles et le comportement de fournisseurs de services, peuvent toucher la population entière ainsi que les normes sociales et la structure macroéconomique. En plus d'une politique de santé publique bien conçue, une politique gouvernementale favorable à la santé des gens produira l'impact le plus grand sur la santé.⁶⁷ En adoptant une telle politique, le gouvernement s'engage à considérer chaque politique par rapport à son impact sur le bien-être des gens. En plus des politiques d'autres ministères, des politiques sur le logement, l'éducation, l'économie, l'emploi et l'environnement peuvent contribuer à l'amélioration de l'état général de la population ténos. Il est à espérer que de telles mesures contribueront à prévenir et à retarder l'apparition de beaucoup de maladies comme le cancer.

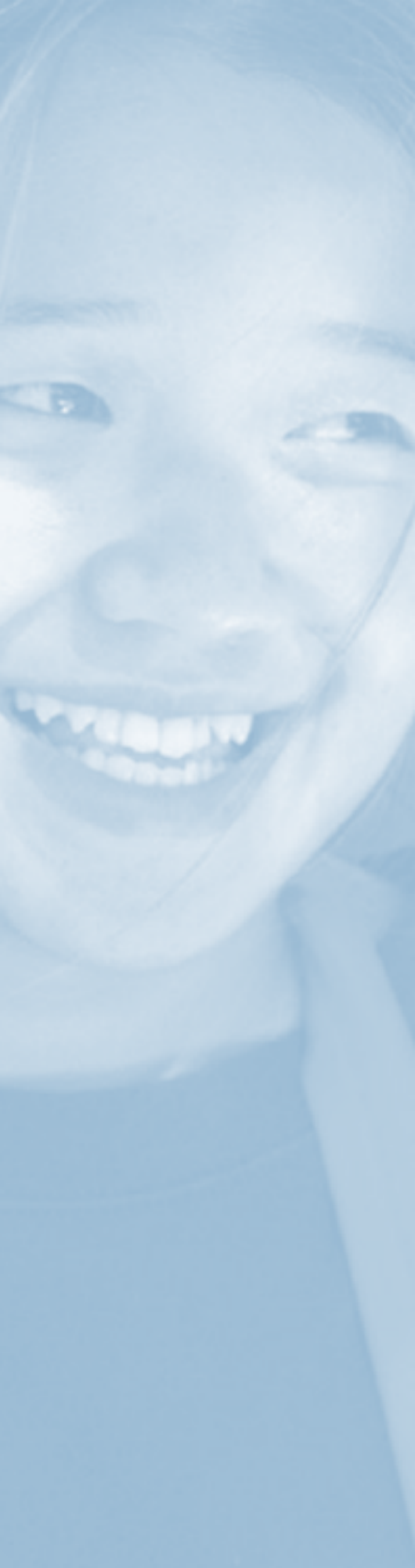
Pour aller de l'avant

Le rapport *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest (1990-2000)* examine à la fois l'incidence du cancer et la mortalité par cancer en fonction du sexe, des sièges de cancer, des groupes ethniques et des types de communauté. En plus de comparer l'ensemble des taux de cancer aux TNO à ceux du Canada, nous avons examiné aussi les sièges de cancer pour les diagnostics de cancer et les décès par cancer les plus fréquents, ainsi que les sièges de cancer pour lesquels les taux ajustés selon l'âge étaient plus élevés ou plus bas que ceux de la population canadienne. On appelle « surveillance du cancer » ce type d'examen qui comprend la collecte continue de données et l'analyse et la diffusion de l'information.

De telles analyses descriptives aident à identifier les groupes qui risquent le plus d'être atteints du cancer. Toutefois, les données du registre du cancer des TNO peuvent seulement fournir un profil descriptif de cette maladie aux TNO. Étant donné que le registre ne recueille pas d'autres renseignements personnels, tels que les facteurs de risque et les comportements des personnes en matière de santé, il ne peut pas servir à tirer des conclusions au sujet des causes de la maladie. Même si des renseignements personnels plus détaillés étaient disponibles, il faut souligner qu'une personne atteinte du cancer a souvent été exposée à de multiples facteurs de risque, ce qui rend difficile la découverte de la vraie ou des vraies causes du cancer. De plus, le cancer ou les symptômes du cancer apparaissent souvent bien des années après l'exposition, ce qui rend encore plus compliquée la tâche d'identifier la cause du cancer ou d'attribuer le cancer à une source soupçonnée.

Le dépistage dans les populations à haut risque peut finir par mener à la mise en œuvre de programmes visant à modifier les comportements, à améliorer l'environnement physique ou social, ou à accroître l'accès aux services de santé. Le type de cancer prévalent peut suggérer des causes sous-jacentes probables dans la population et ainsi aider à la planification de mesures de prévention.

Ainsi, que savons-nous au sujet du cancer aux TNO? D'abord, il y a une tendance à la hausse de l'incidence du cancer chez les hommes et de la mortalité par cancer chez les femmes, ce qui s'explique principalement par le vieillissement de la population. Ensuite, les taux d'incidence et de mortalité par cancer chez les hommes sont similaires à ceux des femmes, ce qui contraste avec les données nationales selon lesquelles les taux sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En réalité, le taux d'incidence du cancer chez les hommes ténos est inférieur au taux d'incidence chez les Canadiens et le taux de mortalité chez les femmes ténos est plus élevé que chez les Canadiennes. Ces faits justifient des recherches et des analyses plus poussées qui sortent du cadre de ce rapport. Toutefois, il est possible de faire les observations suivantes :



- 1) On constate que le taux d'incidence du cancer de la prostate est significativement plus bas chez les Dénés et chez les hommes du groupe non-Autochtones/Métis que chez les Canadiens. Il est possible que, dans ce cas, l'hérédité ou certains comportements liés au mode de vie diminuent les risques de cancer de la prostate. Toutefois, il est aussi possible que le dépistage du cancer de la prostate ne soit pas effectué de façon aussi systématique que dans les autres provinces, ce qui pourrait expliquer le faible taux de dépistage de ce cancer. Les études semblent pointer davantage dans cette direction. Si le risque de développer un cancer de la prostate était faible, on pourrait aussi s'attendre à un faible taux de mortalité, ce qui n'est pas le cas. En réalité, le taux de mortalité par cancer de la prostate chez les Ténos est le même que chez les Canadiens. On ne fait pas de dépistage systématique du cancer de la prostate aux TNO, car l'efficacité de ce type de dépistage est sujette à caution.

Le registre du cancer des TNO ne consigne pas le stade de la maladie au moment du diagnostic. Sans cette information, il est difficile de déterminer si le taux d'incidence peu élevé du cancer de la prostate chez les hommes et le taux élevé de mortalité par cancer chez les femmes sont reliés à un dépistage inadéquat et, par conséquent, à un diagnostic tardif. Le registre commencera sous peu à rassembler ces données, ce qui devrait être utile pour les prochaines analyses.

- 2) Bien que, dans l'ensemble, les taux d'incidence du cancer soient similaires chez les deux sexes, le taux d'incidence est plus élevé chez les femmes dans certains groupes d'âge spécifiques (femmes de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans). Cela s'explique probablement par le fait que l'âge moyen au moment du diagnostic est de 53 ans pour le cancer du sein et de 67 ans pour le cancer de la prostate. Pour les deux cancers prévalents qui restent (c'est-à-dire le cancer du poumon et le cancer colorectal), le groupe d'âge au moment du diagnostic est le même pour l'un et l'autre sexe (c'est-à-dire de 60 à 69 ans).
- 3) Lorsqu'on examine les taux spécifiques par siège du cancer aux TNO et qu'on les compare aux taux canadiens, les risques de cancer colorectal et de cancer de l'estomac sont plus élevés chez les hommes ténos que chez les Canadiens, tandis que le risque de cancer de la prostate est moins élevé chez les Ténos que chez les Canadiens. Cependant, le risque de cancer colorectal, de cancer du poumon, du pancréas, de la cavité buccale et du foie/vésicule biliaire est plus élevé chez les femmes ténos que chez les Canadiennes. Sans disposer de renseignements au niveau personnel, il n'est pas possible d'attribuer ces taux de cancer, plus élevés ou plus bas, à une cause précise. Cela étant dit, les facteurs de risque pour ces types de cancer sont le plus souvent associés au tabagisme, à une mauvaise nutrition et à un mode de vie sédentaire.

Enfin, ce rapport n'examine pas en profondeur l'usage des services de santé par rapport au cancer. L'accès limité aux données sur les médicaments, les soins aux malades externes et les soins à domicile et dans la communauté (qui représentent une grande partie des traitements reçus par les personnes ayant le cancer) entraîne une sous-estimation du fardeau actuel du cancer sur le système de santé. Il faut améliorer la collecte de ces renseignements pour effectuer des analyses plus exactes.

Ainsi, dans quelle direction devons-nous nous engager? Étant donné la croissance de la population, l'espérance de vie plus longue et l'accroissement du nombre de personnes âgées dans la population, il est nécessaire d'élaborer un plan d'action pour mieux contrôler et gérer l'augmentation prévue des cas de cancer dans la population. Bien que ce rapport traite directement du cancer, certaines des interventions qui y sont présentées ne sont pas spécifiques à une maladie et peuvent tout aussi bien s'appliquer à d'autres états chroniques. Malgré tout, certaines interventions demeurent spécifiques au cancer (p. ex., prévention du cancer et soins de soutien). L'introduction de stratégies préventives visant le cancer, les maladies chroniques ou les deux, et la mise en place d'un système organisé et coordonné de dépistage précoce, de traitement et de soins de soutien sont des moyens de faire en sorte que les fonds destinés aux soins de santé sont bien utilisés. En l'absence d'un cadre intégré, coordonné et approfondi, la demande en soins de santé va augmenter dans un proche avenir.

En plus de la publication du présent rapport, d'autres mesures sont prises aux TNO, y compris ce qui suit :

- publication d'une trousse de communication sur le cancer qui sera présentée, sur demande, aux communautés, aux administrations régionales des soins de santé et des services sociaux et aux décideurs;
- examen des options relatives à un programme de dépistage du cancer colorectal aux TNO;
- conception d'un programme organisé visant le dépistage du cancer pour augmenter le nombre de femmes visées par le dépistage, et le rappel et le suivi des femmes qui subissent une mammographie;
- mise en œuvre d'une stratégie de prévention du tabagisme et de lutte contre celui-ci, y compris l'ajout d'une unité thématique sur le tabac dans le programme d'études sur la santé, l'adoption de règlements pour interdire le tabac dans les lieux publics, et la formation de professionnels de la santé pour qu'ils fournissent des services de consultation aux personnes qui souhaitent cesser de fumer.
- cadre de planification pour la Stratégie en matière de vie active aux Territoires du Nord-Ouest;
- amélioration des services de soins à domicile et de soins palliatifs à la grandeur des TNO, par le biais du programme de Soins de santé à domicile et en milieu communautaire pour les Premières nations et les Inuits.



Ce rapport a souligné les défis et les possibilités liés à la lutte contre le cancer dans une population vieillissante. Il est opportun de concevoir une stratégie à long terme de lutte contre le cancer et contre la maladie chronique qui soit complète, interdisciplinaire et spécifique aux TNO. En agissant maintenant, il sera possible d'éviter à la fois les futures pertes de productivité causées par les décès prématurés et l'augmentation des coûts pour le système de soins de santé et la société. Des partenariats solides, une politique gouvernementale favorable à la santé publique et un continuum de programmes et de services sont les éléments fondamentaux d'un système qui peut satisfaire les besoins des gens et réagir au changement.

Annexe 1 – Glossaire

Répartition selon l'âge

Nombre de personnes regroupées selon leur âge dans une population.

Taux d'incidence ou de mortalité selon l'âge

Nombre de cas ou de décès pour une tranche d'âge donnée par rapport à la population dans laquelle les cas (ou les décès) se sont produits. Le taux est généralement exprimé en nombre de cas pour 100 000 personnes par année (années-personnes) pour une tranche d'âge donnée.

Standardisation ou ajustement selon l'âge

L'ajustement du taux d'incidence du cancer ou du taux de mortalité par cancer afin qu'ils reflètent la répartition selon l'âge dans une population donnée, ce qui permet d'établir des comparaisons significatives (dans ce cas, avec les taux nationaux). La répartition selon l'âge au Canada (de la population de 1996) a servi de standard pour faciliter la comparaison avec les TNO, les groupes ethniques et les types de communautés (fait référence à la standardisation indirecte selon l'âge).

Tumeur bénigne

Tumeur qui ne se propage pas aux tissus voisins ou dans d'autres parties du corps.

Lutte contre le cancer

La lutte contre le cancer vise la prévention du cancer, l'élimination du cancer, et l'accroissement du taux de survie et de la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. Pour y arriver, il faut puiser aux connaissances acquises par le biais de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation des résultats pour arriver à définir des stratégies et des actions concrètes. (Stratégie canadienne de lutte contre le cancer)

Incidence du cancer

Nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans une population donnée au cours d'une période donnée.

Mortalité par cancer

Nombre de décès par cancer au cours d'une période donnée. Ce nombre comprend les décès de patients dont le cancer a été diagnostiqué dans les années antérieures, les personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer pendant l'année et les personnes décédées pour lesquelles le diagnostic de cancer a été posé après le décès.

Prévalence du cancer

Nombre de personnes d'une population touchées par un cancer à un moment donné.

Siège du cancer

Site de l'origine de la tumeur.

Surveillance du cancer

Collecte, examen et analyse de données qui décrivent l'incidence, la prévalence, la morbidité et la mortalité attribuables au cancer. La surveillance du cancer vise à réduire l'impact du cancer dans la population.

Intervalle de confiance (IC)

Intervalle qui contiendra la vraie valeur dans 19 cas sur 20 (exprimé en pourcentage). On parlera ainsi d'un intervalle de confiance à 95 %.

Taux brut (d'incidence ou de mortalité)

Nombre de nouveaux cas (ou de décès) divisé par le total de la population à risque, abstraction faite de l'âge ou d'autres facteurs. Le taux brut est habituellement exprimé pour 100 000 personnes par année (cf. taux d'incidence ou taux de mortalité).

Taux relatif de survie après cinq ans

La probabilité de survie pendant les cinq premières années après avoir reçu le diagnostic d'un premier cancer envahissant, par rapport à la probabilité de survie des membres d'une population générale ayant les mêmes caractéristiques que les patients cancéreux (telles que l'âge, le sexe, la province de résidence, etc.)

Taux d'incidence ou de mortalité standardisé selon l'âge

Nombre de cas de cancer (ou de décès par cancer) pour 100 000 années-personnes qu'on aurait pu observer dans une population donnée si les taux réels selon l'âge observés dans la population standard (population canadienne de 1996) s'étaient appliqués dans la population donnée (p.ex. les Territoires du Nord-Ouest).

Cancer in situ

Tumeurs malignes qui sont localisées à leur point d'origine et qui ne se sont pas propagées.

Cancer envahissant

Prolifération de cellules normales qui entraîne la formation d'une tumeur maligne qui envahit les tissus sous-jacents.

Néoplasme

Prolifération anormale de cellules qui produit souvent une tumeur pouvant être cancéreuse ou non (cf. tumeur bénigne, cancer in situ, cancer envahissant).

Année-personne

Unité statistique combinant la personne et la durée, et utilisé comme dénominateur dans les taux de mortalité et d'incidence. Somme des années pendant lesquelles chaque personne dans la population a été exposée à une affection donnée.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Nombre total d'années de vie perdues par les personnes qui décèdent avant l'âge de 75 ans. Ce nombre illustre le fardeau des décès prématurés attribuables à différentes causes et le coûts de la perte des années-personnes pour la société.

Facteur de risque

Élément associé à un accroissement du risque d'avoir une maladie. Il peut s'agir d'une cause ou d'un marqueur du risque. Les éléments associés à une diminution du risque sont considérés comme étant des facteurs de protection.

Niveau de signification

Le niveau de signification illustre dans quelle mesure un résultat est attribuable au hasard. Une valeur p inférieure à 0,05 indique que le résultat risque de ne pas se produire dans 5 % des cas.

Rapport d'incidence standardisé (RIS) ou Rapport de mortalité standardisé (RMS)

Rapport entre le nombre observé et prévu de nouveaux cas de cancer ou de nouveaux décès lorsque les taux sont ajustés selon l'âge. Si le nombre observé de cas est égal au nombre prévu de cas, le RIS ou le RMS est égal à 1,00. Un RIS ou un RMS supérieur à 1,00 indique que le nombre observé de cas est supérieur au nombre prévu de cas. Un RIS ou un RMS inférieur à 1,00 indique que le nombre observé de cas est inférieur au nombre prévu de cas. Le produit du RIS (ou du RMS) et du taux au Canada fournit le taux ajusté selon l'âge pour les TNO.

Significatif ou différent sur le plan statistique

La signification statistique détermine si des différences observées entre des groupes sont « réelles » ou attribuables au hasard.

Moyenne mobile sur trois ans

Rapport entre le nombre de cas de cancer (décès) sur une période de trois ans et la somme de la population pour chacune des années de la période. En combinant les données recueillies pendant trois ans pour créer un point dans le graphique, la tendance devient moins variable et forme une courbe adoucie.

Annexe 2 – Sièges du cancer

Tableau 20

Sièges du cancer

Sauf indication contraire, les données sur le cancer présentées dans ce rapport sont classées selon les regroupements par siège.

Siège	CIM-9	Siège	CIM-9
Cavité buccale	140-149	Ovaire	183
Oesophage	150	Prostate	185
Estomac	151	Testicule	186
Côlon et rectum	153-154, 159,0	Vessie	188
Foie et vésicule biliaire	155,0, 155,1, 156	Rein	189
Pancréas	157	Voies urinaires	188-189
Larynx	161	Cerveau	191
Poumon	162	Thyroïde	193
Mélanome	172	Myélomes multiples	203
Sein (femme)	174	Lymphome non hodgkinien	200, 202
Col utérin	180	Leucémie	204-208
Utérus	179,182	Tous les cancers	Tous les sièges entre 140-208

Annexe 3 – Tableaux montrant l'incidence du cancer chez les hommes

Notes pour tous les tableaux

Définitions

Taux brut = taux réel

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge (TISA) tient compte des différences d'âge entre la population des TNO et celle du Canada.

Rapport d'incidence standardisé (RIS) : Rapport entre le nombre observé et prévu de cas lorsque les taux d'incidence spécifiques à l'âge sont appliqués à la population des TNO.

Signification statistique

* RIS significativement bas – valeur de p inférieure à 0,05

** RIS significativement élevé – valeur de p inférieure à 0,05

Les taux calculés d'après 20 cas ou moins risquent d'être instables et imprécis.

Les sièges de cancer ayant 5 cas ou moins ont été supprimés.

Sources

Registre du cancer des TNO et Bureau du cancer de Santé Canada

Tableau 21

Incidence de tous les cancers chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut – Canada	Taux brut – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de cas – TNO	RIS – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif. bas ** Signif. élevé	Proportion de tous les cas – TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	173,3	155,4	193,2	356,4	319,6	397,3	334	0,85	0,76	0,95	* (p < 0,005)	100,0 %
Côlon et rectum	56,6	38,4	30,1	48,2	83,4	65,5	104,7	74	1,47	1,16	1,85	** (p < 0,005)	22,2 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	33,7	26,0	43,0	76,2	58,8	97,2	65	0,99	0,76	1,26		19,5 %
Prostate	100,7	19,7	14,0	27,1	49,4	35,0	67,8	38	0,49	0,35	0,67	* (p < 0,001)	11,4 %
Estomac	12,7	11,4	7,2	17,3	24,6	15,4	37,2	22	1,94	1,22	2,94	** (p < 0,01)	6,6 %
Lymphome non hodgkinien	18,5	9,3	5,5	14,8	15,2	9,0	24,0	18	0,82	0,49	1,30		5,4 %
Cavité buccale	14,3	7,3	4,0	12,2	13,1	7,2	21,9	14	0,91	0,50	1,53		4,2 %
Vessie	22,4	6,2	3,2	10,9	14,2	7,3	24,8	12	0,63	0,33	1,11		3,6 %
Rein	13,2	6,2	3,2	10,9	11,6	6,0	20,3	12	0,88	0,45	1,53		3,6 %
Testicule	4,8	5,7	2,8	10,2	5,4	2,7	9,6	11	1,13	0,56	2,01		3,3 %
Foie/vésicule biliaire	6,9	5,2	2,5	9,5	10,6	5,1	19,6	10	1,55	0,74	2,85		3,0 %
Mélanome malin	10,9	5,2	2,5	9,5	7,9	3,8	14,6	10	0,73	0,35	1,34		3,0 %
Pancréas	9,8	4,7	2,1	8,9	10,3	4,7	19,5	9	1,05	0,48	2,00		2,7 %
Leucémie	12,8	4,2	1,8	8,2	7,1	3,1	14,0	8	0,55	0,24	1,09		2,4 %

Tableau 22

Incidence du cancer chez les hommes non-autochtones/métis (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut – Canada	Taux brut – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas – TNO	RIS – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif. bas ** Signif. élevé	Proportion de tous les cas – TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	161,7	140,0	186,6	354,2	306,7	408,8	193	0,85	0,73	0,98	* (p < 0,025)	100,0 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	30,2	21,1	41,7	74,3	52,0	102,8	36	0,96	0,67	1,33		18,7 %
Côlon et rectum	56,6	26,8	18,3	37,8	62,6	42,8	88,4	32	1,11	0,76	1,56		16,6 %
Prostate	100,7	22,6	14,9	32,9	65,7	43,3	95,6	27	0,65	0,43	0,95	* (p < 0,05)	14,0 %
Lymphome non hodgkinien	18,5	11,7	6,4	19,7	18,8	10,3	31,5	14	1,01	0,56	1,70		7,3 %
Vessie	22,4	9,2	4,6	16,5	23,3	11,6	41,6	11	1,04	0,52	1,86		5,7 %
Estomac	12,7	7,5	3,4	14,3	17,4	8,0	33,1	9	1,37	0,63	2,61		4,7 %
Cavité buccale	14,3	7,5	3,4	14,3	13,5	6,1	25,5	9	0,94	0,43	1,78		4,7 %
Mélanome malin	10,9	7,5	3,4	14,3	11,0	5,0	20,9	9	1,01	0,46	1,92		4,7 %
Leucémie	12,8	5,9	2,4	12,1	10,8	4,4	22,3	7	0,84	0,34	1,74		3,6 %
Testicule	4,8	5,9	2,4	12,1	5,1	2,0	10,5	7	1,07	0,43	2,19		3,6 %
Pancréas	9,8	5,0	1,8	10,9	12,0	4,4	26,1	6	1,23	0,45	2,67		3,1 %

Tableau 23

Incidence du cancer chez les hommes dénés (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut – Canada	Taux brut – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas – TNO	RIS – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif. bas ** Signif. élevé	Proportion de tous les cas – TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	201,1	165,9	243,5	343,9	283,6	416,5	109	0,82	0,68	0,99	* (p < 0,05)	100,0 %
Côlon et rectum	56,6	70,1	49,6	96,3	123,8	87,7	170,0	38	2,19	1,55	3,01	** (p < 0,0001)	34,9 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	38,7	24,0	59,2	69,5	43,0	106,3	21	0,90	0,56	1,38		19,3 %
Estomac	12,7	14,8	6,4	29,1	25,9	11,2	51,1	8	2,05	0,88	4,03		7,3 %
Prostate	100,7	14,8	6,4	29,1	26,9	11,6	53,1	8	0,27	0,12	0,53	* (p < 0,0001)	7,3 %
Rein	13,2	12,9	5,2	26,6	22,0	8,8	45,3	7	1,66	0,67	3,42		6,4 %

Tableau 24

Incidence du cancer chez les hommes inuits (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut – Canada	Taux brut – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas – TNO	RIS – TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif. bas ** Signif. élevé	Proportion de tous les cas – TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	167,8	114,8	236,9	394,7	270,0	557,3	32	0,94	0,64	1,33		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	41,9	18,1	82,6	108,3	46,8	213,4	8	1,41	0,61	2,77		25,0 %

Tableau 25

Incidence du cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
Yellowknife, TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	145,7	121,3	174,8	397,7	331,3	477,3	120	0,95	0,79	1,14		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	27,9	17,7	41,9	90,5	57,4	135,9	23	1,18	0,75	1,76		19,2 %
Côlon et rectum	56,6	23,1	13,9	36,0	69,1	41,6	107,9	19	1,22	0,74	1,91		15,8 %
Prostate	100,7	19,4	11,1	31,5	79,0	45,2	128,3	16	0,78	0,45	1,27		13,3 %
Non-Hodgkin's Lymphoma	18,5	10,9	5,0	20,7	19,9	9,1	37,8	9	1,08	0,49	2,04		7,5 %
Testis	4,8	9,7	4,2	19,1	8,5	3,7	16,8	8	1,79	0,77	3,52		6,7 %
Mélanome malin	10,9	8,5	3,4	17,5	14,1	5,7	29,0	7	1,29	0,52	2,66		5,8 %
Cavité buccale	14,3	7,3	2,7	15,9	15,4	5,6	33,5	6	1,07	0,39	2,34		5,0 %

Tableau 26

Incidence du cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
Centres régionaux, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	178,5	141,8	221,9	313,4	248,8	389,6	81	0,75	0,59	0,93	* (p < 0,01)	100,0 %
Côlon et rectum	56,6	35,3	20,2	57,3	64,7	37,0	105,1	16	1,14	0,65	1,86		19,8 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	28,7	15,3	49,0	53,2	28,4	91,0	13	0,69	0,37	1,18		16,0 %
Prostate	100,7	22,0	10,6	40,5	44,1	21,2	81,0	10	0,44	0,21	0,80	* (p < 0,005)	12,3 %
Estomac	12,7	19,8	9,1	37,7	36,6	16,7	69,5	9	2,89	1,32	5,48	** (p < 0,05)	11,1 %
Vessie	22,4	15,4	6,2	31,8	29,7	12,0	61,3	7	1,33	0,53	2,73		8,6 %

Tableau 27

Incidence du cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
Petites communautés, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	419,1	204,7	172,0	243,5	338,1	284,1	402,2	133	0,81	0,68	0,96	* (p < 0,025)	100,0 %
Côlon et rectum	56,6	60,0	42,7	82,1	102,2	72,6	139,7	39	1,81	1,28	2,47	** (p < 0,001)	29,3 %
Trachée, bronches et poumons	77,0	44,6	29,9	64,1	77,7	52,0	111,5	29	1,01	0,68	1,45		21,8 %
Prostate	100,7	18,5	9,5	32,3	33,2	17,2	58,0	12	0,33	0,17	0,58	* (p < 0,001)	9,0 %
Estomac	12,7	13,9	6,3	26,3	23,4	10,7	44,4	9	1,85	0,84	3,50		6,8 %

Annexe 4 – Tableaux montrant la mortalité par cancer chez les hommes

Notes pour tous les tableaux

Définitions

Taux brut = taux réel

Le taux de mortalité standardisé selon l'âge (TMSA) tient compte des différences d'âge entre la population des TNO et celle du Canada.

Rapport de mortalité standardisé (RMS) : Rapport entre le nombre de décès observés et prévus lorsque les taux d'incidence spécifiques à l'âge sont appliqués à la population des TNO.

Signification statistique

* RMS significativement bas – valeur de p inférieure à 0,05

** RMS significativement élevé – valeur de p inférieure à 0,05

Les taux calculés d'après 20 décès ou moins risquent d'être instables et imprécis.

Les sièges de cancer associés à 5 décès ou moins ont été supprimés.

Sources

Registre du cancer des TNO et Bureau du cancer de Santé Canada

Tableau 28

Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	87,6	75,6	101,4	206,4	178,2	238,9	185	0,96	0,83	1,11		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	32,7	25,4	41,4	80,4	62,6	101,8	69	1,19	0,93	1,51		37,3 %
Côlon et rectum	26,7	11,8	7,7	17,5	28,6	18,5	42,3	25	1,07	0,69	1,58		13,5 %
Prostate	24,4	7,1	4,0	11,7	20,6	11,5	34,0	15	0,84	0,47	1,39		8,1 %
Estomac	8,6	5,7	2,9	9,9	13,4	6,9	23,3	12	1,55	0,80	2,71		6,5 %
Pancréas	10,0	5,7	2,9	9,9	13,5	7,0	23,6	12	1,35	0,70	2,36		6,5 %
Foie/vésicule biliaire	4,4	3,8	1,6	7,5	8,6	3,7	16,9	8	1,95	0,84	3,85		4,3 %
Voies urinaires	11,5	3,3	1,3	6,8	8,0	3,2	16,4	7	0,69	0,28	1,43		3,8 %
Lymphome non hodgkinien	7,9	2,8	1,0	6,2	5,8	2,1	12,5	6	0,73	0,27	1,58		3,2 %

Tableau 29

Mortalité par cancer chez les hommes non autochtones/métis (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	65,0	51,9	80,2	173,1	138,3	213,8	86	0,80	0,64	0,99	* (p < 0,05)	100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	24,9	17,2	35,0	69,5	47,8	97,6	33	1,03	0,71	1,45		38,4 %
Côlon et rectum	26,7	7,6	3,6	13,9	20,9	10,0	38,4	10	0,78	0,38	1,44		11,6 %
Prostate	24,4	6,8	3,1	12,9	27,0	12,3	51,3	9	1,11	0,51	2,10		10,5 %
Pancréas	10,0	4,5	1,7	9,9	12,1	4,4	26,4	6	1,21	0,44	2,63		7,0 %

Tableau 30

Mortalité par cancer chez les hommes dénés (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	125,5	98,4	157,7	219,0	171,7	275,3	73	1,02	0,80	1,28		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	44,7	29,2	65,5	81,5	53,2	119,4	26	1,21	0,79	1,77		35,6 %
Côlon et rectum	26,7	22,3	11,9	38,2	39,2	20,9	67,1	13	1,47	0,78	2,51		17,8 %
Estomac	8,6	12,0	4,8	24,8	21,2	8,5	43,6	7	2,46	0,99	5,06		9,6 %

Tableau 31

Mortalité par cancer chez les hommes inuits (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	126,4	82,6	185,2	335,8	219,3	491,9	26	1,56	1,02	2,28	** (p < 0,05)	100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	48,6	23,3	89,4	133,2	63,9	244,9	10	1,97	0,95	3,63		38,5 %

Tableau 32

Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
Yellowknife, TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Lower	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	53,4	39,3	70,8	185,6	136,8	246,1	48	0,86	0,63	1,14		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	22,2	13,6	34,3	82,7	50,5	127,7	20	1,23	0,75	1,89		41,7 %
Prostate	24,4	6,7	2,4	14,5	41,7	15,3	90,8	6	1,71	0,63	3,72		12,5 %

Tableau 33

Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
Centres régionaux, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	90,0	65,6	120,4	187,9	137,0	251,4	45	0,87	0,64	1,17		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	24,0	12,4	41,9	50,2	26,0	87,7	12	0,74	0,38	1,30		26,7 %
Côlon et rectum	26,7	12,0	4,4	26,1	25,8	9,5	56,1	6	0,97	0,35	2,10		13,3 %

Tableau 34

Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)
Petites communautés, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	215,5	129,1	104,0	158,2	223,5	180,2	274,0	92	1,04	0,84	1,27		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	67,5	51,9	36,5	71,5	92,6	65,2	127,5	37	1,37	0,97	1,89		40,2 %
Côlon et rectum	26,7	19,6	10,7	33,0	34,4	18,8	57,8	14	1,29	0,71	2,16		15,2 %
Prostate	24,4	8,4	3,1	18,3	15,1	5,5	32,8	6	0,62	0,23	1,34		6,5 %
Pancréas	10,0	8,4	3,1	18,3	14,8	5,4	32,1	6	1,47	0,54	3,20		6,5 %
Foie/vésicule biliaire	4,4	8,4	3,1	18,3	14,4	5,3	31,3	6	3,28	1,21	7,15	** (p<0,05)	6,5 %

Annexe 5 – Tableaux montrant l'incidence du cancer chez les femmes

Notes pour tous les tableaux

Définitions

Taux brut = taux réel

Le taux d'incidence standardisé selon l'âge (TISA) tient compte des différences d'âge entre la population des TNO et celle du Canada.

Rapport d'incidence standardisé (RIS) : Rapport entre le nombre observé et prévu de cas lorsque les taux d'incidence spécifiques à l'âge sont appliqués à la population des TNO.

Signification statistique

* RIS significativement bas – valeur de p inférieure à 0,05

** RIS significativement élevé – valeur de p inférieure à 0,05

Les taux calculés d'après 20 cas ou moins risquent d'être instables et imprécis.

Les sièges de cancer ayant 5 cas ou moins ont été supprimés.

Sources

Registre du cancer des TNO et Bureau du cancer de Santé Canada

Tableau 35

Incidence de tous les cancers chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Site	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	193,6	173,8	215,5	400,4	359,5	445,8	342	1,05	0,94	1,17		100,0 %
Sein	110,7	54,3	44,0	66,3	102,7	83,2	125,4	96	0,93	0,75	1,13		28,1 %
Côlon et rectum	48,9	30,0	22,5	39,2	82,8	62,0	108,3	53	1,69	1,27	2,21	** (p < 0,001)	15,5 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	27,7	20,5	36,7	68,7	50,9	90,9	49	1,44	1,07	1,91	** (p < 0,05)	14,3 %
Pancréas	10,1	8,5	4,8	14,0	24,7	13,8	40,7	15	2,45	1,37	4,04	** (p < 0,005)	4,4 %
Ovaire	13,8	8,5	4,8	14,0	16,7	9,4	27,6	15	1,21	0,68	2,00		4,4 %
Mélanome malin	10,3	7,4	3,9	12,6	10,8	5,8	18,5	13	1,05	0,56	1,79		3,8 %
Col utérin	9,7	7,4	3,9	12,6	9,5	5,1	16,2	13	0,97	0,52	1,66		3,8 %
Cavité buccale	5,9	7,4	3,9	12,6	15,4	8,2	26,3	13	2,60	1,38	4,44	** (p < 0,005)	3,8 %
Rein	8,6	6,8	3,5	11,9	14,4	7,5	25,2	12	1,68	0,87	2,94		3,5 %
Foie/vésicule biliaire	5,3	6,2	3,1	11,1	17,7	8,8	31,7	11	3,33	1,66	5,95	** (p < 0,005)	3,2 %
Utérus	20,1	3,4	1,2	7,4	7,6	2,8	16,5	6	0,38	0,14	0,82	* (p < 0,01)	1,8 %

Tableau 36

Incidence du cancer chez les femmes non autochtones/métisses (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	193,1	167,8	222,0	408,6	355,2	469,8	204	1,07	0,93	1,23		100,0 %
Sein	110,7	60,6	46,6	77,3	112,0	86,2	143,0	64	1,01	0,78	1,29		31,4 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	24,6	16,1	36,0	66,0	43,1	96,6	26	1,38	0,90	2,03		12,7 %
Côlon et rectum	48,9	21,8	13,8	32,7	67,6	42,8	101,4	23	1,38	0,88	2,07		11,3 %
Ovaire	13,8	11,4	5,9	19,8	22,5	11,6	39,3	12	1,63	0,85	2,86		5,9 %
Pancréas	10,1	9,5	4,5	17,4	32,0	15,4	58,9	10	3,18	1,53	5,84	** (p < 0,005)	4,9 %
Mélanome malin	10,3	9,5	4,5	17,4	13,1	6,3	24,1	10	1,27	0,61	2,34		4,9 %
Cavité buccale	5,9	8,5	3,9	16,2	18,3	8,4	34,8	9	3,10	1,42	5,88	** (p < 0,01)	4,4 %
Col utérin	9,7	6,6	2,7	13,6	7,8	3,1	16,0	7	0,80	0,32	1,64		3,4 %

Tableau 37

Incidence de tous les cancers chez les femmes déniées (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	195,5	159,6	238,1	370,5	302,5	451,2	102	0,97	0,79	1,18		100,0 %
Sein	110,7	46,0	29,5	68,5	86,3	55,3	128,4	24	0,78	0,50	1,16		23,5 %
Côlon et rectum	48,9	42,2	26,4	63,8	91,7	57,5	138,9	22	1,88	1,18	2,84	** (p < 0,01)	21,6 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	30,7	17,5	49,8	63,3	36,2	102,8	16	1,33	0,76	2,16		15,7 %
Foie/vésicule biliaire	5,3	11,5	4,2	25,0	24,9	9,1	54,1	6	4,67	1,71	10,16	** (p < 0,005)	5,9 %

Tableau 38

Incidence de tous les cancers chez les femmes inuites (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	185,3	129,7	256,4	415,5	290,9	575,1	36	1,09	0,76	1,51		100,0 %
Sein	110,7	41,2	17,8	81,1	86,4	37,3	170,2	8	0,78	0,34	1,54		22,2 %
Côlon et rectum	48,9	41,2	17,8	81,1	120,4	52,0	237,3	8	2,46	1,06	4,85	** (p < 0,05)	22,2 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	36,0	14,5	74,2	95,0	38,2	195,7	7	1,99	0,80	4,11		19,4 %

Tableau 39

Incidence du cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
Yellowknife, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	152,4	126,6	183,3	354,1	294,2	426,0	117	0,93	0,77	1,12		100,0 %
Sein	110,7	48,2	33,9	66,4	96,4	67,9	132,8	37	0,87	0,61	1,20		31,6 %
Côlon et rectum	48,9	18,2	10,0	30,6	66,0	36,1	110,7	14	1,35	0,74	2,26		12,0 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	16,9	9,0	29,0	52,4	27,9	89,6	13	1,10	0,59	1,88		11,1 %
Mélanome malin	10,3	11,7	5,4	22,2	17,1	7,8	32,4	9	1,65	0,76	3,14		7,7 %
Pancréas	10,1	10,4	4,5	20,5	41,8	18,1	82,4	8	4,15	1,79	8,18	** (p < 0,005)	6,8 %

Tableau 40

Incidence du cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
Centres régionaux, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	286,5	238,6	343,8	540,8	450,5	648,9	120	1,42	1,18	1,70	** (p < 0,001)	100,0 %
Sein	110,7	85,9	60,2	118,9	147,3	103,1	203,9	36	1,33	0,93	1,84		30,0 %
Côlon et rectum	48,9	43,0	25,5	67,9	106,4	63,1	168,1	18	2,18	1,29	3,44	** (p < 0,005)	15,0 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	28,6	14,8	50,0	61,9	32,0	108,1	12	1,30	0,67	2,27		10,0 %
Cavité buccale	5,9	21,5	9,8	40,8	41,1	18,8	78,1	9	6,95	3,18	13,20	** (p < 0,001)	7,5 %
Ovaire	13,8	14,3	5,3	31,2	25,7	9,4	55,9	6	1,86	0,68	4,06		5,0 %

Tableau 41

Incidence du cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
Petites communautés, 1992-2000

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TISA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Nbre de cas - TNO	RIS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les cas - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	381,6	186,4	153,2	226,5	346,7	284,9	421,2	105	0,91	0,75	1,10		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	47,7	42,6	27,3	63,4	87,3	56,0	130,0	24	1,83	1,17	2,73	** (p < 0,01)	22,9 %
Sein	110,7	40,8	25,9	61,3	74,0	46,9	111,0	23	0,67	0,42	1,00		21,9 %
Côlon et rectum	48,9	37,3	23,1	57,0	80,8	50,0	123,6	21	1,65	1,02	2,53	** (p < 0,05)	20,0 %
Rein	8,6	12,4	5,0	25,6	23,1	9,3	47,6	7	2,70	1,09	5,57	** (p < 0,05)	6,7 %

Annexe 6 – Tableaux montrant la mortalité par cancer chez les femmes

Notes pour tous les tableaux

Définitions

Taux brut = taux réel

Le taux de mortalité standardisé selon l'âge (TMSA) tient compte des différences d'âge entre la population des TNO et celle du Canada.

Rapport de mortalité standardisé (RMS) : Rapport entre le nombre de décès observés et prévus lorsque les taux d'incidence spécifiques à l'âge sont appliqués à la population des TNO.

Signification statistique

* RMS significativement bas – valeur de p inférieure à 0,05

** RMS significativement élevé – valeur de p inférieure à 0,05

Les taux calculés d'après 20 décès ou moins risquent d'être instables et imprécis.

Les sièges de cancer associés à 5 décès ou moins ont été supprimés.

Sources

Registre du cancer des TNO et Bureau du cancer de Santé Canada

Tableau 42

Mortalité par tous les cancers chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	80,6	68,6	94,6	218,8	186,3	256,9	155	1,19	1,01	1,40	** (p < 0,05)	100,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	20,8	14,9	28,3	56,4	40,3	76,8	40	1,46	1,04	1,99	** (p < 0,05)	25,8 %
Côlon et rectum	24,4	14,0	9,3	20,4	44,2	29,2	64,4	27	1,81	1,20	2,64	** (p < 0,01)	17,4 %
Sein	33,9	10,4	6,4	16,1	24,9	15,2	38,4	20	0,73	0,45	1,13		12,9 %
Pancréas	10,1	8,3	4,8	13,5	27,2	15,6	44,2	16	2,69	1,54	4,37	** (p < 0,001)	10,3 %
Foie/vésicule biliaire	3,7	4,2	1,8	8,2	13,3	5,8	26,2	8	3,58	1,54	7,04	** (p < 0,005)	5,2 %
Estomac	5,4	3,6	1,5	7,5	10,8	4,3	22,2	7	1,99	0,80	4,10		4,5 %

Tableau 43

Mortalité par cancer chez les femmes non autochtones/métisses (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	66,9	52,9	83,5	204,8	162,0	255,5	78	1,11	0,88	1,39		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	18,0	11,1	27,5	54,5	33,7	83,3	21	1,41	0,87	2,15		26,9 %
Sein	33,9	10,3	5,3	18,0	26,1	13,5	45,7	12	0,77	0,40	1,35		15,4 %
Côlon et rectum	24,4	9,4	4,7	16,9	36,1	18,0	64,7	11	1,48	0,74	2,65		14,1 %
Pancréas	10,1	7,7	3,5	14,6	31,0	14,2	58,8	9	3,06	1,40	5,81	** (p < 0,01)	11,5 %

Tableau 44

Mortalité par cancer chez les femmes dénées (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	99,0	74,5	128,9	206,7	155,7	269,2	55	1,12	0,85	1,46		100,0 %
Côlon et rectum	24,4	19,8	9,9	35,4	42,9	21,4	76,8	11	1,76	0,88	3,15		20,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	19,8	9,9	35,4	42,3	21,1	75,7	11	1,09	0,55	1,96		20,0 %
Sein	33,9	12,6	5,1	25,9	25,5	10,2	52,5	7	0,75	0,30	1,55		12,7 %

Tableau 45

Mortalité par cancer chez les femmes inuites (cas par 100 000 années-personnes)
TNO, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	106,0	66,5	160,5	311,4	195,3	471,5	22	1,69	1,06	2,56	** (p < 0,05)	100,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	38,5	16,6	75,9	109,6	47,3	215,9	8	2,83	1,22	5,58	** (p < 0,05)	36,4 %

Tableau 46

Mortalité par cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
Yellowknife, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	54,1	39,4	72,4	190,3	138,7	254,6	45	1,03	0,75	1,38		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	14,4	7,5	25,2	51,1	26,4	89,2	12	1,32	0,68	2,31		26,7 %
Côlon et rectum	24,4	10,8	4,9	20,5	48,8	22,3	92,6	9	2,00	0,91	3,80		20,0 %
Sein	33,9	8,4	3,4	17,3	23,8	9,6	49,0	7	0,70	0,28	1,45		15,6 %
Pancréas	10,1	8,4	3,4	17,3	41,1	16,5	84,6	7	4,06	1,63	8,35	** (p < 0,005)	15,6 %

Tableau 47

Mortalité par cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
Centres régionaux, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	108,8	80,7	143,3	268,0	198,8	353,2	50	1,46	1,08	1,92	** (p < 0,01)	100,0 %
Côlon et rectum	24,4	21,8	10,4	40,0	63,3	30,4	116,4	10	2,60	1,25	4,77	** (p < 0,05)	20,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	21,8	10,4	40,0	51,5	24,7	94,8	10	1,33	0,64	2,45		20,0 %
Sein	33,9	10,9	3,5	25,4	23,7	7,7	55,2	5	0,70	0,23	1,63		10,0 %

Tableau 48

Mortalité par cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes)
Petites communautés, 1990-1999

Siège	Taux brut - Canada	Taux brut - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		TMSA - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		N ^{bre} de décès - TNO	RMS - TNO	Limites de l'intervalle de confiance à 95 %		Repère * Signif, bas ** Signif, élevé	Proportion de tous les décès - TNO
			Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure			Inférieure	Supérieure		
Tous les cancers	184,1	97,6	74,4	125,6	211,3	161,2	271,9	60	1,15	0,88	1,48		100,0 %
Trachée, bronches et poumons	38,7	29,3	17,4	46,2	63,0	37,4	99,6	18	1,63	0,97	2,57		30,0 %
Côlon et rectum	24,4	13,0	5,6	25,6	30,6	13,2	60,2	8	1,25	0,54	2,47		13,3 %
Sein	33,9	13,0	5,6	25,6	26,7	11,6	52,7	8	0,79	0,34	1,56		13,3 %

Annexe 7 – Liste des figures et des tableaux

Figure 1 :	Collecte des données relatives à l'enregistrement du cancer	7
Figure 2 :	Nombre de diagnostics de cancer (1992-2000)	9
Figure 3 :	Taux d'incidence mobile du cancer sur trois ans (1992-2000)	10
Figure 4 :	Taux d'incidence du cancer aux TNO et au Canada (Taux bruts par rapport aux taux ajustés selon l'âge)	13
Figure 5 :	Taux d'incidence du cancer standardisés selon l'âge, selon le groupe ethnique (1992-2000)	15
Figure 6 :	Taux d'incidence du cancer ajustés selon l'âge, selon le type de communauté (1992-2000)	17
Figure 7 :	Causes de décès chez les femmes aux TNO, selon les rubriques de la CIM-9	19
Figure 8 :	Causes de décès chez les hommes aux TNO, selon les rubriques de la CIM-9	19
Figure 9 :	Nombre de décès reliés au cancer (1990-1999)	20
Figure 10 :	Taux mobile sur trois ans de la mortalité par cancer (1990-1999)	20
Figure 11 :	Distribution des décès par cancer chez les hommes (1990-1999)	21
Figure 12 :	Distribution des décès par cancer chez les femmes (1990-1999)	21
Figure 13 :	Taux de mortalité par cancer aux TNO et au Canada Taux bruts et taux des TNO ajustés selon l'âge	23
Figure 14 :	Taux de mortalité par cancer standardisé selon l'âge, selon le groupe ethnique (1990-1999)	24
Figure 15 :	Taux de mortalité normalisés selon l'âge, selon le type de communauté (1990-1999)	25
Figure 16 :	Taux d'incidence de tous les cancers selon le sexe et l'âge (1992-2000)	28
Figure 17 :	Taux de mortalité selon le sexe et l'âge (1992-2000) pour tous les sièges de cancer	28
Figure 18 :	Années potentielles de vie perdues (APVP) chez les hommes des TNO avant l'âge de 75 ans	30
Figure 19 :	Années potentielles de vie perdues (APVP) chez les femmes des TNO avant l'âge de 75 ans	30
Figure 20 :	Continuum de la lutte contre le cancer	33
Figure 21 :	Modèle de prestation de services intégrés aux TNO	54
Tableau 1 :	Cancers diagnostiqués chez les hommes aux TNO (1992-2000)	11
Tableau 2 :	Cancers diagnostiqués chez les femmes aux TNO (1992-2000)	11
Tableau 3a :	Trois principaux cancers diagnostiqués chez les hommes selon le groupe ethnique	11
Tableau 3b :	Trois principaux cancers diagnostiqués chez les femmes selon le groupe ethnique	12
Tableau 4a :	Trois principaux diagnostics de cancer chez les hommes selon le type de communauté	12
Tableau 4b :	Trois principaux diagnostics de cancer chez les femmes selon le type de communauté	12
Tableau 5 :	Cancers aux TNO et taux d'incidence ajustés selon l'âge Taux inférieurs ou supérieurs aux taux du Canada	14
Tableau 6 :	Cancers chez les groupes ethniques et taux d'incidence ajustés selon l'âge Taux inférieurs ou supérieurs aux taux du Canada	16
Tableau 7 :	Cancers selon le type de communauté et taux d'incidence ajustés selon l'âge Taux inférieurs ou supérieurs aux taux du Canada	18
Tableau 8a :	Trois principales causes de décès par cancer chez les hommes, selon le groupe ethnique	22
Tableau 8b :	Trois principales causes de décès par cancer chez les femmes, selon le groupe ethnique	22
Tableau 9a :	Trois principales causes de décès par cancer chez les hommes, selon le type de communauté	22
Tableau 9b :	Trois principales causes de décès par cancer chez les femmes, selon le type de communauté	23
Tableau 10 :	Décès par cancer aux TNO Taux inférieurs ou supérieurs aux taux au Canada	24
Tableau 11 :	Cancers chez les groupes ethniques et taux de mortalité ajustés selon l'âge Taux inférieurs ou supérieurs aux taux au Canada	25
Tableau 12 :	Décès par cancer selon le type de communauté Taux inférieurs ou supérieurs aux taux canadiens	26
Tableau 13 :	Âge moyen au moment du diagnostic de cancer (1992-2000)	26
Tableau 14 :	Années potentielles de vie perdues à cause du cancer, TNO (1990-1999)	31
Tableau 15 :	Rapport entre le nombre de décès par cancer et le nombre de cas diagnostiqués aux TNO (1992-1999)	32
Tableau 16 :	Causes des décès par cancer	39
Tableau 17 :	Activités de prévention primaire du cancer aux TNO	40
Tableau 18 :	Parties intéressées et approches de la lutte contre le cancer	52
Tableau 19 :	Exemples d'interventions liées au cancer dans chacun des secteurs essentiels	55
Tableau 20 :	Sièges du cancer	A-5
Tableau 21 :	Incidence de tous les cancers chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes)	A-7
Tableau 22 :	Incidence du cancer chez les hommes non autochtones/métis (cas par 100 000 années-personnes)	A-8

Tableau 23 : Incidence du cancer chez les hommes dénés (cas par 100 000 années-personnes)	A-8
Tableau 24 : Incidence du cancer chez les hommes inuits (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1992-2000	A-8
Tableau 25 : Incidence du cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) Yellowknife, TNO, 1992-2000	A-9
Tableau 26 : Incidence du cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) Centres régionaux, 1992-2000	A-9
Tableau 27 : Incidence du cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) Petites communautés, 1992-2000	A-9
Tableau 28 : Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999.....	A-11
Tableau 29 : Mortalité par cancer chez les hommes non autochtones/métis (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999	A-11
Tableau 30 : Mortalité par cancer chez les hommes dénés (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999.....	A-12
Tableau 31 : Mortalité par cancer chez les hommes inuits (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999	A-12
Tableau 32 : Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) Yellowknife, TNO, 1990-1999	A-12
Tableau 33 : Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) Centres régionaux, 1990-1999	A-12
Tableau 34 : Mortalité par cancer chez les hommes (cas par 100 000 années-personnes) Petites communautés, 1990-1999	A-13
Tableau 35 : Incidence de tous les cancers chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1992-2000	A-15
Tableau 36 : Incidence du cancer chez les femmes non autochtones/métisses (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1992-2000	A-16
Tableau 37 : Incidence de tous les cancers chez les femmes dénées (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1992-2000	A-16
Tableau 38 : Incidence de tous les cancers chez les femmes inuites (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1992-2000	A-16
Tableau 39 : Incidence du cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) Yellowknife, 1992-2000	A-17
Tableau 40 : Incidence du cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) Centres régionaux, 1992-2000	A-17
Tableau 41 : Incidence du cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) Petites communautés, 1992-2000	A-17
Tableau 42 : Mortalité par tous les cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999	A-19
Tableau 43 : Mortalité par cancer chez les femmes non autochtones/métisses (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999	A-19
Tableau 44 : Mortalité par cancer chez les femmes dénées (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999.....	A-20
Tableau 45 : Mortalité par cancer chez les femmes inuites (cas par 100 000 années-personnes) TNO, 1990-1999.....	A-20
Tableau 46 : Mortalité par cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) Yellowknife, 1990-1999.....	A-20
Tableau 47 : Mortalité par cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) Centres régionaux, 1990-1999	A-21
Tableau 48 : Mortalité par cancer chez les femmes (cas par 100 000 années-personnes) Petites communautés, 1990-1999	A-21

Références

- ¹ Luciani S., Berman NJ. (2000) Status Report : Canadian Strategy for Cancer Control, *Chronic Diseases in Canada*. Volume 21, n° 1.
- ² GTNO. Bureau de la statistique. Internet : <http://www.stats.gov.nt.ca/CPWeb/mergedEstPro/NNWTEstPro.html>, consulté en juillet 2003.
- ³ GTNO. Bureau de la statistique. Internet : <http://www.stats.gov.nt.ca/CPWeb/mergedEstPro/NNWTEstPro.html>, consulté en juillet 2003.
- ⁴ Institut national du cancer du Canada. (1999), *Canadian Cancer Statistics*, 1999. Toronto, Canada
- ⁵ Ellison LF, Gibbons L. et le Canadian Cancer Survival Analysis Group. (2001) Five-year relative survival from prostate, breast, colorectal and lung cancer. *Health Reports*. Vol. 13, n° 1, p. 23-34.
- ⁶ Institut national du cancer du Canada. (2002) *Canadian Cancer Statistics 2002*. Toronto, Canada
- ⁷ Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. (Janv. 2002) *Priorities for Action*. Internet : www.cancercontrol.org, consulté en juillet 2003.
- ⁸ Ibid. Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (Janv. 2002)
- ⁹ Miller AB. (1999) The Brave New World 'What Can We Realistically Expect to Achieve Through Cancer Control Early in the New Millennium', *Chronic Diseases in Canada*, Vol. 20, n° 4, p. 139-150.
- ¹⁰ Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996) Harvard Report on Cancer Prevention. Vol. 1: Causes of human cancer, *Cancer Causes and Control*. Vol. 7, Suppl. 1, S3-S59.
- ¹¹ Miller AB. (1992) Planning Cancer Control Strategies. *Chronic Diseases in Canada*, Vol. 13, Suppl. 1, S1-S40.
- ¹² Ontario Tobacco Research Unit. (1995) *The Health Effects of Tobacco Use*. National Clearinghouse on Tobacco and Health. Toronto, Canada.
- ¹³ Surgeon General. (1989) *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress*. US Government Printing Office.
- ¹⁴ IARC Monographs. (2002) *Tobacco Smoking and Tobacco Smoke. Summary of data reported and evaluation*. Vol. 83.
- ¹⁵ Institut national du cancer du Canada. (1995) *Canadian Cancer Statistics 1995*. Toronto, Canada.
- ¹⁶ Zang EA and Wynder EL. (1996) Differences in lung cancer risk between men and women: examination of the evidence. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 88, 183-192
- ¹⁷ Ibid. Ellison LF et al. (2001)
- ¹⁸ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-01, Fichiers à grande diffusion.
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ Ibid.
- ²¹ Surgeon General. (1990) *The Health Benefits of Smoking Cessation*. Centre for Disease Control. US Department of Health and Human Services.
- ²² GTNO. (2002). *Action contre le tabagisme*. Stratégie territoriale de lutte contre le tabagisme. Yellowknife.
- ²³ Mo D. (Printemps 2000) How many fewer cancers can be expected as a result of reduction in smoking prevalence in the Northwest Territories? - An ecological study, *Epi North*, Vol. 12, n° 1, 9-10.
- ²⁴ World Cancer Research Fund et American Institute for Cancer Research. (1997) *Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective*. American Institute for Cancer Research.
- ²⁵ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ²⁶ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ²⁷ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ²⁸ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ²⁹ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ³⁰ Marrett LD et al. (2000) Workshop Report: Physical Activity and Cancer Prevention. *Chronic Diseases in Canada*, Vol. 21, n° 4, p. 143-149.
- ³¹ Friedenreich C M. (2001) Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, Vol. 10, p. 287-301.
- ³² Ibid. World Cancer Research Fund and the American Institute for Cancer Research (1997)
- ³³ Société canadienne du cancer. Risk reduction : Sun. Internet : http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_13247__langId-en,00.html, consulté en août 2003.
- ³⁴ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ³⁵ Peto J. (2001) Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, 411(6835):390-395
- ³⁶ Huchcroft SA et Mao Y. (2003). *Cancer and the Environment: Ten Topic in Environmental Cancer Epidemiology in Canada*. (ébauche) Santé Canada.
- ³⁷ Northern Contaminants Program. (2003) *Canadian Arctic Contaminant Assessment Report II: Highlights*. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Canada.
- ³⁸ Ibid. Harvard Centre for Cancer. (1996).

- ³⁹ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ⁴⁰ Ibid. Harvard Centre for Cancer Prevention. (1996)
- ⁴¹ Schabas R. (Fév. 2003). *Primary Prevention of Cancer: A Background Paper*. Schabas Associates Inc.
- ⁴² Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002) Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized clinical trial. *JAMA* 288(3):321-33
- ⁴³ Corriveau A. (hiver 2002). Update on Breast Cancer in the NWT - 1992-2000, *Epi North*, 14 (1), 3-4
- ⁴⁴ Ibid. Miller AB (1992).
- ⁴⁵ Ibid. Miller AB (1992).
- ⁴⁶ McDermott S. (hiver 2002) Cervical Cancer Screening in the NWT, *Epi North*, 14(1), 1, 14-18
- ⁴⁷ Ibid. McDermott S. (2002)
- ⁴⁸ National Committee on Colorectal Cancer Screening. (2002) *Recommendations for population-based colorectal cancer screening*. Ottawa, Santé Canada. Internet : www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ncccs-cndcc/index.html, consulté en mars 2003.
- ⁴⁹ Canadian Cancer Society (2003). *Population-based colorectal cancer screening: position statement*. Toronto, Ontario. Internet : <http://www.cancer.ca>, consulté en mars 2003.
- ⁵⁰ Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, Ederer F. (1993) Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *New England Journal of Medicine*, 328: 672.
- ⁵¹ Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. (1999) Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *Journal of the National Cancer Institute*, 91:434-37.
- ⁵² Sonnenberg A, Delco F. (2002) Cost-effectiveness of a single colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Archive of Internal Medicine*, 162 (2), 163-168.
- ⁵³ Aboriginal Cancer Care Unit. (2002) *Analysis of the Findings: Aboriginal Cancer Care Needs Assessment 'It's Our Responsibility'*. Toronto: Cancer Care Ontario. Internet : <http://www.cancercare.on.ca/accu/accuHome.html>, consulté en mars 2003.
- ⁵⁴ Fitch M. (1995) *Report on Supportive Care*, Toronto: Cancer Care Ontario
- ⁵⁵ Ganz PA. (1990) Current Issue in Cancer Rehabilitation. *Cancer*, 65 (Suppl.), p. 742-751
- ⁵⁶ Blake-Mortimer J., Gore-Felton C., Kimerling R., Turner-Cobb JM, Spiegel D. (1999) Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35(11): 1581-6
- ⁵⁷ Coates A. (1997) Quality of life and supportive care. *Support Care Cancer*, 5(6), 435-8
- ⁵⁸ Fawzy FI. (1999) Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), p. 1559-1564
- ⁵⁹ Spiegel D., Bloom JR, Kramer HC, and Gottheil E. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2 (8668), p. 1209-1210
- ⁶⁰ Canadian Cancer Society. Internet : <http://www.cancer.ca> , consulté en mars 2003.
- ⁶¹ Ibid. Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. (2002)
- ⁶² Ibid. Schabas R. (2003)
- ⁶³ GTNO. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (ébauche 2003). *Modèle de prestation de services intégrés pour le système des services de santé et des services sociaux*.
- ⁶⁴ Santé Canada. *Appendix 1. An Analytical Framework for the Regional Mobilization of Population Health*. Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/case_studies/appendix_1/index.html, consulté en août 2003.
- ⁶⁵ Ibid. Schabas R. (2003).
- ⁶⁶ Alfred D. (Juin/Juillet 1999) *The Population Health Key Elements Template: A Framework to Define a Population Health Approach*, theoretical document, Health Promotion and Programs Branch, Santé Canada.
- ⁶⁷ McKinlay JB. (1993) The promotion of health through planned sociopolitical change: challenge for research and policy. *Social Science in Medicine*, 36:109-117a