

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer

Leslie A. Gaudette et Ru-Nie Gao

Résumé

Objectifs

Le présent article analyse les tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité liée à ce cancer. Des renseignements sur l'exposition au soleil complètent ces statistiques.

Source des données

Les données sur l'incidence du mélanome proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer et du Registre canadien du cancer. Les données sur la mortalité par cancer sont extraites de la Base canadienne de données de l'état civil. Les données sur l'exposition au soleil sont tirées de l'Enquête sur l'exposition au soleil de 1996.

Techniques d'analyse

On a calculé les taux comparatifs d'incidence en prenant pour référence la population du Canada de 1991, afin de tenir compte de l'évolution de la structure par âge de la population au fil du temps. On a aussi calculé la variation annuelle moyenne en pourcentage des taux comparatifs pour certaines périodes de référence.

Principaux résultats

Après avoir augmenté régulièrement pendant des années, les taux d'incidence du mélanome et de mortalité par ce cancer se sont stabilisés, parce que les taux observés chez les personnes jeunes, ainsi que les taux pour le mélanome du tronc chez l'homme et de la jambe chez la femme, ont baissé. L'incidence du mélanome est désormais plus élevée et les taux de mortalité, deux fois plus élevés, chez l'homme que chez la femme.

Mots-clés

Tumeurs de la peau, effet de cohorte, coup de soleil, écran solaire, enquêtes sur la santé, vêtements.

Auteurs

Leslie A. Gaudette (613) 951-1740, lgaudet@statcan.ca, et Ru-Nie Gao (613) 951-1763, gaoruni@statcan.ca, travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Dans les années 1970 et au début des années 1980, l'incidence du mélanome et la mortalité due à ce cancer étaient à la hausse au Canada¹.

On a également observé cette tendance chez certaines populations blanches ailleurs au monde². On a attribué l'accroissement rapide des taux à l'exposition croissante aux rayonnements ultraviolets, et l'on croyait que les taux continueraient d'augmenter selon l'appauvrissement prévu de la couche d'ozone^{3,4}. On a aussi mis en cause l'exposition périodique plus fréquente à une lumière solaire intense, due à la multiplication des activités de plein air et des voyages hivernaux⁵. (Voir *Qu'est-ce qu'un mélanome?*)

Enfin, on a aussi attribué la hausse des taux d'incidence au dépistage plus précoce de lésions moins profondes et à la capacité actuelle de diagnostiquer des mélanomes essentiellement bénins. Le dépistage précoce peut améliorer la survie, donc faire baisser les taux de mortalité. Depuis le milieu des années 1980, les taux d'incidence du mélanome et de mortalité due à ce cancer ont tendance à se stabiliser au Canada⁶.

Méthodologie

Source des données

Les données sur l'incidence du mélanome invasif proviennent du Système national de déclaration des cas de cancer pour la période de 1969 à 1991 et du Registre canadien du cancer pour 1992 et 1993. Chaque année, les registres provinciaux et territoriaux du cancer communiquent les données sur tous les cas de cancer diagnostiqués chez les résidents de leur province ou territoire à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada⁷, qui tient à jour les bases de données susmentionnées.

Les données sur la mortalité recueillies de 1969 à 1996 sont tirées de la Base canadienne de données de l'état civil tenue à jour par Statistique Canada, où sont regroupées les données fournies par les registraires de l'état civil des provinces et territoires⁸.

Les données sur l'exposition au soleil proviennent de l'Enquête sur l'exposition au soleil de 1996⁹, réalisée en septembre et en octobre par Statistique Canada. L'enquête, parrainée par l'*Institute of Health Promotion Research* de l'Université de la Colombie-Britannique, a été financée par plusieurs organismes et ministères nationaux et provinciaux. Elle visait les Canadiens de 15 ans et plus, sauf les résidents des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ainsi que ceux des établissements de soins. Par une méthode de composition aléatoire modifiée, on a sélectionné 5 847 ménages qui ont produit un échantillon final de 4 023 personnes, soit un taux de réponse global de 69 %. Les données ont été recueillies par entrevue téléphonique assistée par ordinateur; les réponses par procuration n'ont pas été acceptées.

On a posé la question suivante : « De juin à août, pendant vos loisirs, combien de temps (en moyenne) passiez-vous chaque jour au soleil? »

Aux personnes qui ont dit passer, en moyenne, 30 minutes et plus par jour au soleil, on a demandé : « Quand vous étiez au soleil pendant 30 minutes et plus, à quelle fréquence tentiez-vous : ... de vous mettre à l'ombre? ... d'éviter le soleil entre 11 h et 16 h? ... de vous couvrir la tête? ... de porter des vêtements pour vous protéger la peau du soleil (chemise à manches longues, pantalon, tee-shirt)? ... de porter des lunettes solaires? ... de vous appliquer un écran solaire sur le visage? ... de vous appliquer un écran solaire sur le corps? » Les choix de réponse étaient les suivants : *toujours, souvent, parfois, rarement, jamais*. Aux fins de l'analyse, on a regroupé les personnes qui ont répondu *toujours* et *souvent*.

On a aussi posé plusieurs questions concernant les coups de soleil. On a calculé un indice du nombre total de coups de soleil en regroupant les réponses aux questions suivantes : « Un coup de soleil se définit par toute rougeur de la peau causée par le soleil, ou une méthode artificielle de bronzage. De juin à août, à quelle fréquence avez-vous eu le genre de coup de soleil suivant : ... coup de soleil avec cloques ayant nécessité des soins médicaux? ... coup de soleil avec cloques n'ayant pas nécessité de soins médicaux? ... peau rougie ou sensible au toucher, qui pèle? ... peau rougie ou sensible au toucher, qui ne pèle pas? » Aux fins de l'analyse, on a classé les personnes interrogées en trois catégories

selon qu'elles avaient eu zéro, un ou deux, ou au moins trois coups de soleil.

À ceux qui ont dit avoir eu au moins un coup de soleil, on a demandé des précisions au sujet du coup de soleil le plus récent : « Quelle partie de votre corps a été le plus sérieusement brûlée par le coup de soleil? » Les choix de réponse étaient les suivants : *visage, cuir chevelu ou cou, dos ou épaules, bras, jambes, poitrine ou estomac*. Aux fins de l'analyse, on a regroupé les réponses *visage* et *cuir chevelu ou nuque* dans la catégorie « tête ». Les réponses *dos ou épaules* et *poitrine ou estomac* sont regroupées dans la catégorie « tronc ».

Techniques d'analyse

On a calculé les taux comparatifs d'incidence et de mortalité en prenant pour référence la population du Canada de 1991 pour tenir compte de l'évolution de la structure par âge de la population au fil du temps. À partir de 1971, les estimations démographiques ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement. Les comparaisons entre pays prennent pour référence la population mondiale type.

Pour étudier la variation des taux comparatifs annuels d'incidence du mélanome et de mortalité due à ce cancer, on a calculé leur variation annuelle moyenne (VAM) en pourcentage sur plusieurs périodes. La VAM est exprimée par l'équation $(e^{\beta} - 1)100$, où β représente la pente de la droite de régression des taux logarithmiques en fonction du temps.

Limites

Certaines variations dans les méthodes et dans les sources utilisées pour faire les enregistrements, ainsi que dans les définitions adoptées pour la tumeur invasive peuvent mener à une sous-estimation ou à une surestimation de l'incidence du cancer¹⁰. Néanmoins, en général, les méthodes d'enregistrement se sont améliorées, si bien qu'au Canada, on estime que l'enregistrement des cas de cancer est relativement uniforme depuis 1984 et que la couverture des données sur l'incidence du cancer atteint au moins 95 %⁷. Cette estimation globale peut cependant varier selon la province et selon le siège du cancer¹¹. On sait, par exemple, que l'incidence du mélanome est sous-estimée au Québec, car le registre de cette province s'appuie sur les dossiers de radiation des hôpitaux plutôt que sur les rapports d'anatomopathologie pour faire les enregistrements¹².

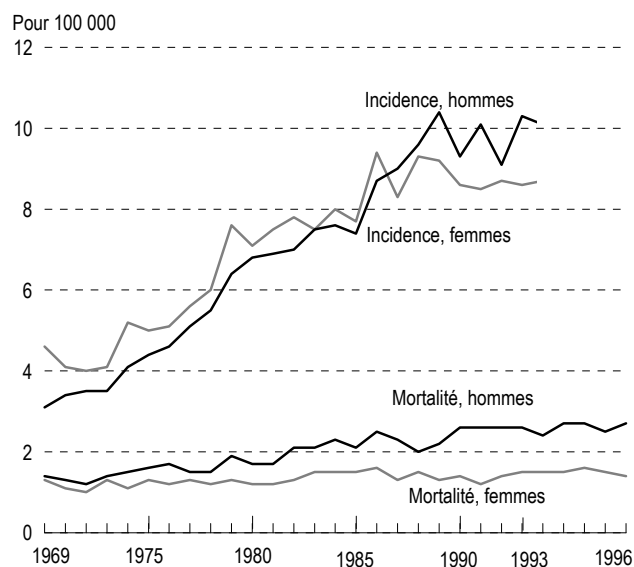
Le fait que le taux de réponse à l'Enquête sur l'exposition au soleil n'atteigne que 69 % pourrait influencer sur l'interprétation des données. En effet, les personnes les plus au courant des comportements bénéfiques pour la santé, ou qui s'y intéressent le plus, pourraient être surreprésentées dans l'échantillon. La nature transversale de l'enquête et l'attention particulière qu'on y porte aux comportements récents limitent les inférences faites d'après ces données quant à la corrélation entre l'exposition au soleil et l'incidence du mélanome ou la mortalité par ce cancer.

On décrit dans le présent article les facteurs qui sous-tendent ces changements en analysant les tendances en fonction du sexe, du groupe d'âge et du siège du mélanome observées au Canada de 1969 au milieu des années 1990 (voir *Méthodologie et Définitions*). Les données de l'Enquête sur l'exposition au soleil de 1996 complètent ces statistiques.

Stabilisation des taux d'incidence et de mortalité

Dans les années 1970 et au début des années 1980, les taux comparatifs d'incidence du mélanome ont augmenté fortement pour les deux sexes, mais étaient légèrement plus élevés pour les femmes que pour les hommes (graphique 1). Par contre, au milieu des années 1980, les taux d'incidence ont plafonné chez la femme et sont devenus inférieurs à ceux enregistrés chez l'homme. Depuis 1989, les taux d'incidence se sont également stabilisés chez l'homme. On a observé cette variation de taux entre les sexes dans plusieurs autres pays¹³.

Graphique 1
Taux comparatifs d'incidence (de 1969 à 1993) et de mortalité (de 1969 à 1996) pour le mélanome, Canada



Source des données : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données de l'état civil.

Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la population du Canada de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement.

Au cours du dernier quart de siècle, les taux comparatifs de mortalité étaient plus élevés chez l'homme que chez la femme. En outre, depuis le début des années 1980, ils ont augmenté plus rapidement chez l'homme, ce qui a creusé davantage l'écart observé entre les deux sexes.

Définitions

Incidence : Nombre de nouveaux cas de mélanome diagnostiqués pendant l'année de référence.

Mortalité : Nombre de décès survenus pendant l'année de référence qui, selon la cause sous-jacente, sont attribuables au mélanome.

Taux par âge : Nombre de nouveaux cas de mélanome ou de décès dus au mélanome relevés pendant la période de référence pour 100 000 personnes d'un groupe d'âge donné.

Taux comparatif : Nombre de nouveaux cas de mélanome ou de décès dus au mélanome pour 100 000 personnes qu'on aurait relevés dans la population type (population du Canada de 1991) si les taux par âge réels observés dans la population étudiée avaient prévalu dans la population type. Dans certains tableaux, les taux comparatifs annuels d'incidence et les taux comparatifs de mortalité se fondent sur les taux par âge calculés en regroupant les nombres de nouveaux cas ou de décès relevés de 1989 à 1993, période de cinq ans la plus récente pour laquelle on possède des données sur l'incidence.

Le mélanome de la peau est identifié par le code 172 de la *Classification internationale des maladies*, neuvième révision, (CIM-9)¹⁴. Les codes utilisés pour préciser chaque siège secondaire sont :

Tête : 172.0, lèvres; 172.1, paupière; 172.2, oreille; 172.3, autre et parties non précisées du visage; et 172.4, cuir chevelu et nuque.

Tronc : 172.5, tronc, sauf le scrotum.

Bras : 172.6, membre supérieur, y compris l'épaule

Jambe : 172.7, membre inférieur.

Autre : 172.8, autre; 172.9, siège non précisé.

Les codes de la *Classification internationale des maladies-Oncologie*, deuxième édition¹⁵ ont servi à classer les mélanomes selon le type histologique de 8720 à 8790. Les principaux types histologiques sont :

Mélanome à extension superficielle : 8740, 8741, 8743

Mélanome malin sur mélanose de Dubreuilh : 8742

Mélanome nodulaire : 8721

Mélanome des extrémités de type lentigo : 8744

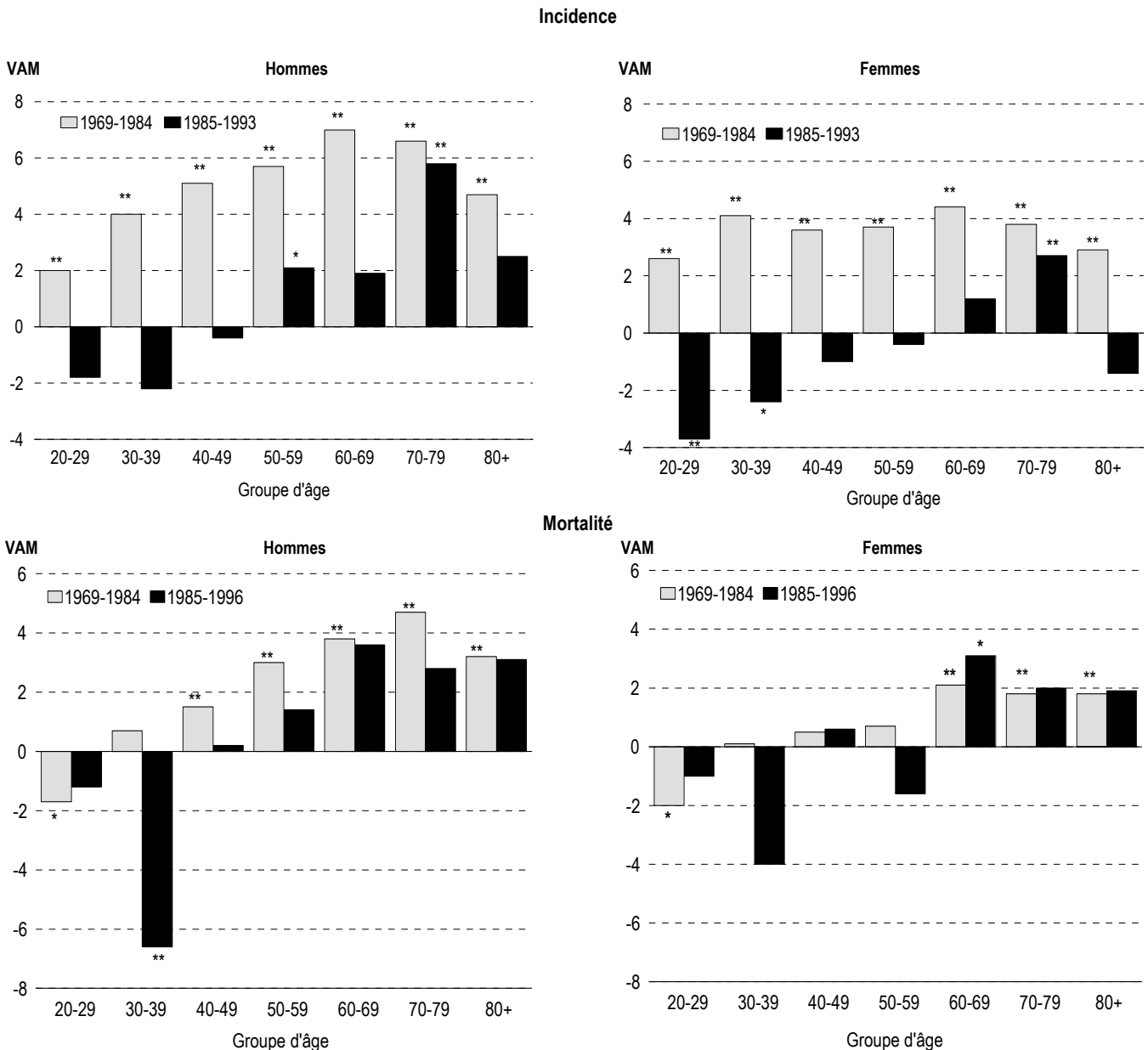
Baisse de l'incidence chez les jeunes

De 1969 à 1984, les taux d'incidence ont augmenté, en moyenne, de 2 % à 7 % par année pour chaque groupe d'âge chez l'homme et de 3 % à 4 % chez la femme (graphique 2, tableaux A et B en annexe). La mortalité a augmenté considérablement chez les hommes de 40 ans et plus et considérablement, mais moins rapidement, chez les femmes de 60 ans et

plus. En revanche, on enregistre une baisse significative pour le groupe des 20 à 29 ans, hommes et femmes.

Une autre tendance s'est dégagée de 1985 à 1993. Pour la plupart des groupes d'âge, tant chez l'homme que chez la femme, la forte hausse annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence a laissé place à une baisse ou à une augmentation beaucoup plus

Graphique 2
Variation annuelle moyenne (VAM) en pourcentage du taux de mélanome par âge, Canada, de 1969 à 1984 et de 1985 à 1993



Source des données : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données de l'état civil.

* Tendence significativement différente de zéro ($p < 0.05$)

** Tendence significativement différente de zéro ($p < 0.01$)

faible. Chez la femme, le taux d'incidence a diminué pour tous les groupes d'âge de moins de 60 ans, le recul étant significatif pour les jeunes femmes dans la vingtaine et dans la trentaine. Le taux n'a augmenté significativement que chez les femmes de 70 à 79 ans, et ce, à un rythme comparable à celui observé pendant la période précédente. Ces tendances sont moins prononcées chez les hommes,

avec un recul non significatif chez ceux de moins de 50 ans, une augmentation d'environ 2 % pour les groupes des 50 à 69 ans et des 80 ans et plus, et une hausse significativement, plus importante pour le groupe des 70 à 79 ans.

Les tendances associées aux taux de mortalité par âge ont également changé pendant la période de référence la plus récente. Pour le groupe des 60 ans

Qu'est-ce qu'un mélanome?

On estime qu'en 1998, 3 150 nouveaux cas de mélanome seront diagnostiqués au Canada, faisant de ce cancer le neuvième parmi les principales formes observées chez l'homme ainsi que chez la femme¹⁶. Ce nombre ne représente que 5 % environ des 64 000 nouveaux cas d'autres formes de cancer de la peau, principalement des épithélioma basocellulaires ou des épithélioma épidermoïdes spinocellulaires.

Cependant, le mélanome est, de loin, la forme la plus grave de cancer de la peau, causant chaque année environ trois fois plus de décès (environ 740 en 1998) que toutes les autres formes confondues. Bien qu'on l'ait considéré à une époque comme une maladie quasi mortelle, on observe maintenant des taux de survie assez élevés cinq ans après le diagnostic : 88 % chez la femme et 74 % chez l'homme¹⁷.

Le mélanome malin est une forme morphologique (ou histologique) de tumeur qui peut avoir d'autres sièges primaires que la peau. Le mélanome prend naissance dans des cellules qui produisent un pigment appelé mélanine. Il peut se développer à partir d'un naevus, ou verrue pigmentée, qui ne pose normalement aucun danger pour la santé. Le mélanome à extension superficielle, forme la plus courante chez l'homme et chez la femme, se développe en général à partir d'un naevus préexistant. Au Canada, il représente de 40 % à 50 % des mélanomes du tronc, des bras et des jambes. Au départ, la tumeur est plane, mais, à mesure qu'elle se développe, la surface peut s'élever et devenir irrégulière à la suite de la pénétration dans le derme (couche épaisse de tissu située juste sous la surface de la peau)¹⁸. L'exposition au soleil périodique plutôt que chronique¹⁹ et la formation de naevi atypiques pendant l'enfance¹⁸ sont liées à l'apparition de cette tumeur.

Le mélanome nodulaire a aussi tendance à se développer à partir d'une lésion préexistante, mais sa croissance se fait plus verticalement que celle du mélanome à extension superficielle qui a tendance à se propager horizontalement¹⁸. Il représente environ 10 % des mélanomes, tous sièges confondus, y compris la tête. Le mélanome malin sur mélanose de Dubreuilh est une lésion plane,

brune, liée à l'exposition aux rayons du soleil au travail. Elle se manifeste en cas d'exposition chronique au soleil¹⁸. Au Canada, où il affecte principalement la tête et le visage, il représente environ 25 % des mélanomes ayant ce siège. Une quatrième forme, le mélanome des extrémités de type lentigo, survient principalement sur la paume de la main ou sur la plante du pied et s'observe le plus fréquemment chez les populations à peau foncée¹⁸.

La relation entre l'exposition au soleil et le risque de tumeur est plus complexe pour le mélanome que pour d'autres formes de cancer de la peau pour lesquelles il existe une corrélation directe avec l'exposition chronique aux rayonnements ultraviolets du soleil²⁰. L'exposition intense, mais périodique, aux rayons du soleil pendant l'enfance et/ou les congés est le principal facteur de risque lié au mélanome, l'exposition chronique jouant un rôle moins important. On pense maintenant que la lumière ultraviolette est à la fois le déclencheur du processus carcinogénique pendant l'enfance et le promoteur de l'évolution pré-maligne et maligne subséquente commençant au début de l'âge adulte²¹. Les antécédents de coups de soleil, la peau claire, le nombre croissant de naevi, l'existence de naevi dysplastiques, les mélanomes antérieurs et les antécédents familiaux sont d'autres facteurs de risque²⁰.

Traité convenablement à un stade précoce, le mélanome est une maladie éventuellement guérissable. On considère généralement que la détection précoce des lésions, avant la formation de métastases, explique l'amélioration des taux de survie²⁰. Cependant, selon certains chercheurs, le dépistage précoce permettrait de déceler les mélanomes invasifs qui ne sont pas susceptibles de former des métastases, sans nécessairement réduire le nombre diagnostiqué de cas avancés de la maladie^{13,22}. L'intervention chirurgicale, forme principale de traitement, comprend l'ablation de la tumeur (et d'une large berce de peau saine autour de celle-ci). La radiothérapie permet de prévenir l'extension de la tumeur. Jusqu'à présent, la chimiothérapie et l'immunothérapie n'ont produit des effets à long terme que dans une minorité de cas¹⁸.

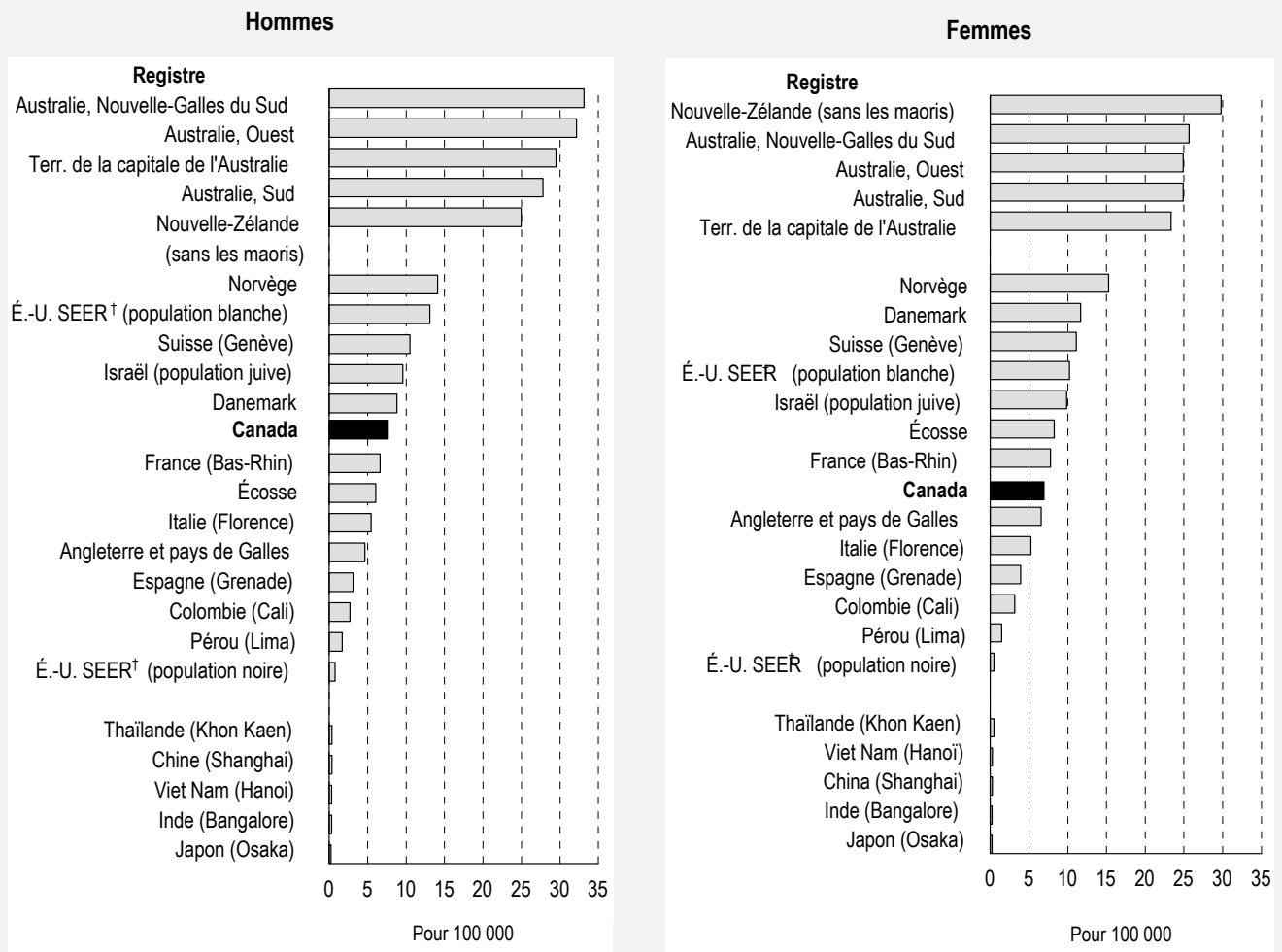
Comparaison internationale des tendances

On enregistre le taux d'incidence du mélanome le plus élevé parmi les populations blanches d'Australie et de Nouvelle-Zélande, qui sont les pays les plus proches de l'équateur, et le plus faible parmi les populations asiatiques et noires de l'Inde, de la Chine, du Japon, de la Thaïlande et des États-Unis. Au Canada, le taux correspond environ au quart du taux le plus élevé observé en Australie, mais est 25 fois plus élevé que le taux le plus faible observé².

Ces dernières années, on a mentionné une augmentation de l'incidence du mélanome — mais une stabilisation de la mortalité due à ce cancer — aux États-Unis, au Danemark et au Royaume-Uni, avec une certaine tendance à la baisse pour les groupes d'âge jeunes^{2,23}. Il est possible qu'une plus grande

sensibilisation aux signes et aux symptômes du mélanome contribue au diagnostic plus précoce de lésions moins profondes, pour lesquelles la probabilité de survie est meilleure¹³. Le surdiagnostic de tumeurs qui sont essentiellement bénignes pourrait aussi être à l'origine d'une tendance à la hausse de l'incidence sans baisse de la mortalité^{13, 22, 24}. Cependant, les rapports faisant récemment état d'une baisse légère de la mortalité due au mélanome chez la femme en Australie et en Écosse ne soutiennent pas cette hypothèse^{25, 26}. On attribue cette baisse à une modification du mode de vie en vue de limiter l'exposition au soleil qui ferait suite à des programmes de formation du public²⁵.

Taux comparatifs d'incidence du mélanome dans divers pays, de 1988 à 1992



Source des données : Référence 27

Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la population mondiale type. Le graphique inclut les registres ayant relevé les cinq taux les plus élevés et les cinq taux les plus faibles, ainsi que certaines populations pour lesquelles les taux sont intermédiaires.

† The Surveillance, Epidemiology and End Results program (États-Unis)

et plus, la mortalité a augmenté chez les hommes et les femmes pendant les deux périodes de référence. Chez la femme, on enregistre une baisse non significative pour la plupart des groupes d'âge de moins de 60 ans. Par contre, chez l'homme, la baisse de mortalité est statistiquement significative pour le groupe des 30 à 39 ans; pour le groupe des 40 à 59 ans, le taux n'a pas augmenté de façon significative.

Lien entre l'évolution des tendances et la cohorte de naissance

L'évolution des tendances observées pour les taux par âge dépend de la cohorte de naissance. On a analysé les effets de cohorte en traçant la courbe du taux d'incidence par âge selon l'année médiane de naissance (données non présentées). Pour l'homme, on observe les hausses les plus fortes du taux d'incidence du mélanome chez les sujets nés entre 1905 et 1909 et entre 1925 et 1929. Dans le cas de la femme, on enregistre les hausses les plus fortes du taux pour celles nées entre 1915 et 1919 et entre 1925 et 1929. Ces résultats sont comparables aux données sur l'incidence publiées en Norvège²⁸ et aux données sur la mortalité publiées en Australie²⁵, ainsi qu'en Angleterre et au pays de Galles²³ (voir *Comparaison internationale des tendances*). On note aussi une légère baisse de l'incidence chez les Canadiennes nées en 1950 ou après, mais le taux chez leurs homologues masculins a tendance à se stabiliser. Ces résultats sont comparables à ceux qui se dégagent de l'analyse du taux de mortalité^{17,18,23,25}.

Outre les effets de cohorte de naissances, on distingue un effet de période de référence, puisque les taux se sont stabilisés ou ont diminué pour la plupart des groupes d'âge chez les hommes de moins de 45 ans et les femmes de moins de 55 ans. On a établi un lien entre ces effets de cohorte et la variation de l'exposition aux rayons du soleil^{17,18,23,25}, plus précisément une évolution dans le type de vêtements portés pendant les activités de loisirs en plein air²⁸.

Variation des taux selon la région

Au Canada, les taux d'incidence du mélanome et de mortalité par ce cancer varient d'une région à l'autre

(tableau 1). Si l'on calcule les moyennes sur cinq ans, de 1989 à 1993, ce sont la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard qui affichent les taux d'incidence les plus élevés pour les hommes et les femmes. Les taux sont également élevés en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Alberta et en Saskatchewan. En revanche, les taux observés au Québec sont environ la moitié de la moyenne nationale. Les taux sont faibles aussi pour les hommes à Terre-Neuve.

Chez l'homme, le taux de mortalité par mélanome est généralement élevé en Ontario et dans les Provinces maritimes. Chez la femme, le taux est élevé en Ontario et en Colombie-Britannique. Le taux de mortalité est assez bas au Québec et au Manitoba, mais c'est à Terre-Neuve qu'il est le plus faible et ceci pour les deux sexes.

Le taux de mortalité par mélanome est non seulement plus faible chez la femme que chez l'homme, mais aussi relativement plus faible que le taux d'incidence de cette maladie. Le rapport de la mortalité à l'incidence est de l'ordre de 25 % chez

Tableau 1
Taux comparatifs d'incidence du mélanome et de mortalité par ce cancer, selon le sexe, Canada, provinces ou territoire, de 1989 à 1993

Province	Taux d'incidence		Taux de mortalité	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Pour 100 000			
Canada	9,8	8,7	2,5	1,4
Terre-Neuve	4,9	7,0	1,0	0,4
Île-du-Prince-Édouard	12,3	11,5	3,6	1,1
Nouvelle-Écosse	12,7	11,5	3,1	1,1
Nouveau-Brunswick	10,9	10,4	3,0	1,0
Québec	4,8	4,4	1,8	1,2
Ontario	12,1	9,8	3,0	1,6
Manitoba	9,2	9,1	1,9	1,3
Saskatchewan	10,5	9,3	2,2	1,3
Alberta	10,1	9,9	2,5	1,4
Colombie-Britannique	12,4	12,2	2,8	1,7
Yukon	8,1	2,8	5,7	–
Territoires du Nord-Ouest	3,0	6,5	3,0	–

Source des données : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données de l'état civil.

Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la population du Canada de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement.

– Néant

l'homme, mais à peine de 16 % chez la femme, reflétant la survie plus forte de la femme. Le rapport de la mortalité à l'incidence est élevé au Québec pour les deux sexes, observation que l'on explique en partie par l'enregistrement incomplet des nouveaux cas^{7,12}. Cependant, comme le taux de mortalité observé au Québec n'atteint que 70 % à 85 % de la moyenne canadienne, il se pourrait que certains facteurs de protection jouent un rôle. Enfin, il se pourrait que le rapport anormalement faible observé chez les hommes et les femmes de Terre-Neuve soit dû, en partie, au petit nombre de cas.

Incidence plus forte chez la femme jusqu'à 50 ans

Parmi les cancers qui affectent l'homme et la femme de 30 à 39 ans le mélanome se classe troisième par ordre d'incidence décroissante. Le taux d'incidence augmente régulièrement avec l'âge chez l'homme, mais a tendance à plafonner et à augmenter moins

rapidement après 45 ans chez la femme (graphique 3). Néanmoins, il est plus élevé chez la femme que chez l'homme jusqu'à 50 ans.

Atteinte du tronc chez l'homme, de la jambe chez la femme

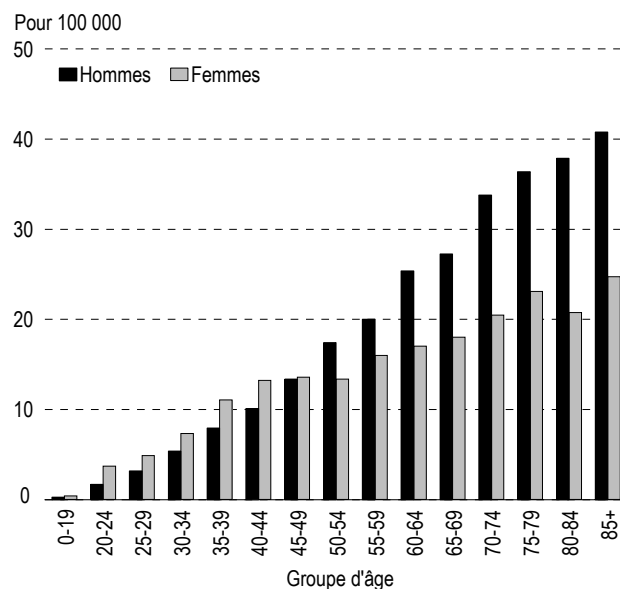
L'augmentation globale de l'incidence du mélanome observée dans les années 1970 et au début des années 1980 résulte principalement de l'augmentation spectaculaire de l'incidence du mélanome au tronc chez l'homme et à la jambe chez la femme (graphique 4). Le plafonnement subséquent du taux global chez l'homme résulte de la stabilisation des taux d'incidence du mélanome au tronc, à la jambe et, éventuellement, à la tête. Néanmoins, le taux d'incidence du mélanome au bras a continué d'augmenter chez l'homme et est maintenant comparable à celui observé pour la femme. Chez celle-ci, la baisse légère des taux enregistrés pour les tumeurs de la jambe et du tronc explique la stabilisation du taux global d'incidence du mélanome.

Donc, en 1993, chez l'homme, le mélanome touchait presque deux fois plus fréquemment le tronc que la tête ou les bras. Chez la femme, ce sont les jambes qui étaient atteintes le plus fréquemment, suivie par les bras et le tronc. Ces variations du taux d'incidence selon le siège reflètent des différences d'exposition aux rayonnements ultraviolets, exposition qui dépend probablement des modes vestimentaires^{28,29}.

Variation de l'incidence selon le siège

La courbe de l'incidence du mélanome en fonction de l'âge varie considérablement selon la partie du corps atteinte (données non présentées). Ces résultats reflètent peut-être des variations dans les habitudes d'exposition au soleil en ce qui concerne la durée, l'intensité et l'intermittence au cours de la vie³⁰, ainsi que l'évolution des modes vestimentaires^{28,31}. Le mélanome de la tête est celui pour lequel on observe la tendance la plus marquée. Les taux sont comparables et faibles pour les deux sexes jusqu'à l'âge de 50 ans. Puis ils augmentent régulièrement et exponentiellement, mais sont en général au moins deux fois plus élevés chez l'homme

Graphique 3
Taux d'incidence par âge du mélanome, selon le sexe, Canada, de 1989 à 1993



Source des données : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer.

que chez la femme. Cette élévation des taux chez l'homme, causée en grande partie par l'incidence plus forte du mélanome de l'oreille, du cuir chevelu et de la nuque¹⁹, est attribuable à la calvitie chez l'homme et au fait que les femmes ont les cheveux plus longs²⁹.

Le taux d'incidence par âge du mélanome du tronc augmente entre 20 et 24 ans et est le même pour les deux sexes jusqu'à 35 ans. Ensuite, il plafonne chez les femmes, pour diminuer légèrement à partir de 50 ans environ. Chez l'homme, le taux continue d'augmenter jusqu'à 60 ans, âge auquel il est alors au moins trois fois plus élevé que chez la femme. Puis il plafonne et finit par diminuer à partir de 80 ans.

La similitude des taux d'incidence par âge observée chez l'homme et chez la femme jusqu'à l'âge de 30 ans pour le mélanome du tronc tient sans doute au fait que les niveaux d'exposition au soleil sont comparables avant la puberté. Le taux en fonction de l'âge chez l'homme continue probablement d'augmenter à cause d'une exposition

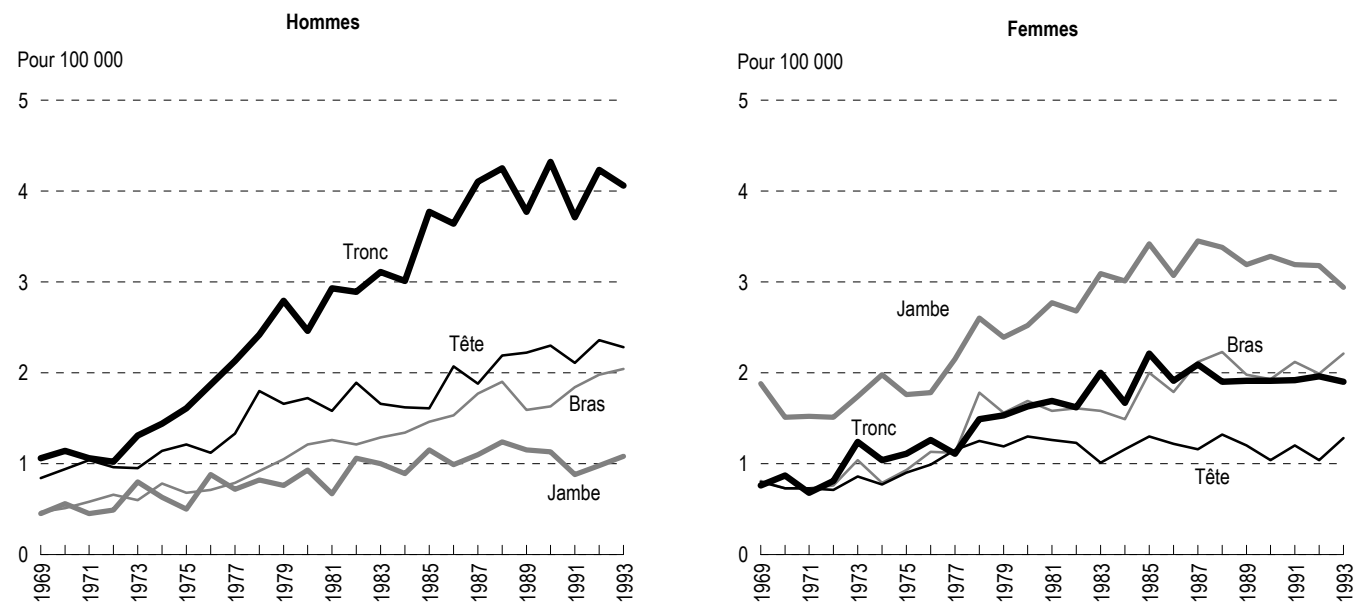
périodique supplémentaire au soleil au début de l'âge adulte, parce que les jeunes hommes exposent leur tronc au soleil pendant les loisirs et les activités professionnelles³¹, tandis que les jeunes femmes le font principalement pendant les loisirs, surtout lors de bains de soleil (*voir Exposition au soleil*).

Le taux d'incidence du mélanome du bras est presque le même chez l'homme que chez la femme, augmentant régulièrement pour finir par plafonner pour le groupe des 70 à 79 ans. On observe des taux légèrement plus élevés chez la femme que chez l'homme jusqu'à l'âge de 50 ans, mais un peu plus faibles pour le groupe des 60 ans et plus, peut-être parce que les femmes et les hommes exposent autant leurs bras au soleil, ayant autant tendance à porter des vêtements à manches courtes ou sans manches.

Chez la femme, l'incidence du mélanome de la jambe augmente régulièrement. Elle atteint un maximum pour le groupe de 65 à 74 ans, puis diminue légèrement chez les 80 ans et plus. Chez l'homme, le taux est plus faible et augmente plus lentement, mais assez régulièrement, jusqu'à l'âge

Graphique 4

Taux comparatifs d'incidence du mélanome, selon le siège secondaire et le sexe, Canada, de 1969 à 1993



Source des données : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer.

Nota : Les taux comparatifs sont calculés en prenant pour référence la population du Canada de 1991 corrigée pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement.

de 80 ans et plus. Les taux sont en général deux à trois fois plus élevés chez la femme que chez l'homme, sauf pour le groupe de 80 ans et plus, où le taux chez l'homme est à peine plus faible. On attribue ces taux plus faibles chez les hommes au fait que leurs jambes sont moins exposées au soleil²⁹.

Le taux du mélanome de la jambe est le même

chez les hommes que chez les femmes de plus de 80 ans, probablement parce que les femmes (nées en 1910 ou avant) portaient des jupes longues pendant leur enfance et au début de l'âge adulte et n'ont pas exposé leurs jambes au soleil. Chez la femme, l'incidence du mélanome de la jambe semble s'être stabilisée vers le milieu des années 1980 et

Exposition au soleil

Interrogés à l'été 1996, 34 % de Canadiens de 15 ans et plus disent avoir subi un ou deux coups de soleil et 19 %, au moins trois. Les hommes sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les femmes à avoir eu au moins trois coups de soleil : 23 % contre 16 %. La proportion de personnes ayant eu au moins trois coups de soleil diminue régulièrement quand l'âge augmente, passant de 30 % pour les 15 à 24 ans à 7 % à peine pour les 65 ans et plus.

Chez les Canadiens qui disent avoir eu au moins un coup de soleil, le tronc, y compris le dos, les épaules et la poitrine, est le siège le plus courant (47 %) de la brûlure la plus grave. Cependant, ce siège le plus fréquent varie selon l'âge et le sexe. La tête, y compris le visage, est le siège le plus courant pour le groupe des 45 à 64 ans, particulièrement chez l'homme. En revanche, chez les moins de 35 ans, les brûlures affectent essentiellement le tronc.

Coups de soleil et parties du corps touchées, selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996

	% de la population ayant eu un coup de soleil		Principales parties du corps brûlées (coup de soleil le plus grave)				
	1 ou 2 fois	3 fois et plus	Total	Tronc	Tête	Bras	Jambes
	%						
Les deux sexes	34	19	100	47	30	17	6
Hommes	34	23	100	47	31	17	5
Femmes	34	16	100	47	29	16	8
Groupe d'âge							
15-24	38	30	100	54	28	14	4
25-34	42	26	100	54	28	14	6
35-44	42	21	100	47	28	17	7
45-54	33	15	100	35	36	21	9
55-64	26	11	100	36	38	17	8
65+	14	7	100	23	33	37	2

Source des données : Enquête sur l'exposition au soleil de 1996

Les Canadiens utilisent diverses stratégies pour se protéger contre les rayons du soleil. Environ 4 sur 10 portent des vêtements de protection, se couvrent la tête, recherchent l'ombre ou appliquent un écran solaire sur le visage. Les femmes, plus fréquemment que les hommes, recherchent l'ombre et appliquent un écran solaire. Les hommes sont plus susceptibles de se couvrir la tête ou de porter des vêtements de protection.

Les mesures prises pour limiter l'exposition au soleil varient selon l'âge. Les personnes âgées sont, toutes proportions gardées, beaucoup plus nombreuses que les autres à se mettre à l'ombre, à porter des vêtements de protection ou à se couvrir la tête. Les personnes de 35 à 44 ans sont celles qui sont les plus susceptibles de se servir d'un écran solaire.

Habitudes de protection pendant les activités de loisirs, selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996

	Recherche l'ombre	Se couvre la tête	Porte des vêtements de protection	Applique un écran solaire sur le visage
% qui ont répondu souvent ou toujours				
Les deux sexes	38	43	43	38
Hommes	33	54	47	23
Femmes	44	31	38	55
Groupe d'âge				
15-24	26	38	31	35
25-34	35	37	42	40
35-44	39	38	38	43
45-54	41	46	49	35
55-64	50	58	48	38
65+	48	58	56	30

Source des données : Enquête sur l'exposition au soleil de 1996

pourrait diminuer maintenant après avoir augmenté rapidement pendant des années. Depuis le milieu des années 1970, les femmes ont tendance à porter des jupes plus longues ou des pantalons, et il est possible que cette protection contre le soleil ait suffi à réduire leur risque de présenter un mélanome.

Mot de la fin

Il est généralement admis que les coups de soleil subis pendant l'enfance peuvent être à l'origine d'un mélanome. Toutefois, l'exposition au soleil peut aussi promouvoir l'apparition d'un mélanome chez l'adulte. Au Canada, l'évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité due à ce cancer semble liée à celle des habitudes d'exposition au soleil et de protection adoptées au début de l'enfance et à l'âge adulte. Le fait que les enfants et les adultes se soient davantage exposés au soleil ait augmenté au cours de notre siècle tandis que les activités de loisir et les tenues de plein air se sont modifiées pourrait expliquer, du moins en partie, la hausse des taux observés dans les années 1970. Aujourd'hui, les taux baissent chez les jeunes Canadiens, mais continuent d'augmenter chez les personnes plus âgées. Il est donc permis de croire que les habitudes d'exposition au soleil sont différentes chez les personnes nées après 1950.

L'incidence du mélanome pour certaines parties du corps s'est stabilisée ou a commencé à diminuer au cours des 10 dernières années. Ce phénomène aussi laisse entendre que l'évolution des habitudes d'exposition au soleil et de protection, dont le port de vêtements et l'utilisation d'un écran solaire qui se sont sans doute répandus depuis que, au début des années 1980, on a commencé à diffuser des messages d'avertissement contre les méfaits du soleil, ont une incidence sur l'état de la santé.

Le mélanome est maintenant plus fréquent chez l'homme que chez la femme et, bien que les taux de survie soient généralement élevés, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être emportés par ce cancer. Cependant, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer des coups de soleil multiples et ils utilisent des méthodes de protection différentes.

Il serait souhaitable de tenir compte de ces

différences de comportements selon le sexe lors de la production de messages visant à promouvoir la protection contre le soleil. En outre, les programmes de promotion de la santé conçus pour limiter l'exposition au soleil devraient s'appuyer sur diverses stratégies. Par exemple, en Australie^{4,32}, les campagnes vont de la publication d'articles dans les magazines de mode à la création d'un plus grand nombre de zones ombragées lors de manifestations publiques. Certains organismes canadiens ont récemment atteint un consensus recommandant des stratégies très variées afin de réduire les risques que posent le rayonnement ultraviolet pour la santé³³. ●

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux registres provinciaux et territoriaux du cancer et aux registraires de l'état civil qui ont fourni les données sur l'incidence et sur la mortalité à Statistique Canada.

Références

1. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1994*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1994.
2. B. Armstrong et A. Knicker, « Cutaneous mélanome », (s. la dir. de) R. Doll, J.F. Jr. Fraumeni, C.S. Muir, *Cancer Surveys, Vol. 19, Trends in Cancer Incidence and Mortality*, New York, Les Presses du Cold Spring Harbour Laboratory, 1994, p. 219-240.
3. M.P. Coleman, J. Estève, P. Damiecki *et al.*, *Melanoma of the skin – Trends in Cancer Incidence and Mortality*, Agence internationale de la recherche sur le cancer, série scientifique, n°121, Lyon, Agence internationale de la recherche sur le cancer, 1993 p. 379-410.
4. T. Garvin et J. Eyles, « The sun safety metanarrative: Translating science into public health discourse », *Policy Sciences*, 30, 1997, p. 47-70.
5. G. Bentham et A. Aase, « Incidence of malignant melanoma of the skin in Norway, 1955-1989: Associations with solar ultraviolet radiation, income and holidays abroad », *International Journal of Epidemiology*, 25(6), 1996, p.1132-1138.

6. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1997*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1997.
7. L.A. Gaudette et J. Lee, *L'incidence du cancer au Canada, 1969-1993*, (Statistiques Canada, n° 82-566-XPB au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1997.
8. Statistique Canada, *Mortalité — Liste sommaire des causes, volume III — Statistiques de l'état civil*, (n° 84-209 au catalogue) Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1995.
9. Statistique Canada, *Le guide de l'utilisateur des micros-données : l'enquête sur l'exposition au soleil, 1996*, (Statistique Canada, n° 82M0019GPF au catalogue) Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1997.
10. L.A. Gaudette, T. LaBillois, R.-N. Gao *et al.*, « L'assurance de la qualité du registre canadien du cancer », Symposium 1996, *Erreurs non-dues à l'échantillonnage : recueil*, (Statistique Canada, n° 11-522-XPB au catalogue) Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1997, p. 249-260.
11. V.W. Chen, X.C. Wu et P.A. Andrews (s. la dir. de), *Cancer in North America, 1990-1994, Volume One: Incidence*, Sacramento, California, North American Association of Central Cancer Registries, 1998.
12. N.D. Le, L.D. Marrett, D.L. Robson *et al.*, *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada, volume I : Incidence du cancer au Canada*, Ottawa, (Santé Canada, 1996 n° H49-6/1-1996 au catalogue) Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1996.
13. R.C. Burton et B.K. Armstrong, « Recent incidence trends imply a non-metastasizing form of invasive melanoma », *Melanoma Research*, 4, 1996, p.107-113.
14. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, des traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975, volume 1, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
15. C. Percy, V. Van Holten et C. Muir, (s. la dir. de) *Classification internationale des maladies pour l'oncologie*, 2e édition, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1990.
16. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1998*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1998.
17. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 1993*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 1993.
18. S.E. Singletary et C.M. Balch, « Malignant melanoma », (s. la dir. de) A.I. Holleb, D.J. Fink et G.P. Murphy, *American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology*, Atlanta, American Cancer Society, 1991, p. 263-270.
19. D.E. Elder, « Skin cancer: melanoma and other specific nonmelanoma skin cancers », *Cancer*, 75(1), supplément, 1995, p.245-256.
20. National Cancer Institute, (s. la dir. de) A. Harras, B.K. Edwards, W.J. Blot et L.S. Gloeckler-Ries, *Cancer: Rates and Risks*, 4e édition, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1996.
21. J.M. Elwood et R.P. Gallagher, « Sun exposure and the epidemiology of melanoma », (s. la dir. de) R.P. Gallagher et J.M. Elwood, *Epidemiological Aspects of Cutaneous Malignant Melanoma*, Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994, p. 15-66.
22. D.S. Rigel, « Malignant melanoma: incidence issues and their effect on diagnosis and treatment in the 1990s », *Mayo Clinic Proceedings*, 72, 1997, p. 367-371.
23. A. Streetly et H. Markowe, « Changing trends in the epidemiology of malignant melanoma: Gender differences and their implications for public health », *International Journal of Epidemiology*, 24(5), 1995, p. 897-907.
24. D.S. Rigel, R.J. Friedman et A.W. Kopf, « The incidence of malignant melanoma in the United States: Issues as we approach the 21st century », *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1996, p. 839-847.
25. G.G. Giles, B.K. Armstrong, R.C. Burton *et al.*, « Has mortality from melanoma stopped rising in Australia? Analysis of trends between 1931 and 1994 », *British Medical Journal*, 312, 1996, p. 1121-1125.
26. R.M. MacKie, D. Hole, J.A.A. Hunter *et al.*, « Cutaneous malignant melanoma in Scotland: Incidence, survival, and mortality, 1979-94 », *British Medical Journal*, 315, 1997, p. 1117-1121.
27. D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay *et al.*, (s. la dir. de) *Cancer Incidence in Five Continents, volume VII*, Agence internationale de la recherche sur le cancer, série scientifique n° 143, Lyon, Agence internationale de la recherche sur le cancer, 1997.
28. A. Aase et G. Bentham, « Gender, geography and socio-economic status in the diffusion of malignant melanoma risk », *Social Science and Medicine*, 42(12), 1996, p. 1621-1637.
29. J.-L. Bulliard, B. Cox et J.M. Elwood, « Comparison of the site distribution of melanoma in New Zealand and Canada », *International Journal of Cancer*, 72, 1997, p. 231-235.
30. S. Franceschi, F. Levi, L. Randimbison *et al.*, « Site distribution of different types of skin cancer: New aetiological clues », *International Journal of Cancer*, 67(1), 1996, p. 24-28.
31. R.P. Gallagher, B. Ma, D.I. McLean *et al.*, « Trends in basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma of the skin from 1973 through 1987 », *Journal of the American Academy of Dermatology*, 23, 1990, p. 413-421.
32. D. Hill, V. White, R. Marks *et al.*, « Changes in sun-related attitudes and behaviours, and reduced sunburn prevalence in a population at high risk of melanoma », *European Journal of Cancer Prevention*, 2, 1993, p. 447-456.
33. C.J. Mills, K. Trouton et L. Gibbons, « Deuxième colloque sur les maladies liées aux rayonnements ultraviolets », *Maladies chroniques au Canada*, 18(1) 1997, p. 31-44.

Annexe

Tableau A

Nombre de nouveaux cas et taux comparatifs, bruts et par âge d'incidence du mélanome, selon le sexe et l'âge au moment du diagnostic, Canada, de 1969 à 1993

Année	Nombre de cas	Taux comparatif d'incidence	Taux brut	Groupe d'âge							
				0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Pour 100 000 personnes											
Hommes											
1969	257	3,2	2,4	0,1	1,9	3,2	3,2	5,2	5,5	9,4	15,8
1970	291	3,5	2,7	0,3	1,2	3,3	4,7	5,8	7,3	9,0	13,9
1971	303	3,4	2,7	0,2	1,6	2,7	4,8	6,3	7,3	9,4	14,8
1972	321	3,6	2,9	0,3	2,1	2,9	4,2	6,0	7,8	10,6	10,4
1973	376	4,1	3,3	0,3	2,0	3,6	4,6	7,9	8,7	9,3	22,8
1974	409	4,4	3,6	0,3	2,0	3,2	5,9	8,6	8,3	11,7	24,7
1975	432	4,6	3,7	0,1	2,5	4,9	4,9	8,1	8,1	16,3	16,4
1976	493	5,1	4,2	0,3	2,2	4,9	7,6	8,3	11,2	12,8	18,3
1977	547	5,5	4,6	0,2	2,5	3,5	9,7	10,4	11,8	13,7	18,8
1978	636	6,5	5,3	0,3	2,7	5,5	8,7	10,1	14,6	16,5	31,3
1979	690	6,8	5,7	0,2	2,6	6,1	8,9	13,2	13,3	19,5	28,1
1980	720	6,9	5,9	0,1	2,3	6,5	8,9	12,7	17,3	20,0	22,4
1981	754	7,0	6,1	0,2	2,9	6,8	8,6	12,7	18,4	17,0	22,5
1982	812	7,5	6,5	0,2	2,5	6,1	8,1	15,0	18,6	22,3	35,1
1983	829	7,6	6,5	0,3	2,3	6,2	9,0	14,6	17,0	22,4	37,0
1984	845	7,4	6,6	0,2	2,9	6,4	10,3	14,0	18,0	19,5	26,6
1985	1 007	8,7	7,8	0,3	2,5	7,3	11,1	16,9	24,7	21,4	30,7
1986	1 043	9,0	8,0	0,3	3,0	6,7	11,6	15,6	22,6	26,1	41,6
1987	1 162	9,7	8,8	0,2	3,1	8,1	13,3	17,1	23,5	31,4	30,7
1988	1 285	10,4	9,6	0,4	3,5	7,7	13,0	18,9	28,8	33,7	32,0
1989	1 178	9,4	8,7	0,2	2,5	7,1	11,3	18,0	23,7	31,7	37,4
1990	1 294	10,1	9,4	0,3	1,9	7,2	12,0	18,7	27,7	35,2	43,1
1991	1 199	9,1	8,6	0,3	3,0	5,7	11,0	17,3	23,6	32,6	35,7
1992	1 390	10,3	9,8	0,4	2,6	6,5	12,1	20,7	28,1	37,2	35,9
1993	1 392	10,1	9,7	0,3	2,5	6,5	11,4	18,5	28,0	37,1	42,7
Femmes											
1969	402	4,6	3,8	0,3	2,1	4,4	7,5	7,3	9,7	10,3	14,8
1970	374	4,1	3,5	0,3	3,1	4,0	6,1	7,5	6,0	10,5	9,4
1971	368	4,0	3,4	0,2	2,5	3,4	6,3	6,5	6,6	10,4	14,7
1972	385	4,0	3,5	0,4	2,4	4,2	6,6	6,5	6,5	10,6	9,5
1973	502	5,2	4,5	0,3	4,0	5,7	8,6	7,1	8,0	11,6	15,1
1974	501	5,0	4,4	0,3	3,1	4,6	7,8	8,7	9,7	10,4	16,8
1975	526	5,1	4,5	0,3	3,1	5,4	7,2	9,4	9,6	11,6	15,0
1976	589	5,6	5,0	0,3	3,0	6,6	7,6	10,6	10,8	10,2	19,4
1977	644	6,0	5,4	0,2	3,4	6,7	9,8	10,1	9,8	13,1	21,8
1978	834	7,6	6,9	0,5	4,7	9,2	11,3	13,6	12,5	14,5	20,7
1979	790	7,1	6,5	0,3	4,2	7,9	10,9	11,6	14,0	14,7	20,2
1980	861	7,5	7,0	0,4	5,1	8,1	11,8	11,4	15,5	15,2	18,0
1981	914	7,8	7,3	0,2	4,9	9,5	12,0	13,8	13,8	15,4	18,3
1982	905	7,5	7,1	0,3	4,6	9,2	11,1	12,4	13,2	16,6	20,3
1983	989	8,1	7,7	0,5	4,4	10,1	11,7	16,0	13,8	14,2	19,8
1984	966	7,7	7,5	0,5	4,4	9,7	9,8	12,6	15,0	16,9	21,7
1985	1 207	9,4	9,2	0,5	4,9	11,5	14,3	15,7	18,4	18,6	27,2
1986	1 092	8,3	8,3	0,4	5,2	8,9	12,8	13,7	14,9	20,1	22,2
1987	1 241	9,3	9,3	0,4	5,7	10,4	15,0	14,4	18,2	20,3	21,8
1988	1 249	9,2	9,2	0,5	4,9	10,5	14,8	15,9	16,1	19,7	24,9
1989	1 214	8,7	8,8	0,3	4,9	9,9	13,3	15,4	15,2	18,9	25,1
1990	1 222	8,5	8,7	0,5	4,1	8,8	14,1	14,9	17,0	19,1	21,8
1991	1 285	8,8	9,1	0,3	4,9	8,9	13,6	14,5	18,1	22,6	20,9
1992	1 297	8,6	9,0	0,5	4,0	9,5	12,5	13,3	18,9	22,8	21,3
1993	1 356	8,8	9,3	0,4	3,8	8,6	13,4	15,2	18,3	24,2	23,8

Source des données : Système national de déclaration des cas de cancer, Registre canadien du cancer.

Tableau B
 Nombre de décès et taux comparatifs, bruts et par âge de mortalité par mélanome, selon le sexe, Canada, de 1969 à 1996

Année	Nombre de décès	Taux comparatif de mortalité	Taux brut	Groupe d'âge							
				0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Pour 100 000 personnes											
Hommes											
1969	111	1,4	1,1	-	0,6	0,9	1,3	2,0	4,4	3,8	8,3
1970	107	1,3	1,0	-	0,3	0,9	1,1	2,7	3,7	4,1	8,1
1971	100	1,2	0,9	-	0,4	0,4	2,3	1,7	2,8	2,6	8,4
1972	122	1,4	1,1	-	0,5	0,7	1,9	2,2	2,7	5,3	10,4
1973	129	1,4	1,1	-	0,3	1,2	2,3	2,4	3,7	4,1	5,5
1974	149	1,6	1,3	-	0,5	1,0	2,2	2,9	4,3	5,1	8,2
1975	157	1,7	1,4	-	0,7	1,3	1,7	3,0	3,9	6,0	9,6
1976	139	1,5	1,2	-	0,5	1,2	2,0	3,0	2,2	6,0	6,8
1977	145	1,5	1,2	-	0,4	1,2	1,8	3,3	3,8	4,4	6,0
1978	186	1,9	1,5	0,1	0,4	1,1	2,8	3,7	5,0	5,9	7,3
1979	171	1,7	1,4	-	0,3	1,2	1,8	4,0	4,2	4,6	9,8
1980	176	1,7	1,4	-	0,5	1,6	2,2	3,1	3,7	5,5	7,7
1981	220	2,1	1,8	-	0,4	1,4	2,7	4,1	5,6	7,1	10,6
1982	222	2,1	1,8	-	0,4	1,2	1,9	5,0	6,1	6,0	11,5
1983	244	2,3	1,9	-	0,6	1,3	2,4	4,1	6,4	7,5	13,5
1984	229	2,1	1,8	0,1	0,6	1,1	2,2	3,8	5,2	7,0	16,4
1985	279	2,5	2,2	0,1	0,4	1,3	2,5	4,5	7,0	9,5	16,5
1986	255	2,3	2,0	-	0,4	1,7	2,6	3,1	5,7	9,4	12,8
1987	234	2,0	1,8	0,1	0,4	1,3	2,1	4,0	5,7	7,0	8,2
1988	260	2,1	1,9	-	0,5	1,3	2,0	4,6	5,5	9,6	8,4
1989	317	2,6	2,3	-	0,3	1,4	3,2	4,7	6,8	10,6	13,2
1990	318	2,6	2,3	-	0,1	1,7	2,1	4,6	6,4	10,9	19,1
1991	330	2,6	2,4	-	0,2	1,2	2,4	5,1	8,1	10,0	13,5
1992	337	2,6	2,4	-	0,3	1,0	2,1	4,5	8,5	10,9	17,1
1993	323	2,4	2,3	-	0,4	1,1	2,4	4,0	6,7	11,0	13,6
1994	373	2,7	2,6	-	0,4	1,1	2,3	4,9	8,4	12,7	14,1
1995	380	2,7	2,6	-	0,4	0,9	2,3	4,2	9,4	11,4	18,2
1996	367	2,5	2,5	-	0,3	0,5	2,8	5,1	7,6	10,6	15,1
Femmes											
1969	113	1,3	1,1	-	0,4	0,6	2,3	2,9	2,7	3,6	4,9
1970	95	1,1	0,9	-	0,4	1,1	1,1	1,3	2,2	4,9	5,8
1971	90	1,0	0,8	-	0,2	0,4	1,6	2,1	2,1	3,4	4,9
1972	127	1,3	1,1	0,1	0,7	0,7	1,8	1,9	2,9	4,4	7,6
1973	104	1,1	0,9	-	0,3	1,0	1,5	1,8	1,5	4,5	5,5
1974	129	1,3	1,1	-	0,4	0,8	1,6	2,7	3,1	3,6	7,5
1975	115	1,1	1,0	-	0,4	0,8	1,9	1,5	2,2	3,6	6,9
1976	132	1,3	1,1	-	0,2	1,4	1,5	2,3	2,8	4,1	6,2
1977	131	1,2	1,1	-	0,5	1,0	1,7	1,7	3,0	4,2	6,4
1978	145	1,3	1,2	0,1	0,4	1,0	1,1	2,0	4,4	3,7	6,9
1979	135	1,2	1,1	-	0,3	0,9	1,3	3,0	2,4	4,1	5,2
1980	145	1,2	1,2	-	0,3	0,7	1,7	3,3	1,9	3,6	7,8
1981	151	1,3	1,2	-	0,4	1,1	1,8	2,3	3,2	3,8	5,1
1982	179	1,5	1,4	-	0,3	1,5	1,9	2,9	2,8	4,6	8,2
1983	187	1,5	1,5	-	0,4	1,1	1,9	3,0	3,5	4,9	7,2
1984	184	1,5	1,4	-	0,4	1,2	1,9	2,2	3,5	4,0	8,7
1985	208	1,6	1,6	-	0,3	1,3	2,1	2,5	4,0	5,1	9,3
1986	173	1,3	1,3	-	0,1	1,0	1,3	2,4	3,1	5,6	6,4
1987	201	1,5	1,5	-	0,4	0,9	2,0	3,3	2,8	5,2	7,2
1988	189	1,3	1,4	-	0,3	0,8	1,7	3,0	2,9	4,3	7,7
1989	200	1,4	1,4	-	0,5	0,9	1,7	1,6	3,4	5,5	8,1
1990	179	1,2	1,3	-	0,2	0,9	1,2	2,7	2,4	4,9	7,3
1991	213	1,4	1,5	-	0,3	0,7	1,9	2,2	3,3	5,7	8,9
1992	237	1,5	1,6	0,1	0,2	0,9	2,3	2,4	3,6	5,4	9,4
1993	239	1,5	1,6	0,1	0,2	1,4	1,7	1,8	3,9	5,9	8,1
1994	237	1,5	1,6	-	0,2	0,5	2,1	2,7	4,3	5,0	7,4
1995	271	1,6	1,8	-	0,2	0,7	1,4	2,5	4,6	7,8	9,9
1996	260	1,5	1,7	0,1	0,3	0,7	2,0	2,1	4,1	5,7	9,6

Source des données : Base canadienne de données de l'état civil

- Néant