

Statistiques canadiennes sur le cancer

2019



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada



Canadian
Cancer
Society

Société
canadienne
du cancer

Document produit par la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les registraires provinciaux et territoriaux du cancer
cancer.ca/statistiques

Citation

Il est possible de reproduire le matériel figurant dans la présente publication ou d'en faire des copies sans devoir en demander l'autorisation. La référence suivante est recommandée : Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

Statistiques canadiennes sur le cancer 2019, Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2019. Sur Internet : cancer.ca/Statistiques-cancer-Canada-2019-FR (consulté le [date]).

Septembre 2019

ISSN 0835-2976

La présente publication est disponible en français et en anglais sur le site Web de la Société canadienne du cancer, à l'adresse cancer.ca/statistiques. Visitez le site Web pour obtenir la version la plus récente de la publication et des ressources supplémentaires, comme des données provenant des chapitres, ainsi que les archives des publications précédentes.

Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de la présente publication au fil des ans. C'est pourquoi le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer tient à ce que cette collaboration se poursuive. Si vous souhaitez donner votre avis sur les façons d'améliorer la publication ou être informé de la diffusion des publications à venir, veuillez remplir le [formulaire d'évaluation](#) ou envoyer un courriel à stats@cancer.ca.

Membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

Leah Smith, Ph. D. (coprésidente)

Société canadienne du cancer, St. John's
(Terre-Neuve-et-Labrador)

Ryan Woods, Ph. D. (coprésident)

Oncologie populationnelle, BC Cancer, Vancouver
(Colombie-Britannique)

Darren Brenner, Ph. D.

Départements d'oncologie et des sciences de la
santé communautaire, Université de Calgary,
Calgary (Alberta)

Shirley Bryan, Ph. D.

Centre des données sur la santé de la population,
Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

Cheryl Louzado, M.Sc., M. Sc. S.

Intégration et couplage des données, Partenariat
canadien contre le cancer, Toronto (Ontario)

Amanda Shaw, M. Sc.

Centre de surveillance et de recherche appliquée,
Agence de la santé publique du Canada, Ottawa
(Ontario)

Donna Turner, Ph. D.

Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Hannah K. Weir, Ph. D.

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

Chefs d'analyse

Alain Demers, Ph. D.

Centre de surveillance et de recherche appliquée,
Agence de la santé publique du Canada, Ottawa
(Ontario)

Larry Ellison, M. Sc.

Centre des données sur la santé de la population,
Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

Gestion de projet

Monika Dixon

Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Remerciements

Nous remercions les personnes suivantes pour
leur contribution à l'élaboration de la présente
publication :

Jean-Michel Billette, Statistique Canada

Jennifer Chadder, Partenariat canadien contre
le cancer

Rami Rahal, Partenariat canadien contre le
cancer

Megan Striha, Statistique Canada

Tracy Torchetti, Société canadienne du cancer

Dianne Zakaria, Agence de la santé publique
du Canada

Table des matières

Contents Sommaire

Nouvelles statistiques intéressantes 7

À propos de la publication

Objet et publics cibles 8

Nouveautés ou faits intéressants 9

Chapitre 1

Combien de personnes au Canada sont atteintes du cancer?

Principales constatations 10

Probabilité de développer un cancer 11

Estimation des nouveaux cas de cancer en 2019 11

Incidence selon le sexe 12

Incidence selon l'âge 13

Incidence selon la région géographique 15

Incidence au fil du temps 16

Que signifient ces statistiques? 22

Chapitre 2

Combien de personnes meurent du cancer au Canada?

Principales constatations 34

Probabilité de mourir d'un cancer 35

Estimations des décès par cancer en 2019 35

Mortalité selon le sexe 36

Mortalité selon l'âge 37

Mortalité selon la région géographique 39

Mortalité au fil du temps 40

Que signifient ces statistiques? 46

Chapitre 3

Quelle est la probabilité de survivre au cancer au Canada?

Principales constatations 56

Survie nette à cinq et dix ans 57

Survie selon le sexe 58

Survie selon l'âge 58

Survie selon la région géographique 59

Survie au fil du temps 59

Survie nette conditionnelle 60

Que signifient ces statistiques? 60

Chapitre 4

Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

Le cancer est la première cause de décès au Canada	67
Le cancer est une maladie complexe	69
L'issue du cancer chez les Canadiens est parmi les plus favorables au monde	69
Le cancer impose un fardeau économique considérable aux Canadiens et à la société canadienne	69
Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure	70
Comment ces statistiques peuvent-elles contribuer à orienter la lutte contre le cancer?	72

ANNEXE I

Ressources connexes

Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer	75
Surveillance des maladies chroniques	76
Surveillance du cancer chez les enfants	77
Rendement du système de lutte contre le cancer	77
Prévention du cancer	77
Surveillance du cancer dans le monde	77

ANNEXE II

Sources des données et méthodologie

Résumé	78
Sources des données	78
Méthodologie	81
Problèmes liés aux données et à la méthodologie	86
Abréviations	92
Index des tableaux et des figures	93
Pour nous joindre	95

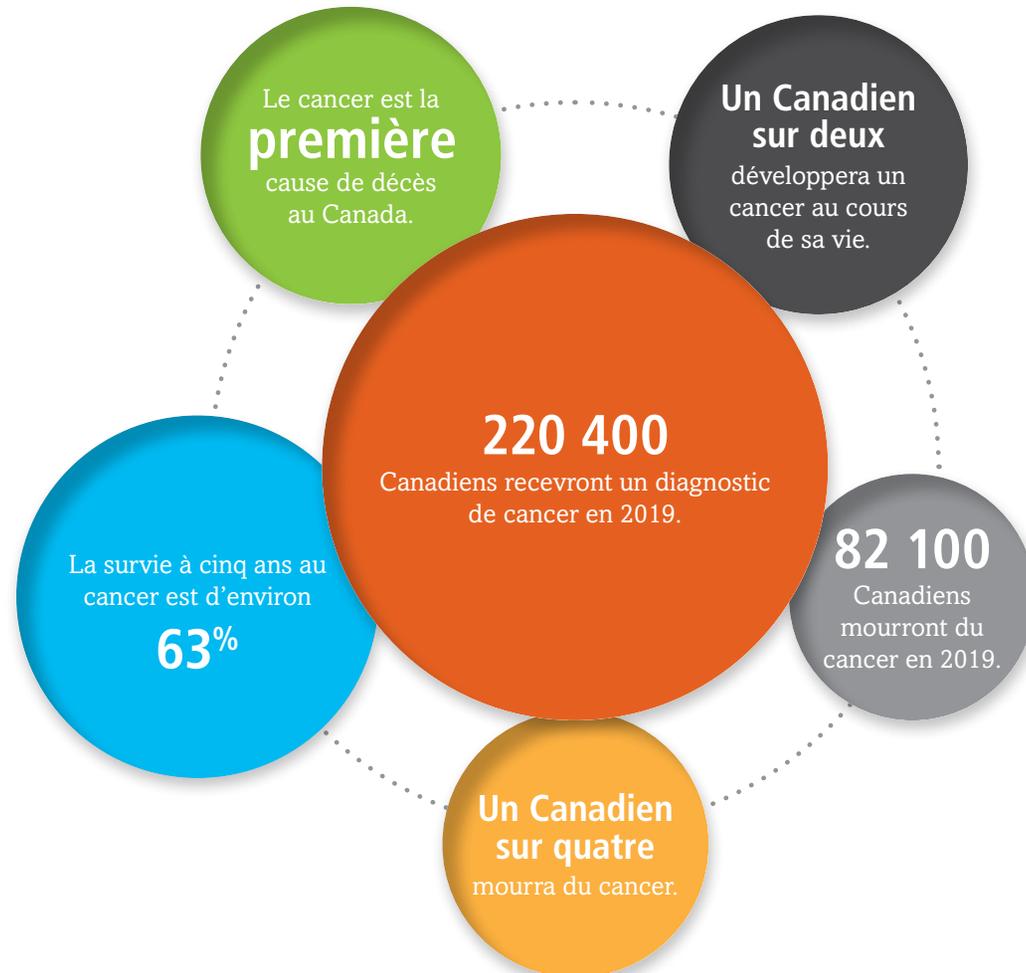
Sommaire

La publication *Statistiques canadiennes sur le cancer* présente des estimations exhaustives et à jour du fardeau du cancer au Canada.

Environ un Canadien sur deux développera un cancer au cours de sa vie, et environ un Canadien sur quatre en mourra. En 2019 seulement, on estime que 220 400 Canadiens recevront un diagnostic de cancer et que 82 100 en mourront.

Le cancer du poumon et des bronches (poumon), le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer colorectal représentent près la moitié de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer : il entraîne plus de décès chez les Canadiens que les trois autres principaux types de cancers combinés. Malgré cette forte incidence, une baisse appréciable du taux de décès par cancer du poumon a été observée chez les hommes au cours des 30 dernières années, ce qui a contribué au déclin du taux de décès chez les hommes pour tous les cancers confondus. La présente publication montre que le taux de décès par cancer du poumon chez les femmes a également commencé à diminuer depuis peu. En raison des progrès réalisés à l'égard des cancers du poumon et d'autres cancers, le taux de décès par cancer a diminué de plus de 35 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes depuis le sommet atteint en 1988.

La survie au cancer a également augmenté. Au début des années 90, la survie nette à cinq ans n'était que de 55 %, mais les estimations actuelles



rèvelent qu'elle a atteint 63 %. La survie varie considérablement selon le type de cancer. Ainsi, certains cancers sont associés à une survie nette à cinq ans très élevée, notamment le cancer de la glande thyroïde (98 %) et le cancer du testicule (97 %). Dans le cas d'autres cancers, la survie nette à cinq ans est demeurée faible, par exemple le cancer de l'œsophage (15 %) et le cancer du pancréas (8 %).

Le cancer frappe de façon manifestement inégale les hommes et les femmes, les jeunes et les aînés, et les personnes vivant dans les différentes régions du Canada. Par exemple :

- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de recevoir un diagnostic de cancer, et les femmes sont plus susceptibles de survivre au cancer que les hommes.
- Environ 90 % des diagnostics de cancer touchent des Canadiens âgés d'au moins 50 ans, mais les répercussions du cancer à un plus jeune âge peuvent être particulièrement dévastatrices. En 2016, le cancer était la principale cause de décès par maladie chez les enfants de moins de 15 ans⁽¹⁾.
- Dans l'ensemble du Canada, les taux d'incidence et de mortalité par cancer sont généralement plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest.

La mesure du fardeau du cancer au Canada est essentielle à l'élaboration et à l'évaluation des politiques en matière de santé. Elle aide les décideurs à déterminer le type et la quantité de ressources de santé requises et à orienter les priorités de la recherche en santé. Les données sont également essentielles pour orienter et évaluer les activités de prévention primaire et secondaire, et pour déterminer les répercussions de la détection précoce et des traitements sur

l'évolution des cancers. Enfin, les statistiques peuvent être utiles pour établir les priorités des services afin d'aider les Canadiens atteints de cancer et leurs familles, qui pourraient avoir besoin de soutien à la fin de leur traitement.

Nous espérons que nos lecteurs feront preuve d'esprit critique en ce qui concerne la signification de ces chiffres et la façon dont ils peuvent être utilisés pour réduire l'incidence du cancer, accroître la survie et améliorer globalement les soins pour les personnes atteintes de cancer au Canada.

Nouvelles statistiques intéressantes

Comparativement à la dernière publication complète *Statistiques canadiennes sur le cancer* 2017, plusieurs nouvelles tendances se sont dégagées. En voici quelques-unes :

- L'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité chez les femmes sont actuellement en baisse.
- Les taux de mortalité dus au cancer du sein chez les femmes ont diminué d'environ 48 % depuis le pic atteint en 1986.
- Le cancer du pancréas devrait être la troisième cause de décès par cancer au Canada en 2019, supplantant le cancer du sein.
- Certaines hausses les plus importantes de la survie depuis le début des années 90 sont associées aux cancers du sang.

Reference

1. Statistique Canada [Internet]. Tableau 13-10-0394-01. Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request_locale=fr (consulté en mars 2019).

À propos de la publication

Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 est la plus récente publication d'une série inaugurée en 1987 pour décrire le fardeau du cancer au Canada. La publication a été produite dans le cadre d'un partenariat entre la Société canadienne du cancer, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, qui a réuni l'expertise de la communauté de la surveillance du cancer et de l'épidémiologie sous la forme du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

Objet et publics cibles

La présente publication fournit le résumé le plus récent des principaux indicateurs de surveillance au Canada. Elle englobe des renseignements détaillés sur l'incidence des cancers, la mortalité par cancer, la survie au cancer, de même que sur d'autres mesures du fardeau que représentent les types de cancers les plus répandus au Canada. Ces renseignements sont présentés selon le sexe, le groupe d'âge, la région géographique et la période.

Ces statistiques sont produites à l'aide du Registre canadien du cancer (RCC)⁽¹⁾, l'un des meilleurs registres nationaux du cancer dans la population au monde⁽²⁾, et de la Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD)⁽³⁾, un recensement de tous les décès qui surviennent au Canada chaque année. Ces renseignements de surveillance complets et fiables nous permettent de suivre de près les tendances relatives au

Encadré 1 Utilisations possibles de ces statistiques

Cas de cancer (incidence) : aide à déterminer le nombre de diagnostics, de traitements et de services de soutien nécessaires.

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) : facilite les comparaisons entre les populations et au fil du temps; peut indiquer une modification des facteurs de risque et faire apparaître les secteurs où des progrès sont réalisés (ou non) en matière de prévention et de dépistage du cancer.

Décès par cancer (mortalité) : aide à déterminer les services de santé et de soutien nécessaires, en particulier pour les personnes en fin de vie.

cancer et de déterminer les secteurs où des progrès ont été réalisés et ceux où il faut en faire davantage. Ils servent aussi à planifier la lutte contre le cancer, l'allocation des ressources en soins de santé et la recherche. L'encadré 1 décrit certaines utilisations des types de statistiques précis figurant dans la présente publication.

Mentionnons que la publication est la seule source d'estimations nationales de l'incidence et de la mortalité du cancer projetées pour

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) : facilite les comparaisons entre les populations au fil du temps; peut correspondre à la variation des taux d'incidence, montrer les secteurs où des progrès sont réalisés en matière de détection précoce, de diagnostic et de traitement, et indiquer où des progrès sont nécessaires.

Variation annuelle en pourcentage (VAP) : permet d'étudier les tendances des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge au fil du temps.

Survie nette : facilite les comparaisons entre les populations au fil du temps; utile pour surveiller les effets de la détection précoce, du diagnostic et du traitement sur l'issue du cancer.

l'année en cours (2019). Bien que les estimations projetées doivent être interprétées avec prudence (encadré 2), elles donnent un portrait plus à jour du fardeau du cancer au Canada que toute autre information disponible, ce qui est important pour la planification des services de santé et l'affectation des ressources.

La présente publication est conçue pour aider les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs à prendre des décisions et à identifier

les mesures prioritaires dans leurs domaines respectifs. Toutefois, l'information qui y est présentée est pertinente pour un public beaucoup plus vaste; elle peut être utile aux représentants des médias, aux éducateurs et aux membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

Nouveautés ou faits intéressants

Des efforts continus sont déployés pour s'assurer que la présente publication réponde le mieux possible aux besoins de la communauté de la lutte contre le cancer et qu'elle repose sur les données les plus récentes et la méthodologie la plus appropriée disponible. À cette fin, de nombreuses mises à jour ont été apportées cette année, dont deux particulièrement dignes de mention.

1. Nouvelle stratégie de publication

En 2018, plus de 650 intervenants ont été mobilisés pour orienter l'élaboration des versions à venir de *Statistiques canadiennes sur le cancer*. À la suite des consultations, une nouvelle stratégie de publication fondée sur un cycle d'alternance a été élaborée, soit une publication complète diffusée tous les deux ans et des produits complémentaires publiés une année sur deux. Plus précisément :

- À compter de la présente publication de 2019 et tous les deux ans par la suite, une version complète de *Statistiques canadiennes sur le cancer* sera publiée. Elle comprendra des statistiques détaillées sur l'incidence du cancer, la mortalité par cancer et la survie au cancer selon le sexe, le groupe d'âge, la région géographique et la période au cours de laquelle les cancers sont le plus souvent diagnostiqués au Canada.

Encadré 2 Projection du fardeau du cancer en 2019

La présente publication vise à fournir les statistiques les plus à jour. Cependant, étant donné le temps qu'exigent la déclaration, la compilation, la vérification, l'analyse et la publication des données de surveillance, les données les plus récentes accusent un retard de plusieurs années par rapport à l'année de la publication. Au moment de la réalisation de la présente publication, de la présente publication, les données réelles sur le cancer et la mortalité sont recensées jusqu'en 2015 (sauf pour le

Québec, dont les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010). Ces données historiques ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer et les décès par cancer jusqu'en 2019.

Il importe de souligner que les estimations projetées ne sont pas des prévisions exactes. Elles servent plutôt à donner une indication de ce à quoi on pourrait s'attendre si les hypothèses analytiques se confirmaient au cours de la période projetée d'après les meilleures données disponibles.

- Une année sur deux (2020, 2022, etc.), une version sélective de *Statistiques canadiennes sur le cancer* sera publiée. Elle comprendra les estimations projetées pour l'année en cours de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer selon le sexe et la région géographique pour les cancers les plus souvent diagnostiqués au Canada. Un rapport spécial sur un sujet d'intérêt particulier pour la communauté de la lutte contre le cancer sera également publié (semblable aux « rapports spéciaux » déjà produits) séparément.

Tous les types de publications de *Statistiques canadiennes sur le cancer* sont présentés de façon à mieux répondre aux besoins de notre public cible. Il se peut donc que les lecteurs remarquent des changements par rapport aux publications antérieures. Par exemple, il y a beaucoup moins de texte dans la version de cette année que dans l'édition 2017.

2. Statistiques à jour sur la survie

Depuis l'édition 2013, les estimations de la survie au cancer sont fondées sur les données recensées jusqu'en 2008. Le couplage récent établi par Statistique Canada entre les données sur l'incidence et les données sur la mortalité jusqu'en 2014 a permis d'examiner les tendances les tendances canadiennes plus récentes en matière de survie au cancer. Ces statistiques de survie à jour sont présentées en détail au [chapitre 3](#).

Reference

1. Statistique Canada [Internet]. Registre canadien du cancer (RCC). Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2019. Disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207 (consulté en mars 2019).
2. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Cancer Registries: Why, what and how? Geneva: Switzerland: Union for International Cancer Control. Disponible à l'adresse : <https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC%20Cancer%20Registries-%20why%20what%20how.pdf> (consulté en mars 2019).
3. Statistique Canada [Internet]. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès (BCDECD). Ottawa (Ont.); 2018. Disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233 (consulté en mars 2019)..

Chapitre 1

Combien de personnes au Canada sont atteintes du cancer?

Incidence selon le sexe, l'âge, la région géographique et l'année



Le nombre et le taux de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année (incidence) et au fil du temps sont une mesure importante du fardeau que le cancer représente pour la population canadienne et le système de santé. Ces renseignements sont essentiels pour assurer l'accès à des services adéquats de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soutien, y compris de soins palliatifs, et pour orienter les futurs programmes de prévention et de recherche en matière de cancer et de lutte contre la maladie.

Le présent chapitre présente l'incidence selon le sexe, l'âge et la région géographique, ainsi qu'au fil du temps, afin de mieux comprendre qui est touché par le cancer au Canada et ce qui peut être fait à cet égard.

Principales constatations

- Selon les estimations, près d'un Canadien sur deux recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie.
- En outre, 220 400 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2019. Le nombre de cas prévus chez les hommes (113 000) est légèrement supérieur à celui chez les femmes (107 400).
- En 2019, le cancer du sein devrait surpasser le cancer colorectal et devenir le deuxième cancer le plus souvent diagnostiqué.
- Les cancers colorectal, du poumon et des bronches (poumon), du sein et de la prostate devraient demeurer les cancers les plus souvent diagnostiqués, représentant 48 % de tous les cancers diagnostiqués en 2019.
- Le nombre de cas de cancer diagnostiqués chaque année a augmenté en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population. Lorsque l'effet de l'âge et de la taille de la population est éliminé, le risque de cancer diminue.
- Le risque d'être atteint du cancer augmente considérablement avec l'âge. Une proportion de 90 % des nouveaux cas de cancer devrait être diagnostiquée chez les Canadiens de 50 ans et plus.
- En général, les taux d'incidence du cancer sont plus faibles dans les provinces de l'Ouest et les territoires, et plus élevés dans les provinces du Centre et de l'Est. Terre-Neuve-et-Labrador devrait afficher le taux le plus élevé au Canada.

Probabilité de développer un cancer

La probabilité de développer un type particulier de cancer dépend de nombreux facteurs, dont l'âge, le sexe, les facteurs de risque et l'espérance de vie. La probabilité reflète l'expérience moyenne des Canadiens et ne tient pas compte des comportements et facteurs de risque individuels; par conséquent, elle ne doit pas être interprétée comme un risque individuel. Les chiffres présentés dans cette section indiquent la probabilité pour un Canadien à sa naissance de développer un cancer au cours de sa vie.

- Près d'un Canadien sur deux risque de recevoir un diagnostic de cancer au cours de sa vie (figure 1.1).

- La probabilité de développer un cancer demeure légèrement plus élevée chez les hommes (45 %) que chez les femmes (43 %). Comme le montre le [tableau 1.1](#), la probabilité de développer un cancer varie selon le type de cancer.
- Les Canadiens sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que de tout autre cancer. Selon les estimations, un Canadien sur 15 risque de recevoir un diagnostic de cancer du poumon au cours de sa vie.
- Un homme sur neuf risque de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie.
- Une femme sur huit risque de recevoir un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie.

Probabilité

Risque de développer un cancer mesuré au cours d'une période donnée. La probabilité de développer un cancer est exprimée en pourcentage ou par un rapport (p. ex. «20 %» ou «une personne sur cinq» au cours de la vie).

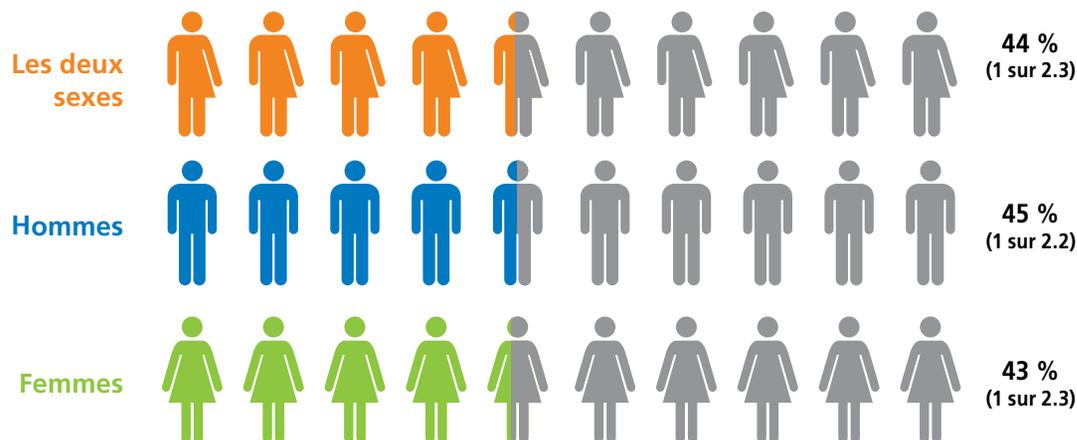
Estimation des nouveaux cas de cancer en 2019

Les données sur l'incidence du cancer utilisées pour la présente publication sont celles de 1984 à 2015 (1984 à 2010 pour le Québec). Ces données étaient les plus récentes disponibles au début des analyses. Elles ont été utilisées pour projeter les taux et les nombres de cas en 2019.

Selon les estimations, 220 400 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués en 2019 ([tableau 1.2](#)).

- Le cancer du poumon est le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada; le nombre de cas prévus est estimé à 29 300 en 2019. Il est suivi par le cancer du sein (27 200), le cancer colorectal (26 300) et le cancer de la prostate (22 900).
- Les quatre types de cancer les plus souvent diagnostiqués devraient représenter environ la moitié (48 %) de tous les cancers diagnostiqués en 2019.

FIGURE 1.1 Probabilité d'être atteint du cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec), 2015



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Chaque heure en 2019, 25
Canadiens devraient recevoir
un diagnostic de cancer.

Incidence selon le sexe

Le cancer touche différemment les hommes et les femmes. Il peut s'agir de différences biologiques ou de différences dans les facteurs de risque ou les comportements liés à la santé. En général, le cancer est plus souvent diagnostiqué chez les hommes que chez les femmes (tableau 1.2).

- Un peu plus d'hommes (113 000) que de femmes (107 400) risquent de recevoir un diagnostic de cancer en 2019.
- Le TINA chez les hommes (559 par tranche de 100 000) est supérieur d'environ 14 % à celui des femmes (490 par tranche de 100 000).
- Le cancer est plus souvent diagnostiqué chez les hommes que chez les femmes pour tous les types de cancer, sauf le cancer du sein et le cancer de la glande thyroïde.

La figure 1.2 montre la répartition prévue des cas de cancer chez les hommes et les femmes en 2019.

- Chez les hommes, le cancer de la prostate devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué, représentant environ un nouveau cas sur cinq (20 %). Il est suivi du cancer du poumon (13 %), du cancer colorectal (13 %), du cancer de la vessie (8 %) et du lymphome non hodgkinien (5 %).
- Chez les femmes, le cancer du sein devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué, représentant un nouveau cas sur quatre (25 %). Il est suivi du cancer du poumon (14 %), du cancer colorectal (11 %), du cancer de l'utérus (7 %) et du cancer de la glande thyroïde (6 %).

FIGURE 1.2 Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada, 2019



SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

Nota : Le tableau A1 contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Incidence

Nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans une population donnée, au cours d'une période précise, souvent une année.

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA)

Nombre de nouveaux cas de cancer pour 100 000 personnes, normalisé selon la répartition par âge de la population canadienne en 2011. Dans la présente publication, le TINA est aussi appelé « taux d'incidence ».

Incidence projetée

Les données réelles sur l'incidence du cancer étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, dont les données sur l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2010. Ces données historiques ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer jusqu'en 2019.



Le cancer le plus souvent diagnostiqué est le cancer de la prostate chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes.

Incidence selon l'âge

L'âge est le facteur de risque le plus important pour le cancer. La figure 1.3 montre l'augmentation spectaculaire des taux de cancer selon l'âge.

- Les taux de cancer atteignent un sommet chez les hommes de 85 ans et plus et chez les femmes de 80 à 84 ans.
- Tant chez les hommes que chez les femmes, les plus grands nombres de nouveaux cancers sont diagnostiqués entre les âges de 65 et 69 ans.
- De 25 à 59 ans, les taux de cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Dans tous les autres groupes d'âge, les taux sont plus élevés chez les hommes.

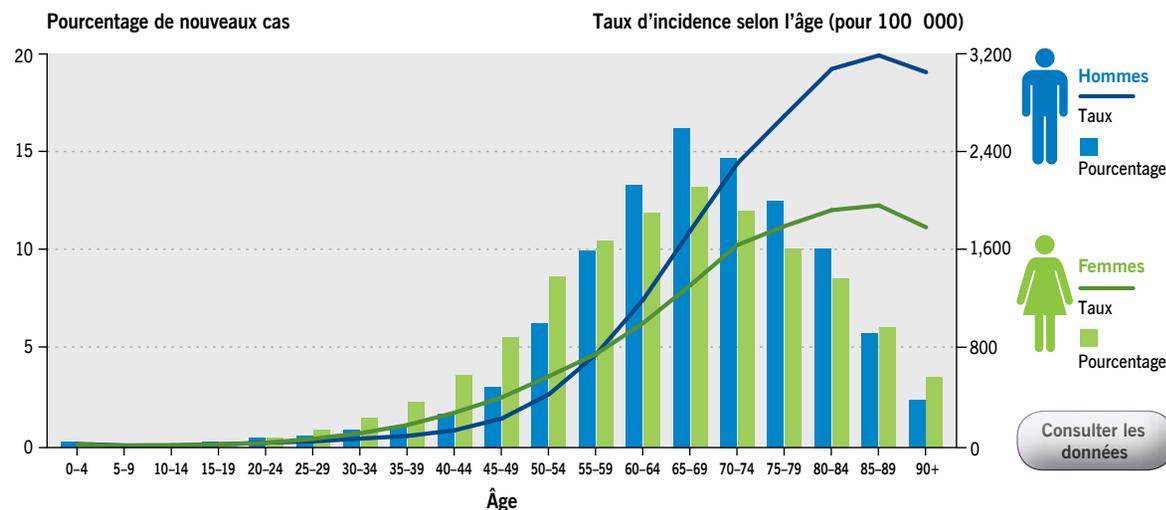
Le [tableau 1.3](#) indique le nombre projeté de cas par groupe d'âge en 2019.

- Parmi tous les cancers, neuf cas sur 10 devraient être diagnostiqués chez les Canadiens de 50 ans et plus.
- Selon les estimations, 1000 enfants (âgés de 0 à 14 ans) recevront un diagnostic de cancer et 134 900 aînés (âgés de 65 ans et plus).
- Presque tous les cancers du poumon et de la prostate (98 % et 99 %, respectivement) devraient toucher des personnes de 50 ans et plus.

- Plus de la moitié (56 %) des cas de cancer colorectal devraient toucher des Canadiens qui ont atteint l'âge visé par les lignes directrices sur le dépistage (50 à 74 ans)⁽¹⁾. Environ 7 % des cas de cancer colorectal devraient être diagnostiqués chez les personnes de moins de 50 ans.
- Près de 40 % des cas de cancer du sein devraient être diagnostiqués chez des femmes de 30 à 59 ans, ce qui explique pourquoi les taux globaux de cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes de ce groupe d'âge.

La distribution du type de cancer varie selon l'âge. En général, les cancers embryonnaires et hématopoïétiques sont plus fréquents chez les enfants, tandis que les tumeurs épithéliales sont plus fréquentes chez les adultes. Les cancers qui touchent les adolescents et les jeunes adultes sont un mélange de tumeurs infantiles et adultes.

FIGURE 1.3 Pourcentage de nouveaux cas et taux d'incidence selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada (à l'exception du Québec), 2013 à 2015



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, Statistique Canada

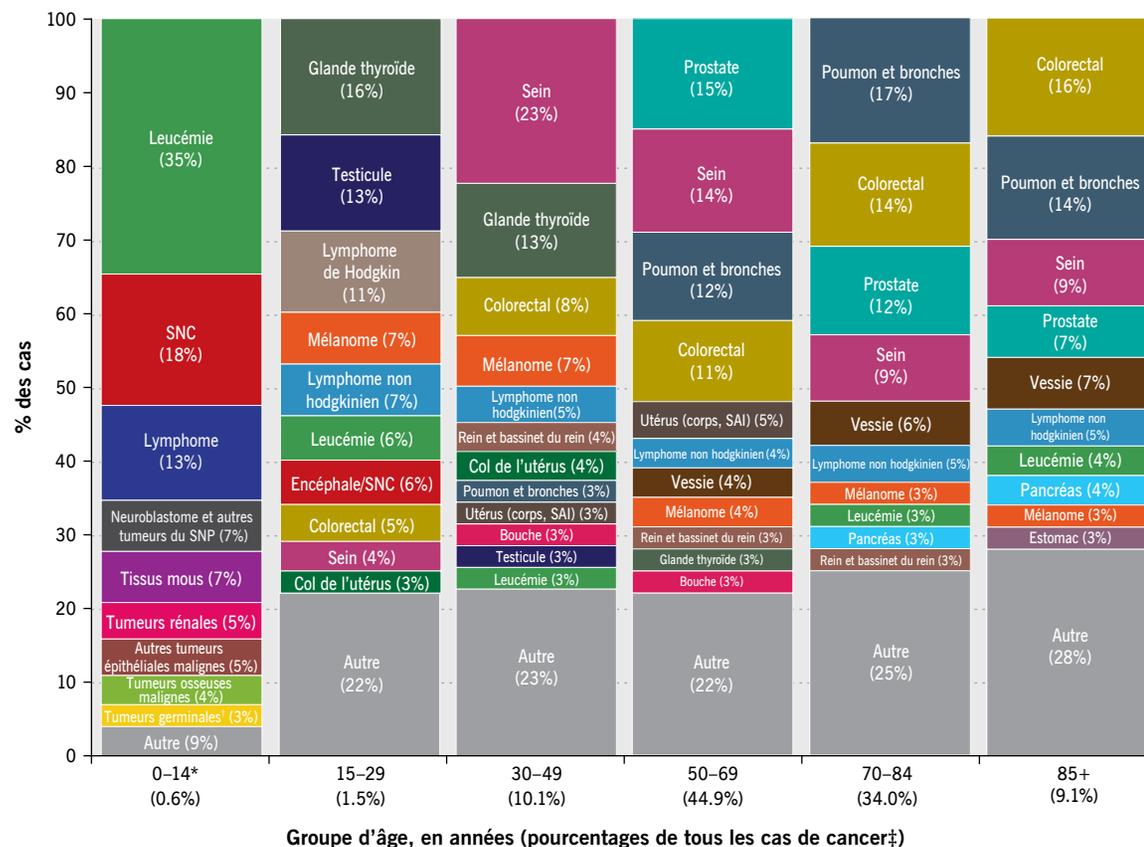
Les cancers les plus souvent diagnostiqués dans chaque groupe d'âge sont présentés à la figure 1.4 :

- Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la leucémie (35 %), suivie des cancers du système nerveux central (18%), des lymphomes (13 %), des neuroblastomes et d'autres tumeurs du système nerveux périphérique (7 %) et du sarcome des tissus mous (7 %).
- Chez les jeunes et les jeunes adultes (âgés de 15 à 29 ans), les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la glande thyroïde (16 %), le testicule (13 %), le lymphome de Hodgkin (11 %), le mélanome (7 %) et le lymphome non hodgkinien (7 %).
- Chez les Canadiens âgés de 30 à 49 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient le sein (23 %), la glande thyroïde (13 %), le cancer colorectal (8 %) et le mélanome (7 %).
- Après 50 ans, les cancers colorectaux, du poumon, du sein et de la prostate sont les cancers les plus souvent diagnostiqués.



Les types de cancers les plus souvent diagnostiqués varient selon le groupe d'âge.

FIGURE 1.4 Distribution des nouveaux cas de certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2011 à 2015



SNC = système nerveux central; SNP = système nerveux périphérique; NOS = sans autre indication

* Les cancers de la glande surrénale (C74) chez les 0 à 14 ans sont fort probablement des neuroblastomes.

† Comprend également les tumeurs trophoblastiques et gonadiques.

‡ Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de cas sur cinq ans (2011 à 2015) pour chaque groupe d'âge.

Nota : Les cancers diagnostiqués chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont été classés selon le Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER) mise à jour de l'International Classification of Childhood Cancer, Third Edition (ICCC-3) (classification internationale des cancers de l'enfant, troisième édition).

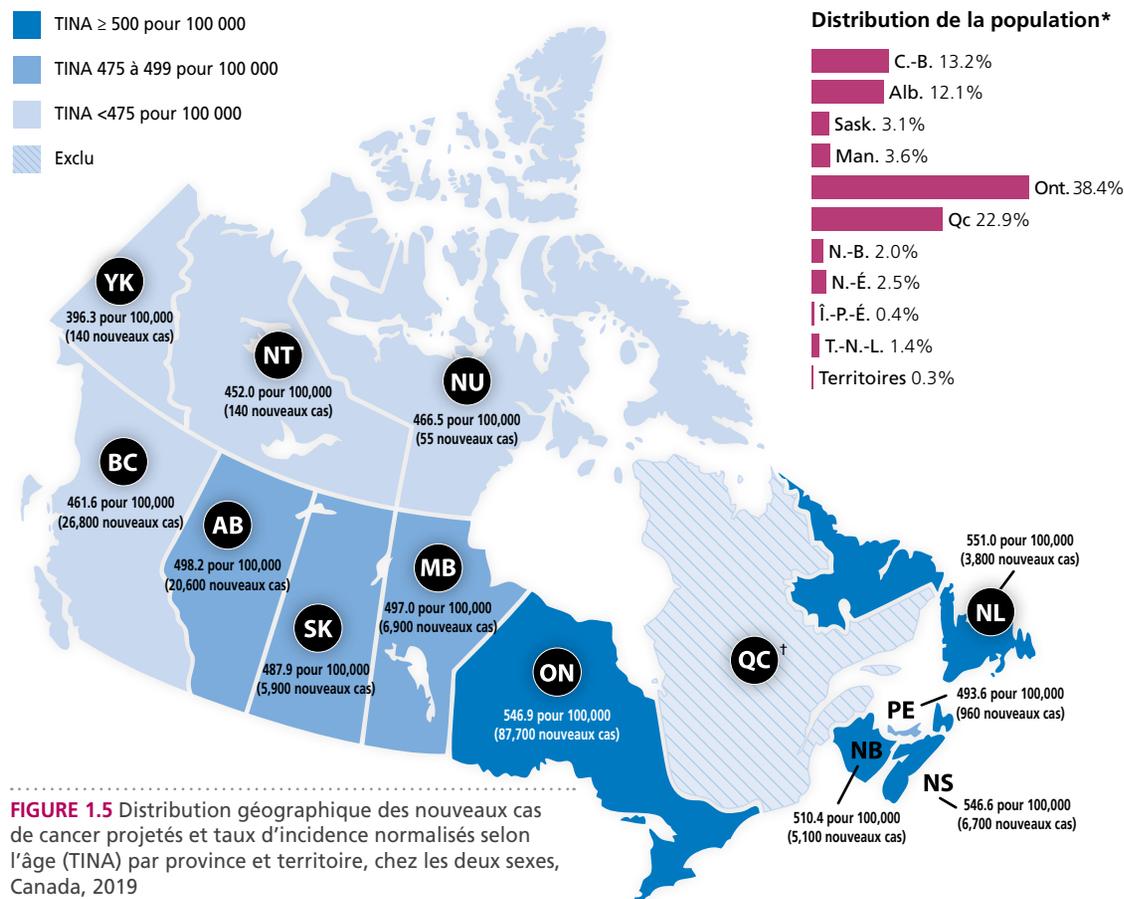
Les cancers diagnostiqués chez les personnes plus âgées ont été classés selon la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition (CIM-O-3). Voir l'annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

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

Incidence selon la région géographique

La figure 1.5 montre la distribution prévue du cancer dans l'ensemble du Canada en 2019. Les estimations pour le Québec n'ont pas été incluses parce qu'une approche de projection différente a été utilisée pour le Québec, ce qui signifie que ces taux ne sont pas comparables aux autres.



- Le nombre prévu de cas de cancer dans chaque province et territoire dépend en grande partie de la taille prévue de la population. Bien que le nombre de cas soit important pour la planification des soins de santé dans une région, des taux normalisés selon l'âge devraient être utilisés pour comparer les provinces ou territoires et les populations.

- En général, il est estimé que les taux d'incidence du cancer en 2019 seront les plus élevés dans l'Est et le Centre du Canada et les plus faibles dans l'Ouest canadien et les territoires.
- Terre-Neuve-et-Labrador devrait afficher le TINA le plus élevé en 2019, suivi de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse.

Les [tableaux 1.4](#) et [1.5](#) indiquent le nombre estimatif de nouveaux cas et le TINA estimatif par type de cancer pour chaque province et territoire.

- Chez les hommes et les femmes, Terre-Neuve-et-Labrador affiche le taux le plus élevé de cancer colorectal, tandis que les taux les plus élevés de cancer du poumon étaient enregistrés dans les autres provinces de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard).
- Les taux de cancer de la prostate varient considérablement à l'échelle du pays, allant d'un minimum de 92 pour 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard à un maximum de 138 pour 100 000 en Alberta.
- Les taux de cancer du sein chez les femmes sont semblables parmi les provinces et territoires, allant de 117 pour 100 000 au Nouveau-Brunswick à 132 pour 100 000 en Ontario.

* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2019.

† Le Québec n'a pas été inclus parce qu'une méthode de projection différente a été utilisée pour le Québec par rapport aux autres régions, ce qui signifie que les estimations ne sont pas comparables. Voir l'annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population en 2011.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Les différences dans les taux de cancer entre les provinces et les territoires pourraient être attribuables à des différences touchant les facteurs de risque (comme le tabagisme et l'obésité), ainsi que les pratiques diagnostiques et la collecte de données. Par exemple, la variation importante de l'incidence du cancer de la prostate à l'échelle du pays est probablement attribuable en grande partie aux différences dans l'utilisation des tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) plutôt qu'aux différences liées au risque.

Fait important, ces estimations ne comprennent pas de mesure de précision, comme les intervalles de confiance ou les valeurs *p*, de sorte que nous ne pouvons déterminer si les différences déclarées sont statistiquement significatives.

Incidence au fil du temps

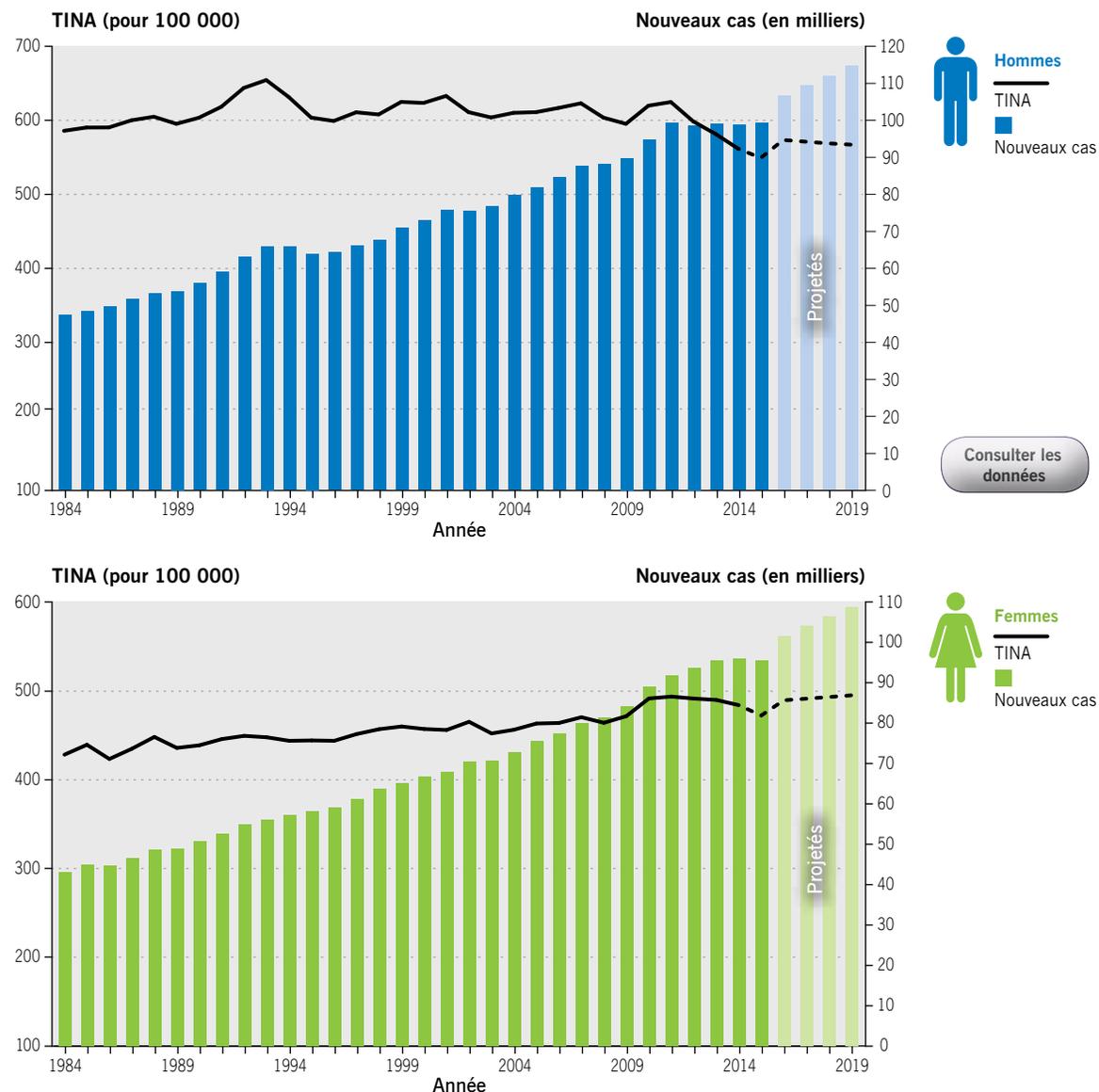
La surveillance des tendances de l'incidence au fil du temps peut aider à déterminer les nouvelles tendances, les secteurs où des progrès ont été réalisés et ceux où il faut en faire davantage.

La figure 1.6 présente les nombres et les taux pour tous les cancers confondus, selon le sexe.

- De 1984 à 2019, le TINA pour l'ensemble des cancers est passé de 577 à un nombre estimatif de 559 pour 100 000 hommes et a augmenté de 424 à un nombre estimatif de 490 pour 100 000 femmes.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population en 2011. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour le Québec, pour lequel elles étaient disponibles jusqu'en 2010 et projetées par la suite.

FIGURE 1.6 Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers confondus, Canada, 1984 à 2019



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer, Statistique Canada

Variation annuelle en pourcentage (VAP)

Variation annuelle estimée du taux d'incidence normalisé selon l'âge au cours d'une période donnée pendant laquelle aucune modification significative de la tendance (aucun point de retournement) n'est observée. Elle s'exprime en pourcentage.

Année de référence

L'année correspondant à l'année de début de la VAP.

Signification statistique

Désigne un résultat dont l'obtention est peu probable du seul fruit du hasard selon un seuil prédéterminé (p. ex. moins d'une fois sur 20, qui s'exprime comme $p < 0,05$).

Limites de confiance (LC)

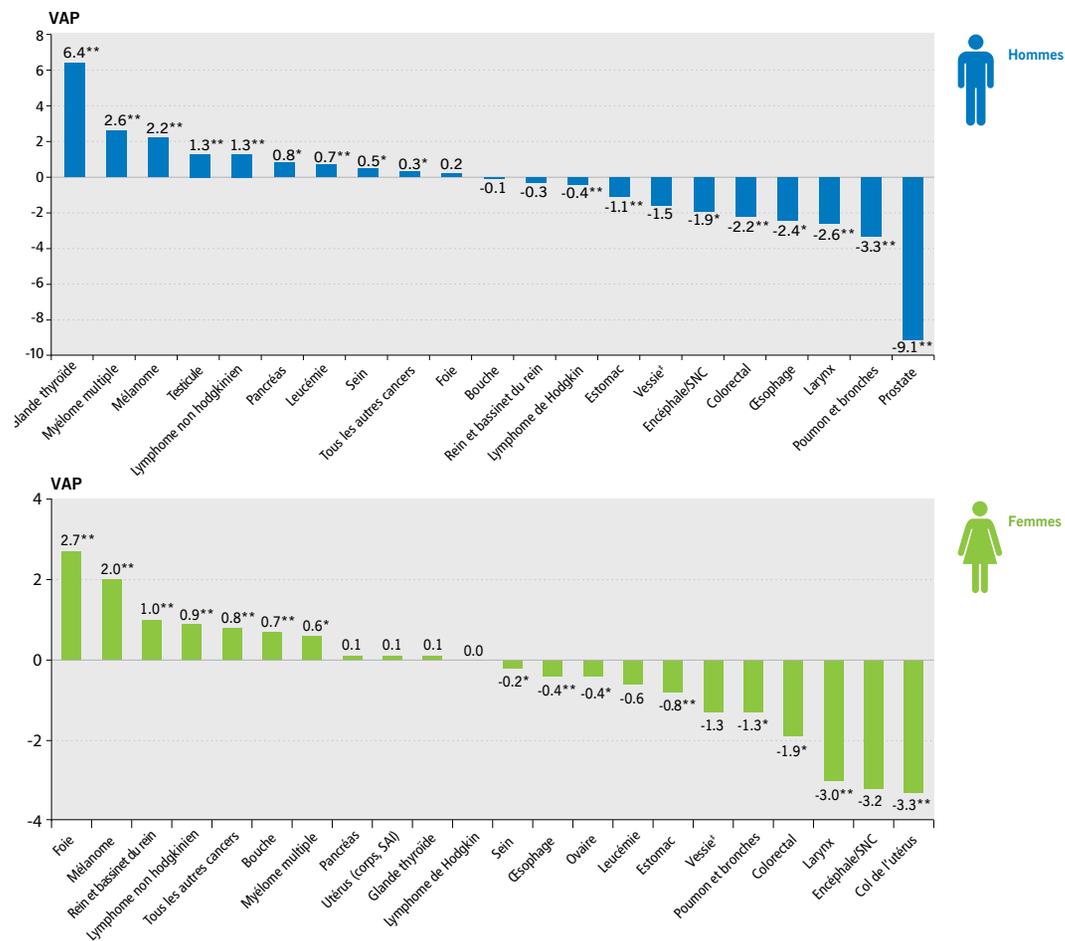
Valeurs supérieure et inférieure d'un intervalle qui donne une indication de la précision d'une estimation. Les limites de confiance sont habituellement de 95 %, ce qui signifie qu'on peut être sûr à 95 %, en l'absence d'autres sources de biais, que l'intervalle entre les deux contient la vraie valeur pour l'estimation en question.

SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

* La VAP diffère sensiblement de 0, $p < 0,05$.

** La VAP diffère sensiblement de 0, $p < 0,001$.

FIGURE 1.7 Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2015



† La VAP a été calculée l'aide du programme de régression Joinpoint, en utilisant les taux de 1984 à 2015. Si une ou plusieurs variations importantes ont été observées dans la tendance des taux, la VAP reflète la tendance depuis la plus récente variation importante (année de référence) jusqu'en 2015. Si aucune variation importante n'a été observée dans la tendance, la VAP reflète la tendance des taux pendant toute la période (1984 à 2015). L'année de référence pour chaque cancer est indiquée dans le [tableau 1.6](#). Pour plus de détails, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

‡ L'année de référence 2010 a été imposée pour le cancer de la vessie afin de tenir compte de la variation artificielle du nombre de cancers introduite en 2010, lorsque l'Ontario a commencé à inclure les carcinomes in situ de la vessie dans la collecte de ses données. Voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

- Au cours de la même période, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année a augmenté de façon constante, passant de 46 700 à un nombre estimatif de 113 000 pour les hommes et de 42 500 à 107 400 pour les femmes. L'augmentation constante du nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population canadienne^(2, 3).

Tendances récentes

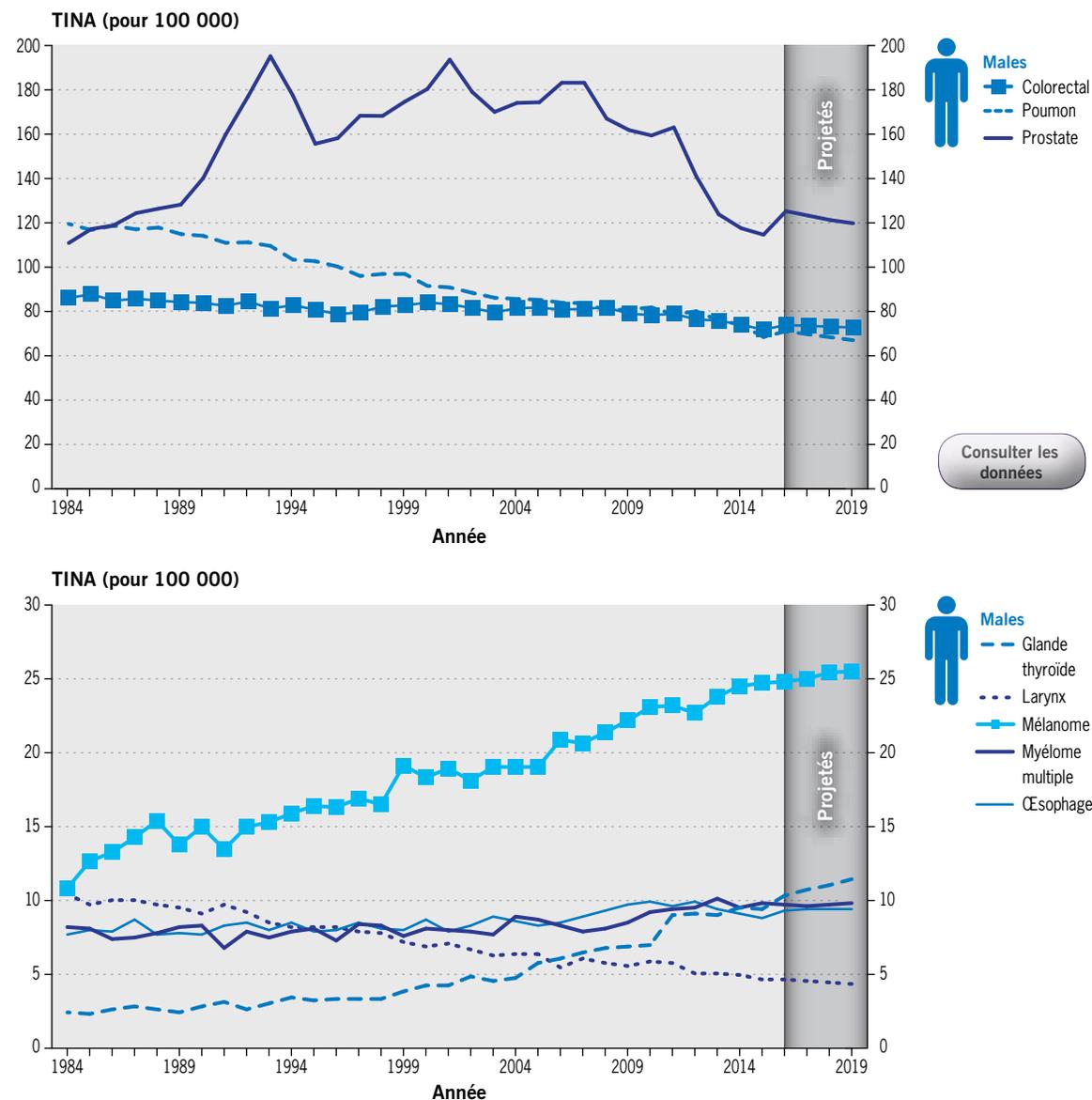
Le [tableau 1.6](#) fournit des détails sur les tendances de 1984 à 2015 pour chaque cancer, selon le sexe, mesurées par variation annuelle en pourcentage (VAP). Le [tableau 1.7](#) présente les tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées à la figure 1.7.

- Chez les hommes, les plus fortes diminutions ont été observées pour les cancers de la prostate (-9,1 %), du poumon (-3,3 %), du larynx (-2,6 %), de l'œsophage (-2,4 %) et pour le cancer colorectal (-2,2 %).
- Chez les femmes, les diminutions les plus importantes ont été observées dans les cas de cancer du col de l'utérus (-3,3 %), de cancer du larynx (-3,0 %), de cancer colorectal (-1,9 %) et de cancer du poumon (-1,3 %); la diminution pour le cerveau/système nerveux central (SNC) n'était pas statistiquement significative.

* Les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une variation statistiquement importante d'au moins 2 % par an, selon la mesure de la plus récente variation annuelle en pourcentage (voir le [tableau 1.7](#))

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population en 2011. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour le Québec, pour lequel elles étaient disponibles jusqu'en 2010 et projetées par la suite.

FIGURE 1.8 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers*, hommes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2019



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

- Les augmentations les plus importantes chez les hommes étaient celles du cancer de la glande thyroïde (6,4 %), du myélome multiple (2,6 %) et du mélanome (2,4 %). Chez les femmes, ce sont le cancer du foie (2,7 %) et le mélanome (2,0 %) qui ont le plus augmenté.

Tendances à long terme

Les tendances à plus long terme fournissent un contexte supplémentaire pour comprendre les réalisations et les défis liés à la réduction de l'incidence du cancer. Le [tableau 1.6](#) présente les tendances des taux d'incidence de 1984 à 2015 selon le type de cancer.

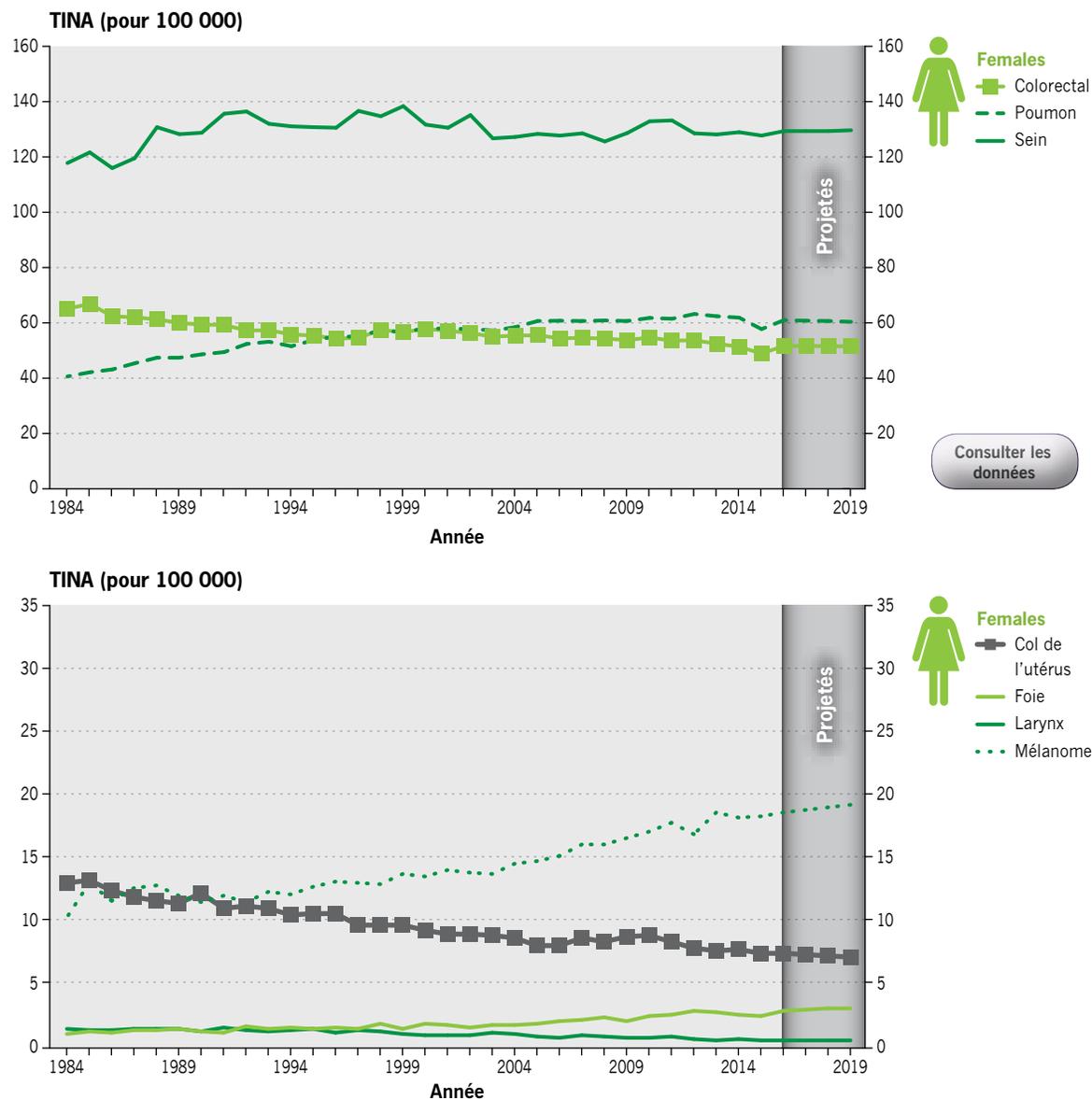
- La tendance pour tous les cancers confondus chez les hommes a lentement augmenté de 1984 à 1992 (0,9 %), s'est stabilisée de 1992 à 2011 (-0,1 %) et a diminué après 2011 (-2,6 %).
- La tendance pour tous les cancers confondus chez les femmes a lentement augmenté de 1984 à 2007 (0,3 %), puis plus fortement de 2007 à 2011 (1,6 %). Depuis 2011, le taux diminue chez les femmes (-0,9 %).

Les figures 1.8 et 1.9 montrent le TINA au fil du temps (projeté en 2019) pour les quatre types de cancer les plus courants au Canada (cancer du poumon, cancer du sein chez les femmes, cancer colorectal et cancer de la prostate) et les types de cancer qui ont connu une variation statistiquement significative de la VAP d'au

* Les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (pour les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux d'incidence a affiché une variation statistiquement importante d'au moins 2 % par an, selon la mesure de la plus récente variation annuelle en pourcentage (voir le [tableau 1.7](#)).

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population en 2011. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour le Québec, pour lequel elles étaient disponibles jusqu'en 2010 et projetées par la suite.

FIGURE 1.9 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers*, femmes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2019



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

moins 2 % selon la tendance la plus récente : cancer du larynx et mélanome chez les deux sexes, cancer du col de l'utérus et du foie chez les femmes, et cancer de l'œsophage, myélome multiple et cancer de la glande thyroïde chez les hommes. Une brève étude des tendances (fondées sur le [tableau 1.6](#)) pour chacun de ces cancers importants est présentée ci-dessous. La liste n'inclut pas le cancer du cerveau/SNC chez les femmes (VAP = -3,2 %) parce que la tendance n'était pas statistiquement significative.

Cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon)

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon était stable à la fin des années 80 et a diminué depuis 1990, quoiqu'à des taux différents : fortement de 1990 à 2003 (-2,2 %), puis moins fortement de 2003 à 2011 (-0,9 %), puis plus fortement après 2011 (-3,3 %). Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté considérablement de 1984 à 1993 (2,9 %). La hausse s'est poursuivie, mais plus lentement, de 1993 à 2011 (0,9 %). À compter de 2011, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a commencé à diminuer (-1,3 %).

Les différences dans les tendances des taux de cancer du poumon chez les hommes et les femmes correspondent aux différences passées relativement au tabagisme, qui est le principal facteur de risque de ce cancer. Chez les hommes, la prévalence des fumeurs quotidiens a commencé à diminuer au milieu des années 1960 au Canada, soit quelque vingt ans avant la diminution de l'incidence du cancer du poumon⁽⁴⁾. Chez les femmes, la baisse du tabagisme n'a été observée qu'au milieu des années 80, et le taux de cancer du poumon n'a commencé à diminuer que récemment. Les résultats du Canada ressemblent à ceux des États-Unis⁽⁵⁾.

Cancer du sein (chez les femmes)

Au Canada, le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes a augmenté de 2,1 % par année de 1984 à 1991. Cela s'explique en partie par l'augmentation du dépistage par mammographie opportuniste qui a été observée avant même la mise en œuvre des premiers programmes organisés de dépistage. Après 1991, les taux d'incidence ont fluctué avec des sommets aux environs de 1999 et 2010. Toutefois, dans l'ensemble, les taux ont affiché une baisse faible, mais statistiquement significative de 0,2 % par année de 1991 à 2015.

Les raisons de ces fluctuations restent à préciser. Elles sont probablement liées à la participation continue au dépistage par mammographie et aux changements à long terme dans les facteurs hormonaux, tels que les premières règles survenant à un âge précoce, l'allaitement au sein, la ménopause survenant à un âge tardif, l'utilisation de contraceptifs oraux, des grossesses menées à terme à un âge tardif⁽⁶⁾. La légère diminution de l'incidence survenue vers 2002 pourrait être attribuable à la réduction de l'utilisation de l'hormonothérapie substitutive chez les femmes ménopausées à cette époque⁽⁷⁾.⁸⁾ Les données récentes des États-Unis indiquent une augmentation modérée des taux de cancer du sein chez les femmes au cours des 10 dernières années⁽⁹⁾.

Cancer colorectal

Le taux d'incidence du cancer colorectal a diminué de 1984 à 1996 (0,7 % chez les hommes et -1,5 % chez les femmes). Les taux d'incidence ont été stables pour les hommes et les femmes de 1996 à 2000, puis ont diminué modérément de 2000 à 2011 (-0,5 % pour les hommes et les femmes). Depuis 2011, le taux d'incidence

du cancer colorectal a diminué de façon plus marquée chez les hommes (-2,2 %) et les femmes (-1,9 %).

La baisse récente des taux de cancer colorectal est probablement attribuable en partie à l'augmentation du dépistage de la maladie, qui peut permettre de déterminer les polypes précancéreux soignables et de réduire l'incidence du cancer. De 2007 à 2016, le Yukon et toutes les provinces du Canada (à l'exception du Québec) ont mis en œuvre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal^(10, 11). La baisse des taux d'incidence du cancer colorectal pourrait se limiter aux adultes plus âgés, car les taux augmenteraient chez les adultes de moins de 50 ans au Canada et aux États-Unis^(12, 13).

Cancer de la prostate

Le taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes a augmenté considérablement de 1984 à 1993 (6,3 %), puis s'est stabilisé, a commencé à diminuer après 2001 (-1,6 %), puis a diminué plus fortement après 2011 (-9,1 %). Le taux d'incidence a atteint un sommet en 1993 et en 2001, ce qui correspond à l'intensification du dépistage au moyen du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) au Canada⁽¹⁴⁾. Le groupe américain *US Preventive Services Task Force* a déconseillé le dépistage de l'APS chez les hommes de plus de 75 ans en 2008, puis chez les hommes asymptomatiques de tous âges en 2011. Le Canada a publié des lignes directrices similaires en 2014^(15, 16). La baisse radicale du cancer de la prostate à la suite des changements apportés aux lignes directrices sur le test de l'APS a également été signalée aux États-Unis^(5, 17).

Cancer de la glande thyroïde

Les taux d'incidence du cancer de la glande thyroïde ont augmenté depuis 1984. Chez les

hommes, le taux d'incidence a augmenté de 2,8 % par année de 1984 à 1997, puis plus rapidement de 1997 à 2015 (6,4 %). Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer de la glande thyroïde a augmenté de 3,8 % par année de 1984 à 1998, puis de 11,9 % par année de 1998 à 2002, puis de 6,5 % par année de 2002 à 2011. Après 2011, le taux d'incidence du cancer de la glande thyroïde s'est stabilisé chez les femmes. En revanche, les résultats obtenus aux États-Unis montrent que le taux de cas de cancer de la glande thyroïde augmente chez les femmes, mais demeure stable chez les hommes^(18, 19).

On soupçonne qu'une partie importante de l'augmentation de l'incidence du cancer de la glande thyroïde est due au surdiagnostic découlant de l'utilisation accrue de technologies de diagnostic améliorées comme l'échographie et l'aspiration à l'aiguille fine⁽²⁰⁾. De nombreux rapports font mention d'augmentations principalement liées aux petits cas papillaires indolents sans augmentation simultanée de la mortalité⁽²¹⁾. Cependant, des études récentes montrent également une augmentation des tumeurs papillaires de stade avancé, ce qui laisse croire que l'augmentation globale pourrait ne pas être entièrement due à un surdiagnostic⁽²²⁾.

Mélanome

Chez les hommes, le taux d'incidence du mélanome a augmenté régulièrement d'environ 2,2 % par année depuis 1984. Chez les femmes, le taux d'incidence du mélanome est demeuré stable du milieu des années 80 au milieu des années 90, mais il a commencé à augmenter après 1994 (2,0 %).

L'exposition aux rayons ultraviolets (UV) par la lumière du soleil, les lits de bronzage et les lampes solaires est un facteur de risque bien

établi de mélanome⁽²³⁾. Les augmentations passées de l'exposition au soleil sans les augmentations correspondantes des comportements sécuritaires liés au soleil au soleil expliquent probablement la hausse continue des taux de mélanome⁽²⁴⁾.

Myélome multiple

Chez les hommes, le taux d'incidence du myélome multiple était stable jusqu'en 2007, après quoi il a commencé à augmenter d'environ 2,6 % par année. Chez les femmes, le taux augmente lentement depuis 1984 d'environ 0,6 % par année. Aux États-Unis, le taux d'incidence du myélome multiple a augmenté lentement (0,8 %) jusqu'en 2006 et plus fortement depuis (2,2 %)⁽²⁵⁾.

La prévalence accrue de l'obésité peut être liée à la hausse du taux de myélome multiple^(26, 27). De plus, l'amélioration de la détection et de la vérification des cas peut influencer sur une partie de l'augmentation du nombre de cas de myélome multiple (le taux de myélome est relativement stable dans les pays où la vérification est élevée)^(28, 29).

Cancer du foie

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du foie a augmenté d'environ 3,8 % par année de 1984 à 2011, puis a commencé à se stabiliser. Chez les femmes, l'incidence du cancer du foie a augmenté de façon constante depuis 1984 (2,7 %). Le type de cancer du foie le plus courant, le carcinome hépatocellulaire (CHC), est très répandu dans les pays à faible revenu. L'augmentation du cancer du foie au Canada peut s'expliquer en partie par l'immigration croissante en provenance de régions du monde où le CHC est courant, comme certaines régions de l'Asie et de l'Afrique^(27,28). L'augmentation générale du CHC

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Moyenne pondérée des VAP au cours d'une période donnée, où les poids correspondent à la proportion du temps que représente chaque VAP dans l'intervalle. La VAMP résume la variation des taux normalisés selon l'âge dans un intervalle donné. Elle s'exprime en pourcentage.

est probablement due à une infection chronique à l'hépatite B et C et à des taux croissants de consommation excessive d'alcool, de diabète et d'obésité. Ces tendances sont similaires à celles déclarées aux États-Unis⁽⁵⁾.

Cancer de l'œsophage.

Le taux d'incidence du cancer de l'œsophage a lentement augmenté chez les hommes de 1984 à 2006 (0,3 %). Il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif avant 2010, année où le taux a commencé à diminuer rapidement (-2,4 %). Chez les femmes, le taux d'incidence diminue lentement depuis 1984 (-0,4 %). Des tendances similaires ont été observées aux États-Unis : le taux d'incidence pour les hommes a augmenté jusqu'en 2004, puis a commencé à diminuer; et le taux pour les femmes diminue depuis 1997^(30, 31).

Le cancer de l'œsophage est associé à des facteurs de risque comme l'obésité, la consommation d'alcool et la consommation de tabac⁽³¹⁻³⁵⁾. Alors que l'obésité⁽²⁷⁾ et les ventes de boissons alcoolisées⁽³⁶⁾ ont augmenté au Canada, les baisses antérieures de la consommation de tabac⁽⁴⁾ peuvent entraîner les baisses observées dans le cancer de l'œsophage.

Cancer du col de l'utérus

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué d'environ 2,1 % par année au Canada de 1984 à 2006. Il s'est ensuite stabilisé pendant plusieurs années avant de redescendre de 2010 à 2015 (environ -3,3 % par année). La baisse du taux d'incidence du cancer du col s'explique largement par le dépistage systématique au moyen du test de Papanicolaou (Pap), lequel permet de détecter les lésions précancéreuses qui peuvent être traitées avant qu'elles n'évoluent vers un cancer du col envahissant. Chaque province du Canada (à l'exception du Québec) a un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il est recommandé dans les lignes directrices actuelles de procéder au dépistage tous les deux ou trois ans, à partir de l'âge de 21 ou 25 ans jusqu'à l'âge de 65 ou 70 ans⁽³⁷⁾. Au cours des prochaines années, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus devrait continuer de diminuer à mesure que les effets de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) seront observés⁽³⁸⁾. Des tendances similaires des taux de cancer du col de l'utérus ont été signalées aux États-Unis et dans d'autres pays à revenu élevé^(39, 40).

Cancer du larynx

Le taux d'incidence du cancer du larynx chez les hommes diminue depuis 1984 d'environ 2,6 % par année. Chez les femmes, le taux décroît d'environ 3,0 % par année depuis 1991. Comme le cancer du larynx est fortement associé au tabagisme⁽⁴¹⁾, la tendance à la baisse du cancer du larynx, ainsi que la diminution retardée chez les femmes, correspond probablement à la tendance à la baisse du taux de tabagisme au Canada^(42, 43). Ces tendances sont similaires à celles observées aux États-Unis⁽¹⁷⁾.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le [tableau 1.6](#) illustre la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des cancers de 1984 à 2015 selon le sexe. Comme elle résume les variations des tendances, la VAMP permet de comparer les variations de l'incidence pour chacun des cancers au cours d'une même période donnée. Chez les hommes et les femmes, ce sont les cancers de la glande thyroïde (4,9 % et 5,1 %, respectivement) et du foie (3,3 % et 2,7 %, respectivement) ainsi que le mélanome, qui ont connu les plus fortes hausses. Le cancer du larynx a connu la plus forte baisse (-2,6 % et -2,2 %, respectivement). Malgré la diminution actuelle de l'incidence du cancer de la prostate, les hausses et les baisses radicales depuis 1984 n'indiquent en moyenne pratiquement aucun changement au cours des trois périodes (VAMP = 0,1 %).

Que signifient ces statistiques?

Le cancer frappe de façon manifestement inégale les hommes et les femmes, jeunes et aînés, et les personnes vivant dans les différentes régions du Canada. Les statistiques présentées dans ce chapitre peuvent appuyer la prise de décisions éclairées pour s'assurer que les services de santé répondent aux besoins de populations particulières. Elles peuvent également aider à cerner les possibilités d'autres initiatives de prévention et de lutte contre le cancer.

Nous estimons qu'environ un Canadien sur deux recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie. Ce nombre élevé est attribuable à un certain nombre de facteurs, notamment le fait que la population canadienne vit plus longtemps. Il met l'accent sur le besoin de services de soutien pour

les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs aidants.

En 2019 seulement, 220 400 personnes au Canada recevront un diagnostic de cancer. Il importe d'insister davantage sur la prévention primaire, notamment la vaccination et la lutte contre le tabagisme, pour réduire au minimum le risque de cancer. De plus, il faut continuer de se concentrer sur le dépistage et la détection précoce pour diagnostiquer et traiter ces cancers plus tôt, au moment où les traitements sont plus efficaces et offrent de meilleures chances de réussite.

Le principal facteur de risque du cancer est l'âge et la population canadienne vieillit⁽⁴⁴⁾. Comme de nombreux autres pays développés, le Canada compte maintenant une plus grande proportion d'aînés (personnes âgées de 65 ans ou plus) que jamais auparavant, et les aînés représentent le groupe d'âge qui connaît la croissance la plus rapide au Canada⁽⁴⁵⁾. Par conséquent, le nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer augmente chaque année au Canada, une tendance qui devrait se poursuivre au moins jusqu'au début des années 2030⁽⁴⁶⁾. Compte tenu du nombre croissant de nouveaux cas de cancer, il y aura une augmentation correspondante du besoin de services de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soutien, y compris les soins palliatifs.

Il est également important de reconnaître que les priorités des personnes atteintes d'un cancer et leurs besoins en matière de services peuvent varier au fil du temps selon leur âge. Par exemple, les femmes dans la force de l'âge (de 20 à 59 ans) sont plus susceptibles que les hommes de recevoir un diagnostic de cancer, ce qui correspond aux tendances de certains cancers,

comme les cancers du sein et de la glande thyroïde. En outre, moins de 1 % des cancers sont diagnostiqués chez les enfants, mais ces cancers ont une incidence importante et durable sur les personnes atteintes et leurs aidants.

Les taux d'incidence du cancer à l'échelle du pays sont variables, les taux les plus élevés étant généralement observés à l'Est, et les taux les moins élevés, à l'Ouest. Ces données peuvent éclairer le dépistage et appuyer les efforts. Afin de mieux cibler les efforts de prévention, ces différences liées aux taux peuvent être corrélées avec la prévalence des facteurs de risque, comme la consommation de tabac et d'alcool, l'inactivité physique et les taux d'obésité.

Le taux global d'incidence pour les deux sexes combinés n'a pas changé de façon radicale au cours des 30 dernières années, mais les tendances relatives aux cancers individuels révèlent une évolution différente à propos des progrès réalisés. Par exemple, les diminutions du cancer du larynx chez les deux sexes et du cancer du poumon chez les hommes sont probablement attribuables au succès de la lutte contre le tabagisme. De plus, la baisse du nombre de cas de cancer du col de l'utérus témoigne probablement du succès des programmes de dépistage à grande échelle; des signes similaires de progrès sont également apparus pour le cancer colorectal. En revanche, de fortes augmentations se manifestent pour certains cancers, dont celui du foie, de la glande thyroïde et le mélanome. Des stratégies d'atténuation de ces augmentations doivent être élaborées rapidement.

Ressources supplémentaires

Le site Web Cancer.ca/statistiques contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Ces ressources comprennent les suivantes :

- Feuilles Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#);
- Feuilles Excel avec des [statistiques supplémentaires](#);
- [Images des figures](#) PowerPoint dans l'ensemble de ce chapitre.

Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *JAMC*. 2016; 188:340–8.
- Statistique Canada [Internet]. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016. Ottawa (Ont.) : Le Quotidien ; Statistique Canada; 2017. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=li6f_zjz (consulté en mars 2019).
- Statistique Canada [Internet]. Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016. Ottawa (Ont.) : Le Quotidien ; Statistique Canada; 2017. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170208/dq170208a-fra.htm> (consulté en mars 2019).
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [Internet]. Fumeurs quotidiens (indicateur); 2015. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/fumeurs-quotidiens.htm> (consulté en mars 2019).
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(1):7–30.
- Holford TR, Cronin KA, Marriotto AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2006; 36:19–25.
- De P, Neutel CI, Olivotto I, Morrison H. Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada. *J Natl Cancer Inst*. 2010; 102(19):1489–95.
- Neutel CI, Morrison H. Could recent decreases in breast cancer incidence really be due to lower HRT use? Trends in attributable risk for modifiable breast cancer risk factors in Canadian women. *Rev can santé publique*. 2010; 101(5) : 405–9.
- Edwards BK, Noone AM, Mariotto AB, Simard EP, Boscoe FP, Henley SJ, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975–2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. *Cancer*. 2014; 120(9):1290–314.
- Action Cancer Ontario [Internet]. L'incidence du cancer colorectal s'accroît chez les adolescents et les jeunes adultes. Toronto (Ont.), Action Cancer Ontario; 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.cancercares.on.ca/cancerfacts> (Hyperlien périmé.) (consulté en mars 2019).
- BC Cancer Agency [Internet]. Vancouver, BC : Cancer Agency; 2015. Disponible à l'adresse : http://www.bccancer.bc.ca/statistics-and-reports-site/Documents/2018_Colorectal_inc_trend_1970_2015_20180424.pdf (consulté en mars 2019).
- Austin H, Henley SJ, King J, Richardson LC, Ehemann C. Changes in colorectal cancer incidence rates in young and older adults in the United States: What does it tell us about screening. *Cancer Causes Control*. Février 2014; 25(2):191–201.
- Brenner DR, Ruan Y, Shaw E, De P, Heitman SJ, Hilsden RJ. Increasing colorectal cancer incidence trends among younger adults in Canada. *Prev Med*. Déc. 2017; 105:345–9.
- LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada. *Rapports sur la santé*. Avr. 2019; 30(4) : 14–20.
- Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *JAMC*. 4 nov. 2014; 186(16) : 1225–34.
- Lin K, Crosswell JM, Koenig H, Lam C, Maltz A. Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: An evidence update for the US Preventive Services Task Force. Rockville, MD: U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews.; 2011.
- Ehemann C, Henley SJ, Ballard-Barbash R, Jacobs EJ, Schymura MJ, Noone AM, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975–2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity. *Cancer*. 1er mai 2012; 118(9):2338–66.
- Noone AM, Howlader N, Krapcho M, et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/browse_csr.php?sectionSEL=26&pageSEL=sect_26_table.02 (consulté en mars 2019).
- Noone AM, Howlader N, Krapcho M, et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD. Disponible à l'adresse : https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/browse_csr.php?sectionSEL=26&pageSEL=sect_26_table.03#a (consulté en mars 2019).
- Vaccarella S, Dal Maso L, Laversanne M, Bray F, Plummer M, Franceschi S. The impact of diagnostic changes on the rise in thyroid cancer incidence: A population-based study in selected high-resource countries. *Thyroid*. 25 octobre 2015; (10):1127–36.
- Topstad D, Dickinson JA. Thyroid cancer incidence in Canada : A national cancer registry analysis. *JAMC Open*. 11 août 2017; 5(3):E612–6.
- Lim H, Devesa SS, Sosa JA, Check D, Kitahara CM. Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974–2013. *JAMA*. 4 avril 2017; 317(13):1338–48.
- International Agency for Research on Cancer and Exposure to Artificial Ultraviolet Light. Exposure to Artificial UV Radiation and Skin Cancer. Lyon, France. Disponible à l'adresse : <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/IARC-Working-Group-Reports/Exposure-To-Artificial-UV-Radiation-And-Skin-Cancer-2006> (consulté en mars 2019).
- National Skin Cancer Prevention Committee. Exposure to and Protection from the Sun in Canada. A Report Based on the 2006 Second National Sun Survey. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2010.
- SEER Cancer Statistics Review 1975–2018 [Internet]. Bethesda, MD : National Cancer Institute. Disponible à l'adresse : https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/browse_csr.php?sectionSEL=18&pageSEL=sect_18_table.01# (consulté en mars 2019).
- Becker N. Epidemiology of multiple myeloma. *Recent Results Cancer Res*. 2011; 183:25–35.
- Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *JAMC Open*. 3 mars 2014; 2(1) :E18–26.
- Velez R, Turesson I, Landgren O, Kristinsson SY, Cuzick J. Incidence of multiple myeloma in Great Britain, Sweden, and Malmö, Sweden: The impact of differences in case ascertainment on observed incidence trends. *BMJ Open*. 21 janvier 2016; 6(1) :e009584.
- Andres M, Feller A, Arndt V, Group NW. Trends of incidence, mortality, and survival of multiple myeloma in Switzerland between 1994 and 2013. *Cancer Epidemiol*. Avril 2018; 53:105–10.
- Noone AM, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al (eds.). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2015. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2018.
- Arnold M, Laversanne M, Brown LM, Devesa SS, Bray F. Predicting the future burden of esophageal cancer by histological subtype: International trends in incidence up to 2030. *Am J Gastroenterol*. Août 2017; 112(8):1247–55.
- Chen Z, Ren Y, Du XL, Yang J, Shen Y, Li S, et al. Incidence and survival differences in esophageal cancer among ethnic groups in the United States. *Oncotarget*. 18 juillet 2017; 8(29):47037–51.
- Arnold M, Soerjomataram I, Ferlay J, Forman D. Global incidence of oesophageal cancer by histological subtype in 2012. *Gut*. Mars 2015; 64(3):381–7.
- Runge TM, Abrams JA, Shaheen NJ. Epidemiology of Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin North Am*. Juin 2015; 44(2):203–31.
- Otterstatter MC, Brierley JD, De P, Ellison LF, Macintyre M, Marrett LD, et al. Esophageal cancer in Canada: Trends according to morphology and anatomical location. *J can gastroenterol* Oct. 2012;26(10) : 723–7.
- Agriculture et Agroalimentaire Canada. Tendances de la consommation; Vin, bière et spiritueux au Canada 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.agr.gc.ca/resources/prod/Internet-Internet/MISB-DGSIM/ATS-SEA/PDF/6476-fra.pdf> (consulté en mars 2019).
- Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada — Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.); 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-cancer-screening-environmental-scan-2017/> (consulté en mars 2019).
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2016. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2016-FR> (consulté en mars 2019).
- Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Plummer M, Franceschi S, Bray F. Worldwide trends in cervical cancer incidence: Impact of screening against changes in disease risk factors. *Eur J Cancer*. Oct. 2013; 49(15):3262–73.
- Cronin KA, Lake AJ, Scott S, Sherman RL, Noone AM, Howlader N, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer*. Juillet 2018; 124(13):2785–800.
- International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2004; 83:1–1438.
- Statistique Canada. [Internet]. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2013. Ottawa (Ont.), Santé Canada; 2015. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html> (consulté en mars 2019).
- Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Ottawa (Ont.), Santé Canada; 2012. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues.html> (consulté en mars 2019).
- Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires. (No 91-215-X au catalogue). Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2015.
- Statistique Canada [Internet]. Aînés. Ottawa (Ont.); 2018. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2011000/chap/seniors-aines/seniors-aines-fra.htm> (consulté en mars 2019).
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf> (consulté en mars 2019).

TABLEAU 1.1 Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec), 2015

	Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie					
	%			1 sur :		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers*	43.8	44.9	43.0	2.3	2.2	2.3
Poumon et bronches	6.8	7.1	6.6	15	14	15
Colorectal	6.3	7.0	5.6	16	14	18
Sein	6.2	0.1	12.1	16	880	8
Prostate	—	11.3	—	—	9	—
Vessie	2.9	4.5	1.3	35	22	75
Lymphome non hodgkinien	2.4	2.7	2.2	41	37	46
Mélanome	2.1	2.4	1.8	48	42	56
Leucémie	1.7	2.0	1.3	60	49	75
Rein et bassinnet du rein	1.5	1.9	1.1	67	52	94
Utérus (corps, SAI)	—	—	3.1	—	—	32
Glande thyroïde	1.3	0.7	1.9	77	142	53
Pancréas	1.3	1.3	1.3	76	75	79
Bouche	1.1	1.5	0.7	89	66	137
Estomac	1.0	1.4	0.7	98	74	142
Myélome multiple	0.9	1.0	0.7	117	101	137
Encéphale/SNC	0.6	0.7	0.6	157	140	178
Ovaire	—	—	1.3	—	—	75
Œsophage	0.6	0.9	0.3	171	116	314
Foie	0.6	0.9	0.3	168	114	322
Col de l'utérus	—	—	0.6	—	—	168
Larynx	0.3	0.4	0.1	389	228	1247
Testicule	—	0.4	—	—	236	—
Lymphome de Hodgkin	0.2	0.2	0.2	444	411	481

— Sans objet; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de cancer in situ de la vessie et exclut les cas de cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; carcinomes basocellulaire et spinocellulaire).

Nota : La probabilité d'être atteint d'un cancer est calculée en fonction des taux d'incidence de cancer et des taux de mortalité par cancer selon l'âge et le sexe au Canada en 2015. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

TABLEAU 1.2 Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA)* projetés de certains cancers, selon le sexe, Canada, 2019

	Nouveaux cas (estimations pour 2019)			Cas pour 100 000		
	Total†	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers‡	220,400	113,000	107,400	518.8	559.0	489.5
Poumon et bronches	29,300	14,900	14,500	62.1	66.0	59.6
Sein	27,200	230	26,900	66.8	1.2	128.0
Colorectal	26,300	14,600	11,700	60.6	71.7	50.9
Prostate	22,900	22,900	—	—	118.1	—
Vessie	11,800	9,100	2,700	25.0	42.1	10.6
Lymphome non hodgkinien	10,000	5,600	4,400	24.2	29.0	20.0
Glande thyroïde	8,200	2,100	6,100	21.8	11.2	32.1
Mélanome	7,800	4,300	3,500	21.7	25.1	19.1
Rein et bassinnet du rein	7,200	4,700	2,500	17.0	23.2	11.3
Utérus (corps, SAI)	7,200	—	7,200	—	—	34.5
Leucémie	6,700	4,000	2,700	16.4	20.8	12.5
Pancréas	5,800	3,000	2,800	12.9	14.2	11.7
Bouche	5,300	3,700	1,600	12.7	18.4	7.4
Estomac	4,100	2,600	1,450	9.3	13.1	6.1
Myélome multiple	3,300	1,950	1,400	7.7	9.6	6.0
Encéphale/SNC	3,000	1,650	1,300	7.1	8.3	6.0
Ovaire	3,000	—	3,000	—	—	14.2
Foie	3,000	2,200	780	6.7	10.5	3.2
Œsophage	2,300	1,800	540	5.6	9.2	2.4
Col de l'utérus	1,350	—	1,350	—	—	7.2
Larynx	1,150	980	190	2.4	4.2	0.7
Testicule	1,150	1,150	—	—	6.4	—
Lymphome de Hodgkin	1,000	560	440	2.6	2.9	2.3
Tous les autres cancers	21,300	11,000	10,300	47.7	53.4	43.3

— Sans objet; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011 et ils excluent le Québec.

† Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

‡ La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de cancers in situ de la vessie et exclut les cas de cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

TABLEAU 1.3 Nombre projeté de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2019

Âge	Tous les cancers*			Poumon et bronches			Sein	Colorectal			Prostate
	Les deux sexes†	Hommes	Femmes	Les deux sexes†	Hommes	Femmes	Femmes	Les deux sexes†	Hommes	Femmes	Hommes
Tous les âges	220,500	113,000	107,400	29,300	14,900	14,500	26,900	26,300	14,600	11,700	22,900
0-14	1,000	540	450	—	—	—	—	5	—	5	—
15-29	2,800	1,350	1,450	25	15	10	140	180	75	100	—
30-39	5,800	2,000	3,800	90	30	55	1,100	430	210	210	—
40-49	13,200	4,500	8,700	570	210	350	3,300	1,150	620	550	280
50-59	34,100	15,700	18,500	3,300	1,450	1,800	6,000	3,600	2,000	1,550	3,600
60-69	61,500	34,200	27,300	8,300	4,200	4,100	7,400	6,900	4,200	2,700	9,900
70-79	60,200	33,600	26,600	10,400	5,400	5,000	5,700	7,800	4,500	3,300	6,700
80+	41,900	21,200	20,700	6,700	3,500	3,200	3,300	6,200	2,900	3,300	2,500
50-74	129,000	68,700	60,300	17,200	8,600	8,600	16,600	14,700	8,700	6,000	17,800
65+	134,900	73,400	61,500	21,700	11,300	10,400	12,700	17,800	9,800	8,000	14,500

— Moins de 3 cas.

* La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de cancers in situ de la vessie et exclut les cas de cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; carcinomes basocellulaire et spinocellulaire).

† Les nombres ayant été arrondis, leur somme pour les deux sexes pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

TABLEAU 1.4 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada (à l'exception du Québec*), 2019

	Cas pour 100 000										
	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc*	N.B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers†	559.0	493.1	544.4	533.1	531.6	587.9		557.3	591.7	554.3	591.4
Prostate	118.1	104.3	137.8	117.8	108.1	121.8		100.4	99.3	92.0	113.4
Colorectal	71.7	72.3	70.9	90.1	77.5	65.6		78.0	91.4	87.4	114.5
Poumon et bronches	66.0	54.4	60.1	67.4	70.0	67.5		87.3	86.7	90.9	79.8
Vessie	42.1	39.5	41.1	39.6	33.2	44.2		45.1	44.0	36.0	40.1
Lymphome non hodgkinien	29.0	22.4	25.5	23.9	25.4	33.1		27.2	31.5	24.0	28.7
Mélanome	25.1	22.3	19.4	15.3	20.8	28.5		21.7	33.1	36.1	21.4
Rein et bassinnet du rein	23.2	19.6	21.7	24.6	24.6	23.2		29.1	30.9	21.1	33.7
Leucémie	20.8	18.6	21.6	21.4	19.4	22.4		24.8	17.7	10.5	14.6
Bouche	18.4	17.1	16.6	14.6	18.4	19.7		14.7	18.9	27.8	18.1
Pancréas	14.2	14.0	14.4	16.0	15.1	14.0		16.6	15.1	14.4	10.2
Estomac	13.1	10.0	9.9	13.2	14.3	15.1		12.4	10.2	9.9	17.6
Glande thyroïde	11.2	5.8	8.4	6.4	8.4	14.9		9.2	10.9	3.3	11.9
Foie	10.5	12.3	8.9	8.6	9.0	11.1		6.0	8.6	9.7	7.5
Myélome multiple	9.6	7.4	9.3	9.2	8.4	11.0		8.0	8.2	9.6	5.7
Œsophage	9.2	9.0	11.4	7.1	7.7	8.7		8.8	14.0	9.2	8.4
Encéphale/SNC	8.3	8.4	8.0	8.1	8.0	8.4		8.0	8.8	6.5	9.4
Testicule	6.4	6.7	6.5	5.7	6.2	6.5		6.0	5.2	4.6	2.8
Larynx	4.2	3.3	3.7	4.2	3.5	4.6		5.3	5.0	3.9	6.3
Lymphome de Hodgkin	2.9	2.7	2.9	3.0	2.7	3.0		3.2	2.7	—	1.6
Sein	1.2	1.0	0.9	1.2	0.9	1.3		1.4	1.5	—	0.9
Femmes											
Tous les cancers	489.5	436.5	461.2	452.7	474.6	518.6		473.9	513.1	444.5	518.8
Sein	128.0	121.6	127.5	122.9	122.0	131.7		116.8	129.4	121.3	128.7
Poumon et bronches	59.6	53.4	58.0	63.3	63.0	59.6		71.4	76.0	66.0	62.5
Colorectal	50.9	51.3	50.8	57.2	47.2	48.4		50.2	62.8	60.6	75.2
Utérus (corps, SAI)	34.5	31.3	34.3	31.3	43.6	35.9		30.5	32.0	29.0	32.8
Glande thyroïde	32.1	14.2	22.3	14.7	21.5	44.7		23.2	23.5	8.1	33.8
Lymphome non hodgkinien	20.0	17.3	17.8	17.7	18.0	22.2		20.0	18.2	14.9	20.5
Mélanome	19.1	18.7	16.2	14.4	15.2	20.2		20.5	28.5	27.4	16.8
Ovaire	14.2	14.9	11.0	14.5	12.6	15.4		10.4	12.0	11.1	13.8
Leucémie	12.5	11.7	13.2	13.0	10.7	13.1		16.7	10.5	9.4	6.5
Pancréas	11.7	11.2	12.4	11.5	13.4	11.5		12.6	12.0	8.1	11.5
Rein et bassinnet du rein	11.3	7.6	10.6	13.9	12.2	11.7		14.7	18.1	9.1	17.6
Vessie	10.6	9.3	9.9	10.9	10.1	11.1		11.1	12.2	9.7	12.8
Bouche	7.4	6.6	6.5	6.0	8.1	8.2		6.6	6.6	4.8	5.4
Col de l'utérus	7.2	7.4	7.5	7.6	6.8	7.2		4.8	5.9	8.0	11.4
Myélome multiple	6.0	5.1	5.1	5.2	5.3	6.8		5.8	4.8	5.4	5.4
Estomac	6.1	4.5	4.9	4.5	5.1	7.4		5.1	3.9	3.6	8.6
Encéphale/SNC	6.0	5.5	5.9	6.3	6.4	6.1		6.8	6.1	2.7	6.7
Foie	3.2	3.4	3.3	2.1	2.9	3.6		1.2	1.5	—	2.1
Œsophage	2.4	2.9	2.3	2.1	2.2	2.4		2.1	2.6	—	1.9
Lymphome de Hodgkin	2.3	2.1	1.9	2.7	2.3	2.5		1.8	2.4	—	2.0
Larynx	0.7	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7		0.5	1.4	—	0.9

— TINA basés sur moins de 3 cas; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Le Québec n'a pas été inclus parce qu'une méthode de projection différente a été utilisée pour le Québec par rapport aux autres régions, ce qui signifie que les estimations ne sont pas comparables. Voir l'annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

† Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales, à l'exception des estimations sur le Québec. Les données territoriales ne sont pas présentées en raison du faible nombre de cas.

‡ La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de cancer *in situ* de la vessie et exclut les cas de cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population en 2011. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

TABLEAU 1.5 Nombre projeté de nouveaux cas de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada,* 2019

	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc‡	N.B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers§	113,000	13,900	10,800	3,100	3,500	44,400	28,500	2,700	3,400	510	1,950
Prostate	22,900	3,100	2,800	710	730	9,600	4,300	510	610	90	410
Poumon et bronches	14,900	1,550	1,150	390	470	5,100	4,800	430	520	85	270
Colorectal	14,600	2,000	1,400	520	510	4,900	3,800	370	530	80	380
Vessie	9,100	1,100	770	230	220	3,300	2,800	220	260	35	130
Lymphome non hodgkinien	5,600	620	500	140	170	2,500	1,300	130	170	20	90
Rein et bassinnet du rein	4,700	540	450	140	160	1,700	1,250	140	180	20	110
Mélanome	4,300	610	380	85	130	2,100	590	100	190	30	65
Leucémie	4,000	510	430	120	130	1,650	890	120	100	10	45
Bouche	3,700	470	350	85	120	1,450	900	70	110	25	60
Pancréas	3,000	390	270	90	100	1,050	840	80	90	15	35
Estomac	2,600	280	190	75	95	1,150	680	60	60	10	60
Foie	2,200	350	180	50	60	860	590	30	55	10	25
Glande thyroïde	2,100	150	180	35	55	1,100	490	40	55	5	40
Myélome multiple	1,950	210	180	55	55	830	500	40	50	10	20
Œsophage	1,800	250	220	40	50	660	390	40	80	10	30
Encéphale/SNC	1,650	220	170	45	55	620	440	35	50	5	30
Testicule	1,150	160	160	30	40	450	240	20	20	5	5
Larynx	980	95	75	25	25	350	330	25	30	5	20
Lymphome de Hodgkin	560	70	65	15	20	210	150	10	15	—	5
Sein	230	30	15	5	5	95	60	5	10	—	5
Femmes											
Tous les cancers§	107,400	13,000	9,800	2,800	3,400	43,300	27,100	2,400	3,300	460	1,800
Sein	26,900	3,500	2,700	730	850	10,600	6,600	580	800	120	440
Poumon et bronches	14,500	1,700	1,250	420	480	5,300	4,100	390	530	70	240
Colorectal	11,700	1,600	1,100	370	350	4,200	3,000	280	430	65	270
Utérus (corps, SAI)	7,200	900	720	190	300	3,000	1,600	160	210	30	110
Glande thyroïde	6,100	370	480	80	140	3,300	1,400	100	130	5	110
Lymphome non hodgkinien	4,400	520	380	110	130	1,900	1,000	100	120	15	75
Mélanome	3,500	530	340	85	110	1,650	480	95	160	25	55
Ovaire	3,000	430	230	90	90	1,250	740	55	80	10	45
Pancréas	2,800	360	270	75	100	1,050	770	70	85	10	45
Vessie	2,700	300	210	70	75	1,000	890	60	85	10	50
Leucémie	2,700	350	280	85	80	1,100	610	85	65	10	20
Rein et bassinnet du rein	2,500	230	230	85	90	980	640	75	110	10	65
Bouche	1,600	200	140	40	60	690	380	35	45	5	20
Estomac	1,450	140	100	30	35	640	390	30	25	5	30
Myélome multiple	1,400	160	110	35	40	610	340	35	35	5	20
Col de l'utérus	1,350	190	170	40	45	530	280	20	30	5	30
Encéphale/SNC	1,300	160	130	40	45	490	360	30	35	5	25
Foie	780	110	70	15	20	310	220	5	10	—	10
Œsophage	540	90	50	15	15	210	110	10	20	—	5
Lymphome de Hodgkin	440	55	40	15	15	190	100	5	10	—	5
Larynx	190	15	10	5	5	60	70	5	10	—	5

— Moins de 3 cas; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées en raison du faible nombre de cas.

† Les nombres ayant été arrondis, les totaux canadiens pourraient ne pas correspondre aux totaux indiqués.

‡ Les projections pour le Québec ont été calculées différemment des autres provinces et territoires parce que les données réelles n'étaient disponibles que jusqu'en 2010 pour le Québec, alors qu'elles étaient disponibles jusqu'en 2015 pour les autres régions. Voir l'annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

§ La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de cancer *in situ* de la vessie et exclut les cas de cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

TABLEAU 1.6 Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2015

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015
Tous les cancers	1984-2011	0.3 (0.2, 0.4)	0.1 (-0.1, 0.2)	1984-1992	0.9 (0.1, 1.6)	-0.2 (-0.5, 0.1)	1984-2007	0.3 (0.2, 0.4)	0.3 (0.1, 0.5)
	2011-2015	-1.5 (-2.7, -0.4)		1992-2011	-0.1 (-0.3, 0.1)		2007-2011	1.6 (0.2, 3.0)	
				2011-2015	-2.6 (-4.0, -1.2)		2011-2015	-0.9 (-1.8, -0.1)	
Poumon et bronches	1984-1988	0.9 (-0.7, 2.5)	-0.5 (-0.7, -0.2)	1984-1990	-0.6 (-1.4, 0.1)	-1.7 (-1.9, -1.4)	1984-1993	2.9 (2.3, 3.5)	1.2 (1.0, 1.5)
	1988-2011	-0.5 (-0.6, -0.4)		1990-2003	-2.2 (-2.4, -1.9)		1993-2011	0.9 (0.8, 1.1)	
	2011-2015	-1.7 (-2.8, -0.5)		2003-2011	-0.9 (-1.4, -0.4)		2011-2015	-1.3 (-2.6, -0.0)	
				2011-2015	-3.3 (-4.5, -2.1)				
Sein	1984-1991	2.0 (0.8, 3.1)	0.2 (-0.1, 0.5)	1984-2015	0.5 (0.1, 1.0)	0.5 (0.1, 1.0)	1984-1991	2.1 (0.9, 3.2)	0.3 (0.0, 0.6)
	1991-2015	-0.3 (-0.4, -0.2)		1991-2015	-0.2 (-0.3, -0.1)				
Colorectal	1984-1996	-1.1 (-1.3, -0.9)	-0.7 (-0.9, -0.5)	1984-1996	-0.7 (-1.0, -0.5)	-0.6 (-0.9, -0.3)	1984-1996	-1.5 (-1.8, -1.3)	-0.9 (-1.2, -0.6)
	1996-2000	1.1 (-0.4, 2.7)		1996-2000	0.9 (-1.0, 2.9)		1996-2000	1.2 (-0.8, 3.2)	
	2000-2011	-0.5 (-0.7, -0.3)		2000-2011	-0.5 (-0.8, -0.2)		2000-2011	-0.5 (-0.8, -0.3)	
	2011-2015	-2.0 (-2.8, -1.2)		2011-2015	-2.2 (-3.2, -1.2)		2011-2015	-1.9 (-2.9, -0.8)	
Prostate				1984-1993	6.3 (4.6, 8.1)	0.1 (-1.2, 1.5)			
				1993-1997	-3.0 (-9.7, 4.2)				
				1997-2001	4.1 (-2.7, 11.3)				
				2001-2011	-1.6 (-2.7, -0.5)				
				2011-2015	-9.1 (-12.6, -5.5)				
Vessie*	1984-1992	-1.9 (-2.9, -0.9)		1984-2009	-1.0 (-1.2, -0.8)		1984-2009	-0.9 (-1.1, -0.6)	
	1992-2009	-0.6 (-0.9, -0.3)		2010-2015	-1.5 (-3.1, 0.02)		2010-2015	-1.3 (-3.5, 1.0)	
	2010-2015	-1.2 (-2.6, 0.3)							
Lymphome non hodgkinien	1984-1990	2.6 (1.0, 4.3)	1.4 (1.0, 1.7)	1984-2015	1.3 (1.1, 1.4)	1.3 (1.1, 1.4)	1984-1993	2.2 (1.3, 3.1)	1.2 (1.0, 1.5)
	1990-2015	1.1 (0.9, 1.2)		1993-2015	0.9 (0.7, 1.0)				
Glande thyroïde	1984-1997	3.9 (2.7, 5.1)	5.0 (4.3, 5.7)	1984-1997	2.8 (1.1, 4.5)	4.9 (4.1, 5.6)	1984-1998	3.8 (3.1, 4.5)	5.1 (4.3, 5.9)
	1997-2011	7.5 (6.7, 8.2)		1997-2015	6.4 (5.8, 7.0)		1998-2002	11.9 (6.2, 18.0)	
	2011-2015	0.3 (-2.6, 3.2)					2002-2011	6.5 (5.6, 7.4)	
							2011-2015	0.1 (-1.9, 2.1)	
Mélanome	1984-2015	1.9 (1.8, 2.1)	1.9 (1.8, 2.1)	1984-2015	2.2 (2.1, 2.4)	2.2 (2.1, 2.4)	1984-1994	0.1 (-1.0, 1.3)	1.4 (1.0, 1.8)
				1994-2015	2.0 (1.8, 2.3)				

Suite à la page suivante

TABLEAU 1.6 Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2015

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015
Rein et bassinnet du rein	1984-1988	4.6 (1.4, 7.9)	1.4 (0.8, 2.0)	1984-1989	4.0 (1.3, 6.8)	1.4 (0.8, 2.0)	1984-2015	1.0 (0.8, 1.3)	1.0 (0.8, 1.3)
	1988-2003	0.3 (-0.1, 0.7)		1989-2003	0.1 (-0.4, 0.6)				
	2003-2007	3.9 (0.3, 7.6)		2003-2011	2.8 (1.7, 3.9)				
	2007-2015	0.6 (-0.0, 1.3)		2011-2015	-0.3 (-2.4, 1.9)				
Utérus (corps, SAI)							1984-1990	-1.5 (-3.1, 0.1)	0.6 (0.0, 1.1)
				1990-2006	0.5 (0.1, 0.8)				
				2006-2011	3.7 (1.5, 6.1)				
				2011-2015	0.1 (-1.9, 2.1)				
Leucémie	1984-1997	-0.6 (-1.1, -0.2)	0.1 (-0.2, 0.4)	1984-1994	-0.9 (-1.8, 0.1)	0.2 (-0.2, 0.5)	1984-2003	-0.2 (-0.5, 0.1)	0.2 (-0.3, 0.8)
	1997-2010	1.3 (0.9, 1.7)		1994-2015	0.7 (0.4, 0.9)		2003-2007	3.7 (-0.3, 8.0)	
	2010-2015	-0.9 (-2.2, 0.4)		2007-2015	-0.6 (-1.4, 0.2)				
Pancréas	1984-2000	-0.9 (-1.5, -0.4)	-0.2 (-0.5, 0.2)	1984-2000	-1.5 (-2.1, -0.9)	-0.4 (-0.8, -0.0)	1984-2015	0.1 (-0.2, 0.3)	0.1 (-0.2, 0.3)
	2000-2015	0.6 (0.1, 1.1)		2000-2015	0.8 (0.2, 1.3)				
Bouche	1984-2003	-2.0 (-2.2, -1.7)	-0.8 (-1.0, -0.5)	1984-2004	-2.5 (-2.7, -2.2)	-1.1 (-1.5, -0.7)	1984-2003	-1.0 (-1.3, -0.7)	-0.4 (-0.7, -0.1)
	2003-2015	1.2 (0.7, 1.7)		2004-2011	2.1 (0.8, 3.5)		2003-2015	0.7 (0.1, 1.3)	
				2011-2015	-0.1 (-2.3, 2.1)				
Estomac	1984-2002	-2.6 (-2.8, -2.3)	-1.8 (-2.0, -1.6)	1984-2002	-2.5 (-2.8, -2.3)	-1.9 (-2.1, -1.7)	1984-1999	-3.0 (-3.4, -2.5)	-1.9 (-2.2, -1.6)
	2002-2015	-0.8 (-1.1, -0.4)		2002-2015	-1.1 (-1.5, -0.7)		1999-2015	-0.8 (-1.2, -0.4)	
Myélome multiple	1984-2007	0.4 (0.1, 0.7)	0.9 (0.5, 1.2)	1984-2007	0.3 (-0.0, 0.7)	0.9 (0.5, 1.3)	1984-2015	0.6 (0.4, 0.8)	0.6 (0.4, 0.8)
	2007-2015	2.3 (1.1, 3.6)		2007-2015	2.6 (1.2, 4.0)				
Encéphale/SNC	1984-2011	-0.3 (-0.4, -0.1)	-0.6 (-1.0, -0.3)	1984-2009	-0.2 (-0.4, 0.0)	-0.5 (-0.8, -0.2)	1984-2011	-0.3 (-0.5, -0.1)	-0.7 (-1.2, -0.3)
	2011-2015	-2.9 (-5.5, -0.4)		2009-2015	-1.9 (-3.3, -0.5)		2011-2015	-3.2 (-6.4, 0.1)	
Ovaire							1984-1994	-1.7 (-2.4, -0.9)	-0.8 (-1.1, -0.5)
				1994-2015	-0.4 (-0.6, -0.2)				
Foie	1984-2004	3.1 (2.6, 3.5)	3.0 (2.5, 3.5)	1984-2011	3.8 (3.4, 4.1)	3.3 (2.8, 3.8)	1984-2015	2.7 (2.4, 3.1)	2.7 (2.4, 3.1)
	2004-2011	5.1 (3.4, 6.8)		2011-2015	0.2 (-3.0, 3.6)				
	2011-2015	-0.7 (-3.2, 1.8)							

Suite à la page suivante

TABLEAU 1.6 Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2015

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015
Œsophage	1984–2006	0.1 (-0.1, 0.4)	0.2 (-0.4, 0.8)	1984–2006	0.3 (0.1, 0.6)	0.4 (-0.3, 1.1)	1984–2015	-0.4 (-0.7, -0.2)	-0.4 (-0.7, -0.2)
	2006–2010	3.5 (-1.0, 8.1)		2006–2010	4.3 (-0.3, 9.1)				
	2010–2015	-1.9 (-3.7, -0.1)		2010–2015	-2.4 (-4.2, -0.5)				
Col de l'utérus							1984–2006	-2.1 (-2.2, -1.9)	-1.8 (-2.3, -1.3)
				2006–2010	1.5 (-2.2, 5.3)				
				2010–2015	-3.3 (-4.9, -1.7)				
Larynx	1984–2015	-2.5 (-2.7, -2.3)	-2.5 (-2.7, -2.3)	1984–2015	-2.6 (-2.7, -2.4)	-2.6 (-2.7, -2.4)	1984–1991	0.7 (-2.3, 3.9)	-2.2 (-2.9, -1.5)
						1991–2015	-3.0 (-3.5, -2.6)		
Testicule				1984–2015	1.3 (1.1, 1.5)	1.3 (1.1, 1.5)			
Lymphome de Hodgkin	1984–2015	-0.2 (-0.4, -0.1)	-0.2 (-0.4, -0.1)	1984–2015	-0.4 (-0.6, -0.3)	-0.4 (-0.6, -0.3)	1984–2015	0.0 (-0.2, 0.3)	0.0 (-0.2, 0.3)
Tous les autres cancers	1984–2003	1.0 (0.7, 1.2)	0.6 (0.1, 1.2)	1984–1992	1.9 (0.4, 3.4)	0.7 (0.3, 1.1)	1984–2015	0.8 (0.7, 0.9)	0.8 (0.7, 0.9)
	2003–2007	-1.5 (-4.3, 1.5)		1992–2015	0.3 (0.1, 0.5)				
	2007–2011	2.9 (0.1, 5.8)							
	2011–2015	-1.1 (-2.7, 0.5)							

LC = limites de confiance; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

*L'analyse des tendances du cancer de la vessie a été effectuée sur deux périodes (de 1984 à 2009 et de 2010 à 2015) afin de tenir compte de la variation artificielle du nombre de cancers introduite en 2010 lorsque l'Ontario a commencé à inclure les carcinomes in situ de la vessie dans la collecte de ses données, pour cette raison, aucune VAMP n'est fournie pour les nouveaux cas de cancer de la vessie. Voir l'annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

TABLEAU 1.7 Plus récente variation annuelle en pourcentage (VAP)* des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2015

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP (LC 95 %)	Année de référence	VAP (LC 95 %)	Année de référence	VAP (LC 95 %)
Tous les cancers[†]	2011	-1.5 (-2.7, -0.4)	2011	-2.6 (-4.0, -1.2)	2011	-0.9 (-1.8, -0.1)
Poumon et bronches	2011	-1.7 (-2.8, -0.5)	2011	-3.3 (-4.5, -2.1)	2011	-1.3 (-2.6, -0.0)
Sein	1991	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984	0.5 (0.1, 1.0)	1991	-0.2 (-0.3, -0.1)
Colorectal	2011	-2.0 (-2.8, -1.2)	2011	-2.2 (-3.2, -1.2)	2011	-1.9 (-2.9, -0.8)
Prostate	—	—	2011	-9.1 (-12.6, -5.5)	—	—
Vessie [‡]	2010	-1.2 (-2.6, 0.3)	2010	-1.5 (-3.1, 0.02)	2010	-1.3 (-3.5, 1.0)
Lymphome non hodgkinien	1990	1.1 (0.9, 1.2)	1984	1.3 (1.1, 1.4)	1993	0.9 (0.7, 1.0)
Glande thyroïde	2011	0.3 (-2.6, 3.2)	1997	6.4 (5.8, 7.0)	2011	0.1 (-1.9, 2.1)
Mélanome	1984	1.9 (1.8, 2.1)	1984	2.2 (2.1, 2.4)	1994	2.0 (1.8, 2.3)
Rein et bassinet du rein	2007	0.6 (-0.0, 1.3)	2011	-0.3 (-2.4, 1.9)	1984	1.0 (0.8, 1.3)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2011	0.1 (-1.9, 2.1)
Leucémie	2010	-0.9 (-2.2, 0.4)	1994	0.7 (0.4, 0.9)	2007	-0.6 (-1.4, 0.2)
Pancréas	2000	0.6 (0.1, 1.1)	2000	0.8 (0.2, 1.3)	1984	0.1 (-0.2, 0.3)
Bouche	2003	1.2 (0.7, 1.7)	2011	-0.1 (-2.3, 2.1)	2003	0.7 (0.1, 1.3)
Estomac	2002	-0.8 (-1.1, -0.4)	2002	-1.1 (-1.5, -0.7)	1999	-0.8 (-1.2, -0.4)
Myélome multiple	2007	2.3 (1.1, 3.6)	2007	2.6 (1.2, 4.0)	1984	0.6 (0.4, 0.8)
Encéphale/SNC	2011	-2.9 (-5.5, -0.4)	2009	-1.9 (-3.3, -0.5)	2011	-3.2 (-6.4, 0.1)
Ovaire	—	—	—	—	1994	-0.4 (-0.6, -0.2)
Foie	2011	-0.7 (-3.2, 1.8)	2011	0.2 (-3.0, 3.6)	1984	2.7 (2.4, 3.1)
Œsophage	2010	-1.9 (-3.7, -0.1)	2010	-2.4 (-4.2, -0.5)	1984	-0.4 (-0.7, -0.2)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2010	-3.3 (-4.9, -1.7)
Larynx	1984	-2.5 (-2.7, -2.3)	1984	-2.6 (-2.7, -2.4)	1991	-3.0 (-3.5, -2.6)
Testicule	—	—	1984	1.3 (1.1, 1.5)	—	—
Lymphome de Hodgkin	1984	-0.2 (-0.4, -0.1)	1984	-0.4 (-0.6, -0.3)	1984	0.0 (-0.2, 0.3)
Tous les autres cancers	2011	-1.1 (-2.7, 0.5)	1992	0.3 (0.1, 0.5)	1984	0.8 (0.7, 0.9)

— Sans objet; LC = limites de confiance; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* La VAP a été calculée l'aide du programme de régression Joinpoint, en utilisant les taux de 1984 à 2015. Si une ou plusieurs variations importantes ont été observées dans la tendance des taux, la VAP reflète la tendance depuis la plus récente variation importante (année de référence) jusqu'en 2015. Si aucune variation importante n'a été observée dans la tendance, la VAP reflète la tendance des taux pendant toute la période (1984 à 2015). Les données réelles sur l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, dont les données n'ont pas été incluses. Pour plus de détails, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

† La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de cancer *in situ* de la vessie et exclut les cas de cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population en 2011. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

‡ L'année de référence 2010 a été imposée pour le cancer de la vessie afin de tenir compte de la variation artificielle du nombre de cancers introduite en 2010, lorsque l'Ontario a commencé à inclure les carcinomes *in situ* de la vessie dans la collecte de ses données. Voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie pour plus de détails.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique Canada

Chapitre 2

Combien de personnes meurent du cancer au Canada?

Mortalité selon le sexe, l'âge, la région géographique et l'année

Le nombre et le taux annuels de décès par cancer (mortalité) et au fil du temps sont des indicateurs par excellence pour mesurer les progrès réalisés en matière de lutte contre le cancer, soit la réduction des décès attribuables au cancer. La mortalité varie selon les facteurs qui déterminent l'incidence du cancer, comme les facteurs de risque et le vieillissement. Elle témoigne également des méthodes perfectionnées favorisant la détection précoce des cancers et la sélection de traitements efficaces.

Le présent chapitre examine la mortalité au fil du temps et selon le sexe, l'âge et la région géographique afin de mieux comprendre le profil des personnes qui meurent du cancer et ainsi mieux orienter les services de lutte contre le cancer afin de répondre aux besoins de populations particulières

Principales constatations

- On estime qu'un Canadien sur quatre mourra du cancer. La probabilité à vie de mourir d'un cancer est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- On prévoit qu'environ 82 100 Canadiens mourront du cancer en 2019, et qu'un décès sur quatre sera attribuable au cancer du poumon.
- On prévoit que 2019 sera la toute première année où le cancer du pancréas deviendrait la troisième cause de décès par cancer au Canada, dépassant les décès par cancer du sein.
- Presque tous (96 %) les décès par cancer au Canada surviendraient chez les personnes de 50 ans et plus.
- En général, les taux de mortalité par cancer sont plus faibles dans les provinces de l'Ouest et les territoires et plus élevés dans les provinces du Centre et de l'Est. Terre-Neuve-et-Labrador devrait afficher le taux le plus élevé au Canada.
- Les taux de mortalité pour l'ensemble des cancers ont atteint un sommet en 1988 et diminuent depuis. Toutefois, le nombre de décès par cancer continue d'augmenter chaque année en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population.

Probabilité de mourir d'un cancer

La probabilité de mourir d'un type de cancer particulier dépend de nombreux facteurs, notamment de la probabilité de développer ce cancer et des traitements offerts. Les probabilités sont estimées pour la population générale et ne doivent pas être interprétées comme un risque individuel.

- Selon les estimations, environ un Canadien sur quatre mourra du cancer (figure 2.1).
- La probabilité de mourir d'un cancer est légèrement plus élevée chez les hommes (26 %) que chez les femmes (23 %).

Comme l'indique le [tableau 2.1](#), la probabilité de décès par cancer varie selon le type de cancer.

- Les Canadiens sont plus susceptibles de mourir du cancer du poumon et des bronches que de tout autre type de cancer. Selon les estimations, un Canadien sur 17 mourra du cancer du poumon.
- Un homme sur 29 (4 %) devrait mourir du cancer de la prostate.
- Une femme sur 33 (3 %) devrait mourir du cancer du sein.

Estimations des décès par cancer en 2019

Les données sur la mortalité par cancer utilisées pour la présente publication sont celles pour la période allant de 1984 à 2015. Ces données étaient les plus récentes disponibles au début des analyses; elles ont servi à projeter les taux et les décès jusqu'en 2019.

On estime que 82 100 Canadiens devraient mourir du cancer en 2019 ([tableau 2.2](#)).

- Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer chez les deux sexes et représente approximativement 26 % de tous les décès par cancer au Canada, suivi du cancer colorectal (12 %) et du cancer du pancréas (6 %).
- Les cinq principales causes de décès par cancer (cancer du poumon, cancer colorectal, cancer du pancréas, cancer du sein et cancer de la prostate) représentent plus de 50 % de tous les décès par cancer au Canada.

FIGURE 2.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2015



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Le cancer du poumon est responsable d'un décès par cancer sur quatre au Canada.

Mortalité selon le sexe

Le [tableau 2.2](#) montre le nombre et le taux de décès par cancer projetés chez les hommes et les femmes en 2019.

- Pour chaque type de cancer, sauf le cancer du sein et celui de la glande thyroïde, on prévoit un plus grand nombre de décès chez les hommes que chez les femmes.
- Parmi tous les décès par cancer, 53 % devraient survenir chez les hommes.

La figure 2.2 montre la distribution prévue des décès par cancer chez les hommes et les femmes en 2019.

- Chez les hommes, le cancer du poumon devrait être la cause la plus courante de décès par cancer, représentant 25 % de tous les décès par cancer, suivi du cancer colorectal (12 %) et du cancer de la prostate (10 %).
- Chez les femmes, le cancer du poumon devrait être la principale cause de décès par cancer, représentant 26 % de tous les décès par cancer, suivi du cancer du sein (13 %) et du cancer colorectal (11 %).

FIGURE 2.2 Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2019



SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

* La mortalité par cancer du foie a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Probabilité

Risque de mourir d'un cancer mesuré au cours d'une période donnée. La probabilité de mourir d'un cancer est exprimée sous forme de pourcentage ou de rapport (p. ex. 20 % ou une personne sur cinq au cours de la vie).

Décès

Nombre de décès par cancer dans une population donnée, au cours d'une période précise, souvent une année.

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)

Nombre de décès par cancer pour 100 000 personnes, normalisé selon la répartition par âge de la population canadienne en 2011. Dans la présente publication, le TMNA est aussi appelé «taux de mortalité» ou «taux de décès».

Mortalité projetée

Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec. Pour le Québec, les estimations ont été obtenues par une soustraction du total national. Les données jusqu'en 2015 ont été utilisées pour faire une projection de la mortalité associée au cancer jusqu'en 2019.

Mortalité selon l'âge

Les taux de mortalité par cancer augmentent radicalement avec l'âge (figure 2.3).

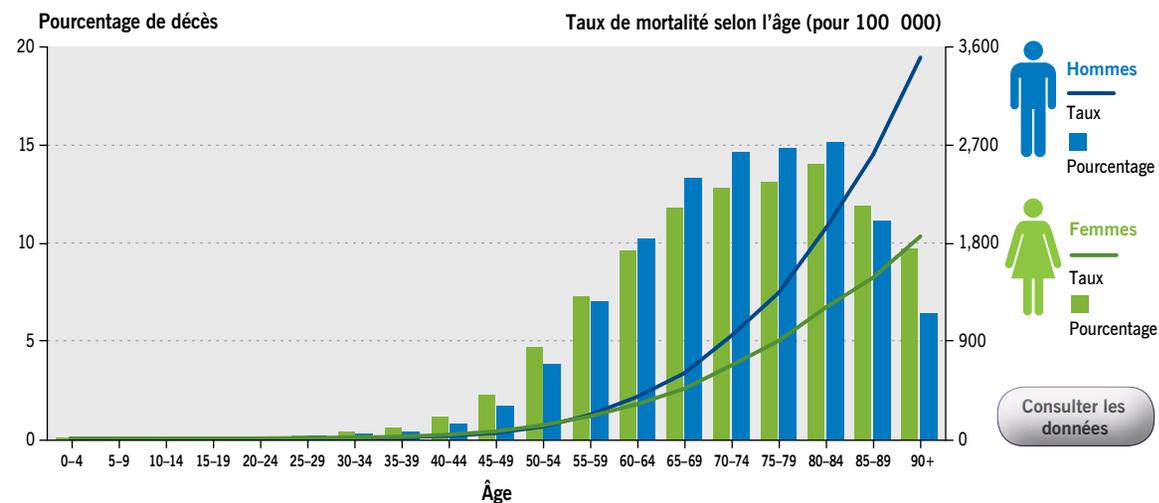
- Entre les âges de 25 et 54 ans, le taux de mortalité par cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- À partir de 55 ans, le taux de mortalité par cancer est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le nombre de décès par cancer est plus élevé chez les Canadiens âgés de 85 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, le nombre de décès par cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, malgré un TMNA plus faible.

Le [tableau 2.3](#) indique le nombre projeté de décès par cancer en 2019 selon le groupe d'âge.

- Des décès par cancer, 96 % devraient survenir chez les personnes de 50 ans et plus.
- Parmi les décès par cancer colorectal, 43 % devraient survenir chez les Canadiens situés dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage (de 50 à 74 ans)⁽¹⁾, 4 % des décès devraient survenir chez les Canadiens qui ont moins de 50 ans.
- Près de la moitié (48 %) des décès par cancer du sein devraient survenir chez les femmes situées dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage (de 50 ans à 74 ans)⁽²⁾; 9 % de ces décès devraient survenir chez les Canadiens de moins de 50 ans.

- 84 % des cancers de la prostate devraient survenir chez les Canadiens de 70 ans et plus.
- 88 % des cancers du pancréas devraient survenir chez les Canadiens de 60 ans et plus.

FIGURE 2.3 Pourcentage de décès et taux de mortalité selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2013 à 2015



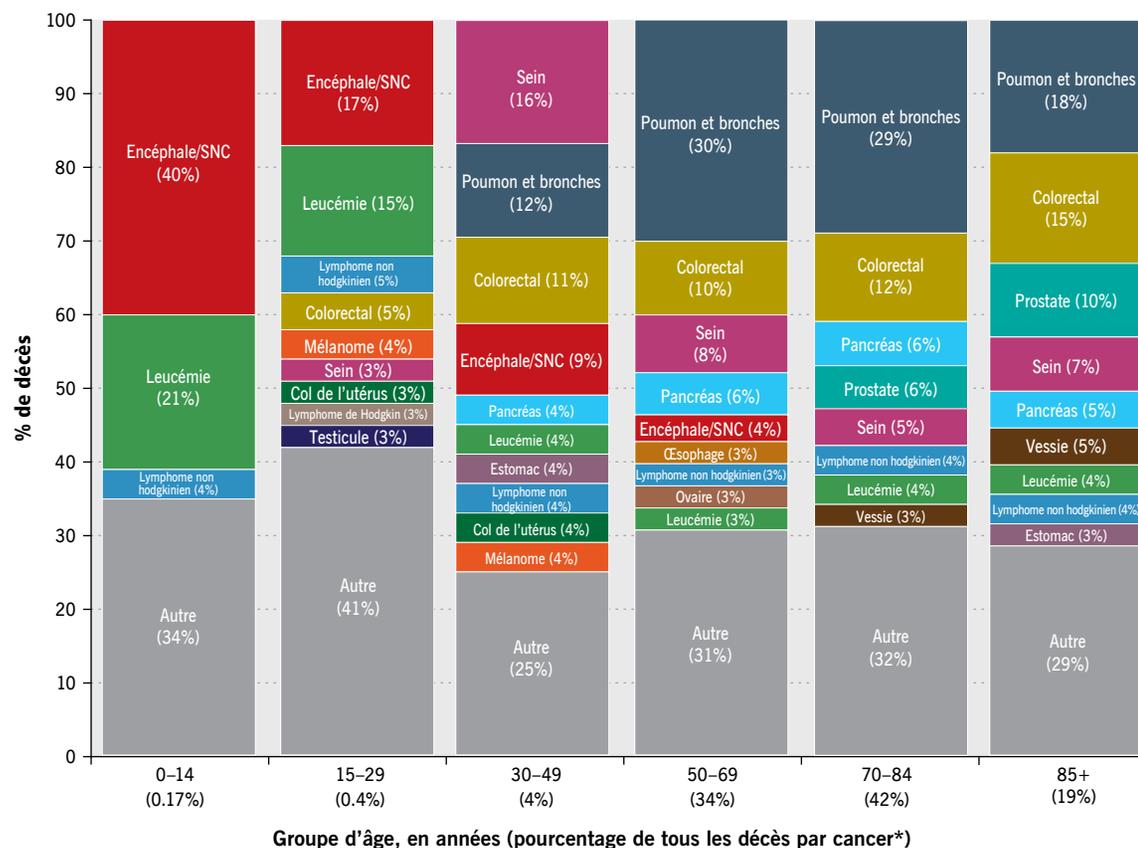
Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

La figure 2.4 présente les causes les plus courantes de décès par cancer selon le groupe d'âge.

- Dans les groupes d'âge les plus jeunes (0 à 14 ans et 15 à 29 ans), le cancer du cerveau et la leucémie sont les causes les plus courantes de décès par cancer.
- Dans le groupe des 30 à 49 ans, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer, représentant 16 % de tous les décès par cancer dans ce groupe d'âge.
- Dans tous les groupes d'âge plus avancés (50 à 69 ans, 70 à 84 ans et 85 ans et plus), les causes les plus courantes de décès par cancer sont le cancer du poumon suivi du cancer colorectal.

FIGURE 2.4 Distribution des décès par certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada, 2011 à 2015



SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de décès sur cinq ans (2011 à 2015) pour chaque groupe d'âge.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Mortalité selon la région géographique

La figure 2.5 montre la distribution prévue des décès par cancer au Canada en 2019. Ces estimations sont fondées sur la province ou le territoire de résidence de la personne au moment du décès plutôt que sur le lieu où le décès est survenu.

- De façon similaire à l'incidence, les taux de mortalité pour tous les cancers combinés sont généralement plus élevés dans l'Est et plus faibles dans l'Ouest.

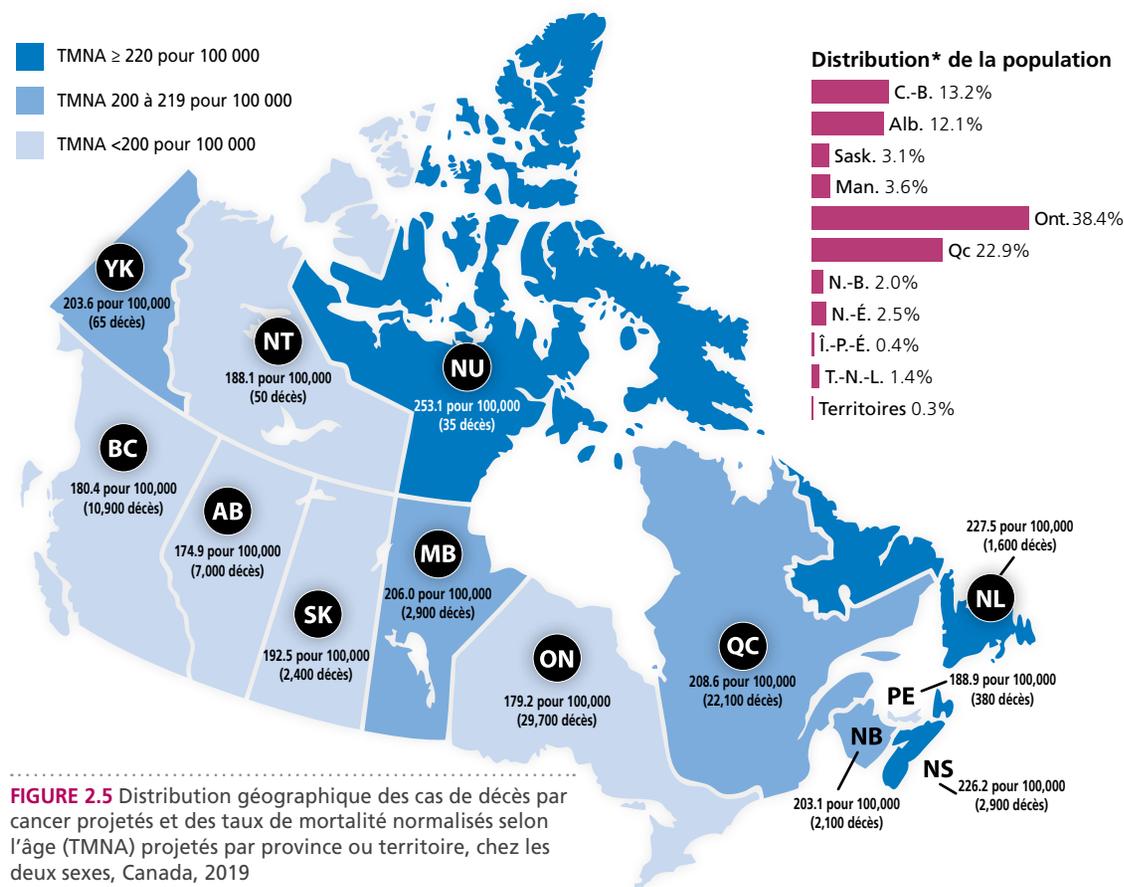


FIGURE 2.5 Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province ou territoire, chez les deux sexes, Canada, 2019

Les taux de décès (tableau 2.4) et le nombre de décès (tableau 2.5) projetés en 2019 par certains types de cancers, et selon le sexe et la province, montrent que la mortalité par différents types de cancers varie en fonction de la région géographique.

- Les taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes sont les plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique.
- Les taux de mortalité par cancer colorectal tant chez les hommes que chez les femmes sont les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador. Le taux

d'incidence du cancer colorectal est également élevé à Terre-Neuve-et-Labrador (tableau 1.4).

- Il y avait très peu de variations géographiques dans les taux de mortalité par cancer du pancréas.
- Les taux de mortalité par cancer de la prostate variaient d'environ 20 pour 100 000 à 30 pour 100 000.

Les différences dans les taux de mortalité par cancer peuvent être corrélées avec différences d'incidence attribuables aux variations régionales dans les facteurs de risque modifiables (chapitre 1), ainsi qu'aux différences dans l'accès aux services de lutte contre le cancer, comme le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi.

Fait important, ces estimations ne comprennent pas de mesure de l'importance, comme les intervalles de confiance ou les valeurs *p*, de sorte que nous ne pouvons déterminer si les différences déclarées sont statistiquement significatives.



Les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés dans l'Est du Canada et plus faibles dans l'Ouest du pays.

* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2019.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Mortalité au fil du temps

La surveillance de la mortalité au fil du temps peut aider à déterminer les nouvelles tendances, les secteurs où des progrès ont été réalisés et ceux où il faut en faire davantage.

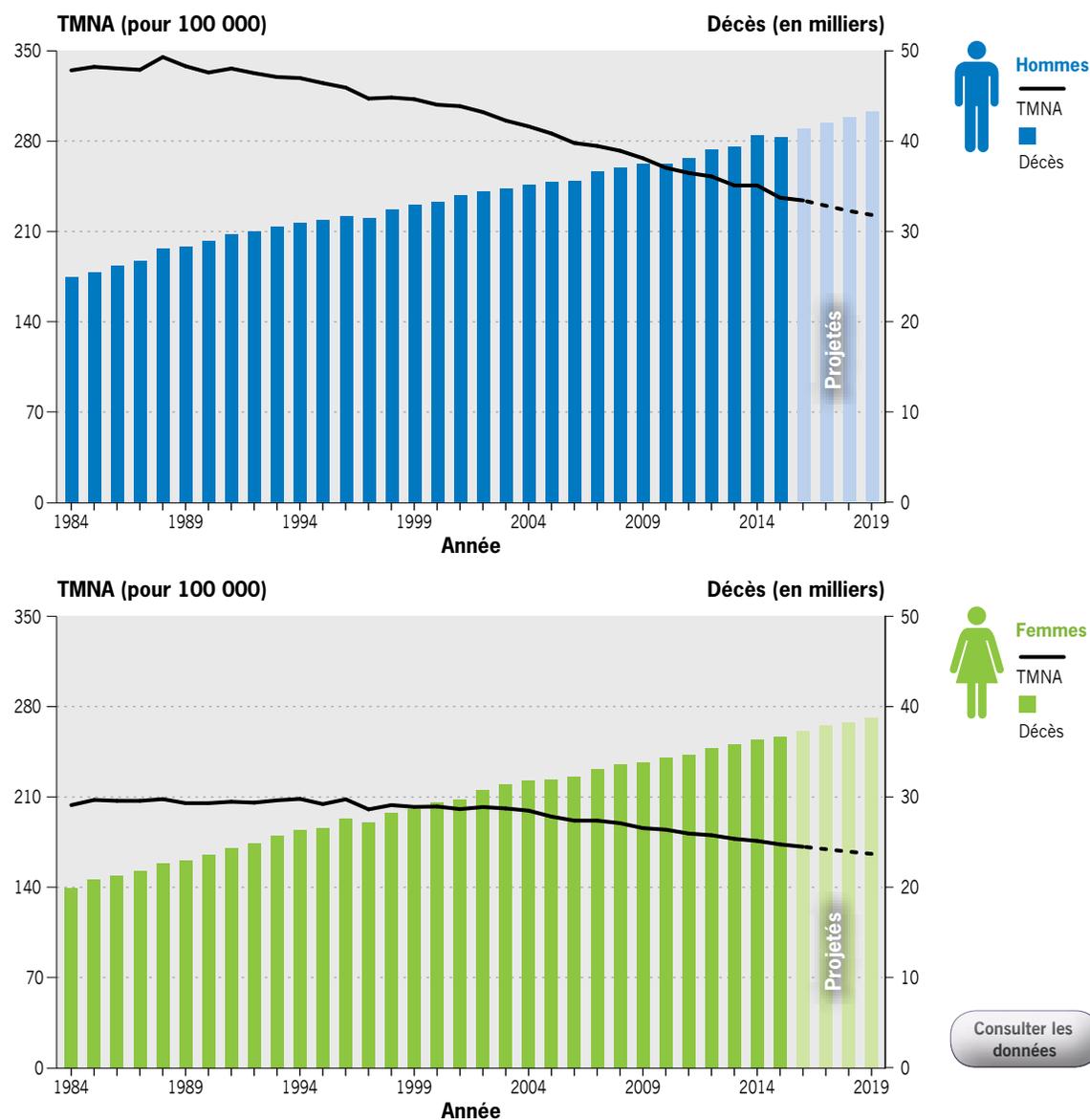
La figure 2.6 donne un aperçu général des tendances de la mortalité au fil du temps pour tous les cancers combinés.

- Depuis que le taux de mortalité par cancer a atteint un sommet en 1988, il a diminué de 35 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes.
- Au cours de la même période, le nombre de décès par cancer est passé de 28 100 au nombre prévu de 43 300 chez les hommes et de 22 600 au nombre prévu de 38 700 chez les femmes. Cette augmentation est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population^(3, 4).



Le nombre de décès par cancer au Canada continue d'augmenter chaque année.

FIGURE 2.6 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2019



Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2015 et projetées par la suite.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada
Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Tendances récentes

Le [tableau 2.6](#) montre les tendances au chapitre des taux de mortalité par cancer de 1984 à 2015 chez les hommes et les femmes, telles qu'elles sont mesurées par une variation annuelle en pourcentage (VAP). Le [tableau 2.7](#) présente les

Variation annuelle en pourcentage (VAP)

Variation annuelle estimée du taux de mortalité normalisé selon l'âge au cours d'une période donnée pendant laquelle aucune modification significative de la tendance (aucun point de retournement) n'est observée. Elle s'exprime en pourcentage.

Année de référence

L'année correspondant à l'année de début de la variation annuelle en pourcentage (VAP).

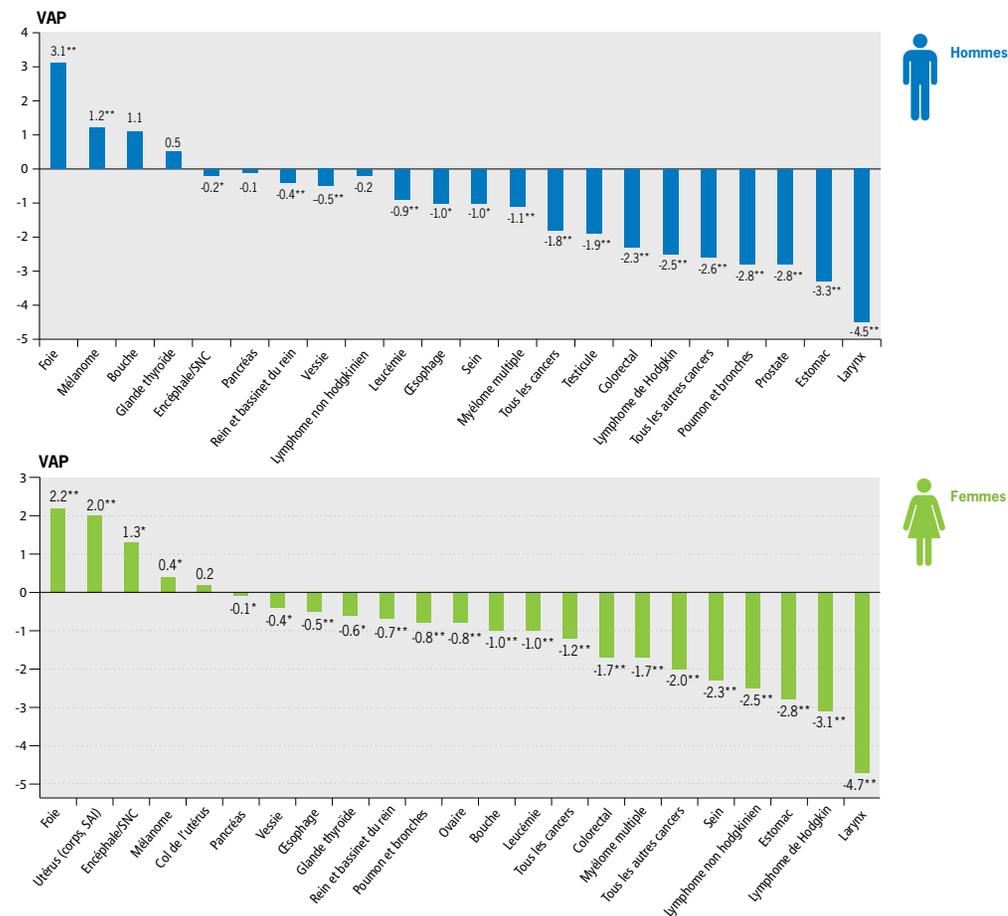
Signification statistique

Désigne un résultat dont l'obtention est peu probable du seul fruit du hasard selon un seuil prédéterminé (p. ex. moins d'une fois sur 20, qui s'exprime comme $p < 0,05$).

Limites de confiance (LC)

Valeurs supérieure et inférieure d'un intervalle qui donne une indication de la précision d'une estimation. Les limites de confiance sont habituellement de 95 %, ce qui signifie qu'on peut être sûr à 95 %, en l'absence d'autres sources de biais, que l'intervalle entre les deux contient la vraie valeur pour l'estimation en question.

FIGURE 2.7 Variation annuelle en pourcentage (VAP)[†] la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2015



[†]La VAP a été calculée l'aide du programme de régression Joinpoint, en utilisant les taux de 1984 à 2015. Si un ou plusieurs changements significatifs ont été observés dans la tendance des taux, la VAP reflète la tendance depuis le changement significatif le plus récent (année de référence) jusqu'en 2015. Si aucun changement significatif n'a été observé dans la tendance des taux, la VAP reflète la tendance des taux sur toute la période (de 1984 à 2015). L'année de référence pour chaque cancer est indiquée dans le [tableau 2.6](#). Pour de plus amples renseignements, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

* La VAP diffère sensiblement de 0, $p < 0,05$.

** La VAP diffère sensiblement de 0, $p < 0,001$.

Nota : Les fourchettes des taux varient considérablement.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées à la figure 2.7.

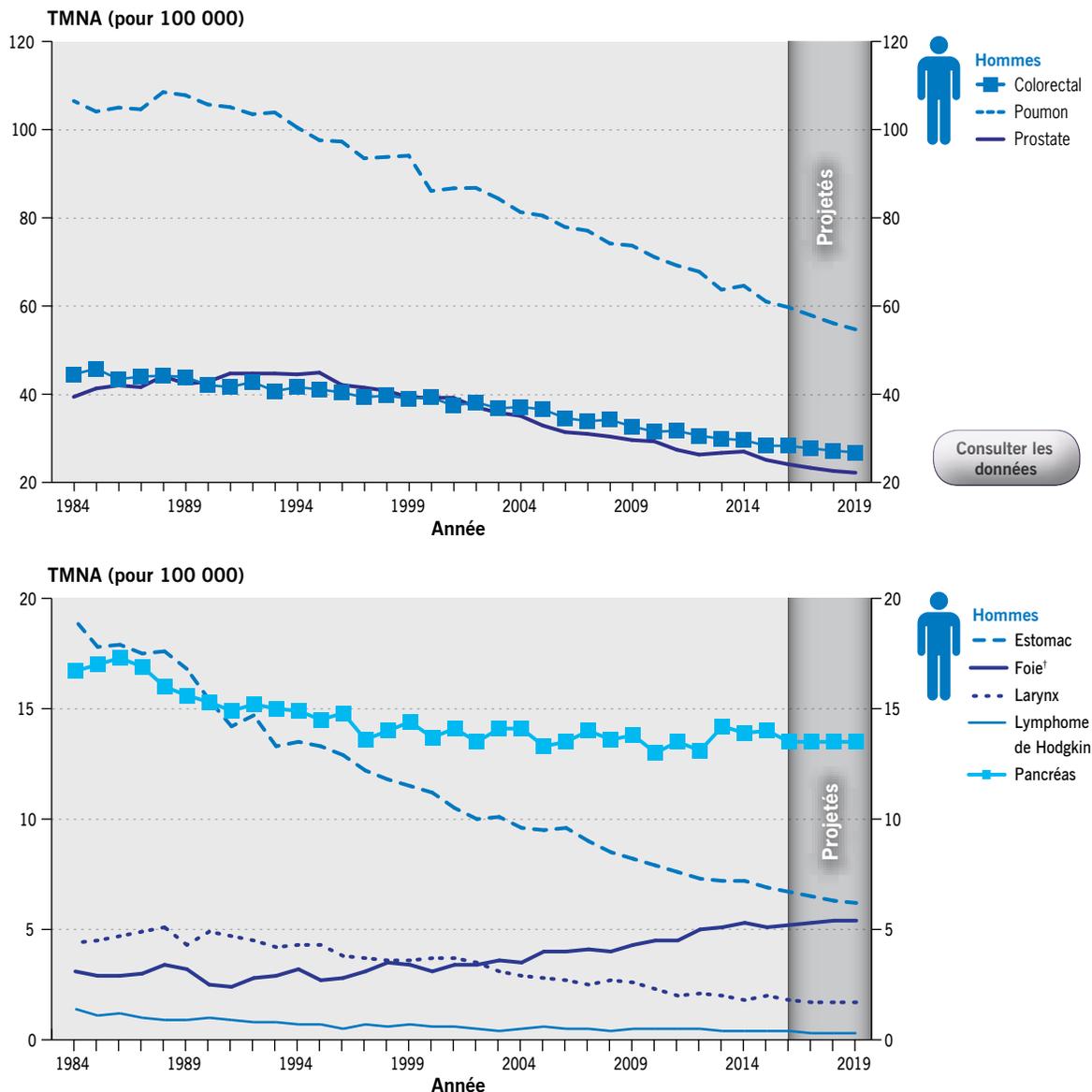
- Les taux de mortalité combinés des deux sexes diminuent d'environ 1,4 % par année depuis 2002.
- Chez les hommes, cette situation est en grande partie attribuable aux diminutions des cancers du poumon (-2,8 %), de la prostate (-2,8 %) et colorectal (2,3 %), ainsi qu'au cancer du larynx (-4,5 %), au lymphome de Hodgkin (-2,5 %) et au cancer de l'estomac (-3,3 %).
- Chez les femmes, cette baisse est en grande partie attribuable aux diminutions des cancers du sein (-2,3 %) et colorectal (-1,7 %), ainsi qu'au cancer du larynx (-4,7 %), au lymphome de Hodgkin (-3,1 %) et au cancer de l'estomac (-2,8 %) et au lymphome non hodgkinien (-2,5 %).
- Le taux de mortalité par cancer du foie est celui qui a connu la plus forte hausse chez les hommes (3,1 %) et les femmes (2,2 %).
- Les taux de mortalité augmentent également pour le mélanome (1,2 %) chez les hommes et pour les cancers du cerveau/SNC (1,3 %) et de l'utérus (2,0 %) chez les femmes.

* Les quatre causes les plus fréquentes de décès par cancer (chez les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux de mortalité a considérablement varié d'au moins 2 % par année, comme cela a été mesuré par la plus récente variation annuelle en pourcentage (voir le [tableau 2.7](#)).

† Le nombre de décès par cancer du foie est sous-estimé; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2015. Les fourchettes des taux varient considérablement. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 2.8 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers*, hommes, Canada, 1984 à 2019



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada
Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Tendances à long terme

Les tendances à plus long terme fournissent un contexte supplémentaire pour comprendre la réussite et les défis de la réduction de la mortalité par cancer. Le [tableau 2.6](#) présente les tendances des taux de mortalité de 1984 à 2015, selon le type de cancer.

- Dans l'ensemble, la tendance des taux de mortalité par cancer est demeurée stable (0,4 %) de 1984 à la fin des années 80, après quoi la première baisse (-0,6 % par année) a été observée. La baisse a commencé à s'accroître au début des années 2000 puis il y a eu une diminution de 1,4 % par année de 2002 à 2015. Toutefois, le moment et la vitesse des changements varient considérablement selon le type de cancer, comme il est indiqué ci-dessous.

Les figures 2.8 et 2.9 montrent le TMNA au fil du temps (projeté en 2019) pour les quatre principales causes de décès par cancer (cancer du poumon, cancer colorectal, cancer du pancréas et cancer du sein chez la femme). Elles montrent également des cancers dont la VAP a connu un changement statistiquement significatif d'au moins 2 % : les cancers du larynx, de l'estomac et du foie, ainsi que le lymphome de Hodgkin chez les deux sexes; le lymphome non hodgkinien et

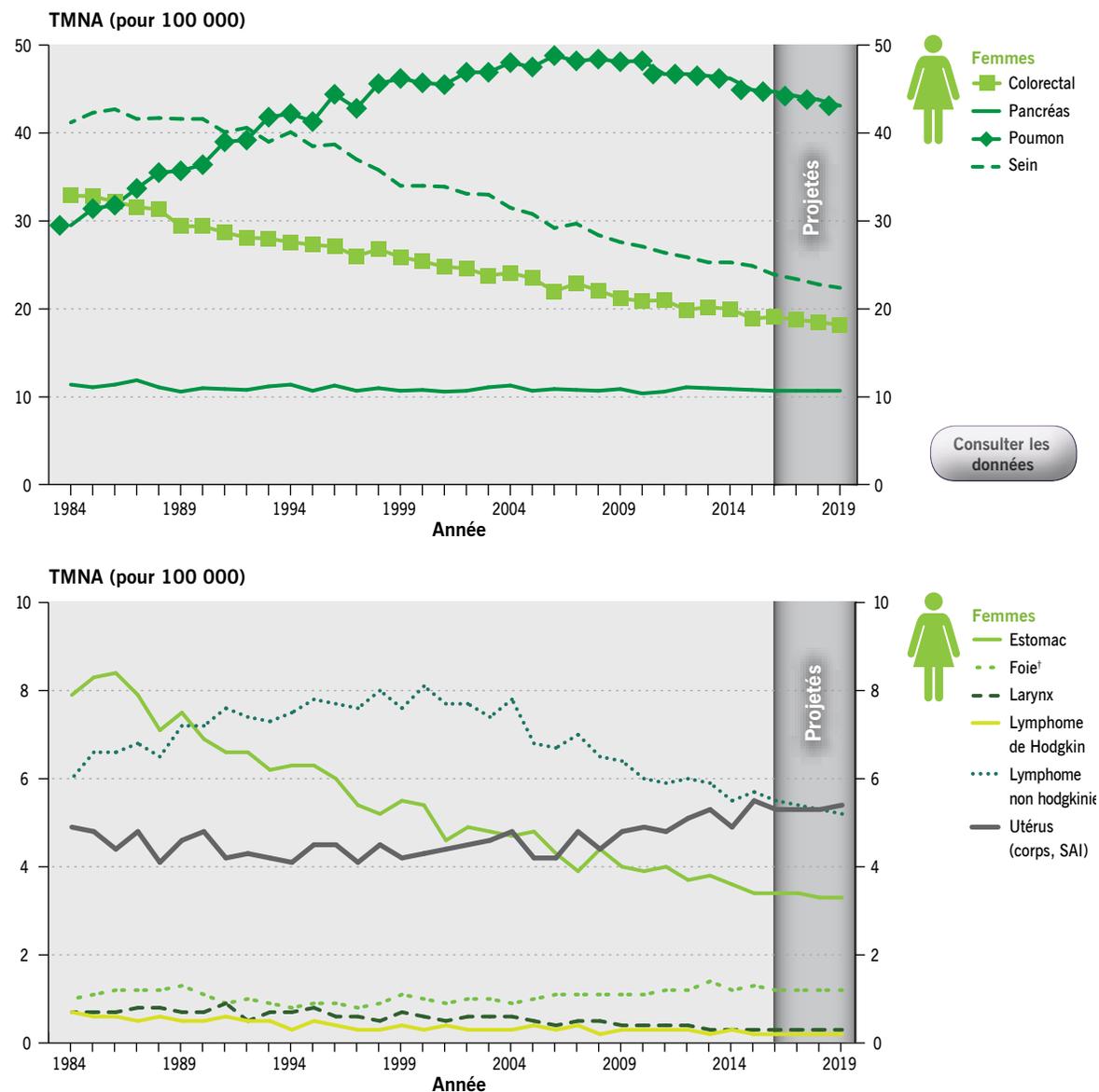
SAI = sans autre indication

* Les quatre causes les plus fréquentes de décès par cancer (chez les deux sexes combinés) et les cancers dont le taux de mortalité a considérablement varié d'au moins 2 % par année, comme cela a été mesuré par la plus récente variation annuelle en pourcentage (voir le [tableau 2.7](#)).

† Le nombre de décès par cancer du foie est sous-estimé; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2015. Les fourchettes des taux varient considérablement. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 2.9 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers*, femmes, Canada, 1984 à 2019



Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

le cancer de l'utérus chez les femmes; et le cancer de la prostate chez les hommes.

Cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon)

Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer du poumon était assez stable dans les années 80 et est en baisse depuis 1991. De 1991 à 2007, ce taux a diminué de 2 % par année. Depuis lors, il a diminué de 2,8 % par année. Le taux de mortalité des femmes a continué d'augmenter jusqu'en 2006, après quoi il a diminué d'environ 0,8 % par année. La tendance de la mortalité par cancer du poumon reflète en grande partie l'incidence du cancer du poumon, qui concorde avec des antécédents de tabagisme. Malgré les baisses, des efforts sont encore nécessaires pour lutter contre le tabagisme afin de réduire davantage le fardeau du cancer du poumon⁽⁵⁾. Ce cancer demeure la principale cause de décès par cancer au Canada, et environ 15 % de la population canadienne continue de fumer chaque jour⁽⁶⁾. En outre, des études pilotes sont en cours pour étudier la faisabilité de mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon chez les populations à risque élevé⁽⁷⁾. Le but de ces programmes est de dépister la maladie à un stade plus précoce, alors que la réponse au traitement est meilleure. À l'heure actuelle, environ 70 % des cancers du poumon sont diagnostiqués à un stade avancé (stade III ou IV)⁽⁸⁾, et ces programmes pourraient contribuer à réduire davantage les taux de mortalité par cancer du poumon à l'avenir.

Cancer colorectal

Le taux de mortalité par cancer colorectal a diminué de façon significative tant chez les hommes (-2,3 % par année de 2004 à 2015) que chez les femmes (-1,7 % par année de 1984 à 2015). Ce déclin peut s'expliquer en partie

par la diminution de l'incidence mentionnée au [chapitre 1](#). En outre, il est probable qu'une partie importante du déclin de la mortalité soit attribuable aux améliorations du traitement⁽⁹⁾. À l'heure actuelle, environ 50 % des cancers colorectaux sont dépistés à un stade tardif (stade III ou IV)⁽⁹⁾. Compte tenu du lien étroit entre le stade au diagnostic et la survie au cancer colorectal^(10,11), la participation accrue aux programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada pourrait contribuer à réduire encore plus les taux de mortalité par cancer colorectal dans un avenir rapproché.

Cancer du pancréas

Bien qu'il soit beaucoup moins souvent diagnostiqué que de nombreux autres cancers, le cancer du pancréas devrait être la troisième cause de décès par cancer en 2019. Cela s'explique en partie par le fait qu'il y a eu des baisses importantes des taux de mortalité pour des cancers comme le cancer colorectal, du poumon, du sein et de la prostate, mais aussi que les taux de mortalité par cancer du pancréas ont peu ou pas changé. Pour les deux sexes combinés, une légère diminution des taux de mortalité par cancer du pancréas a été observée de 1984 à 1998 (-0,9 % par année), mais aucun changement significatif n'est survenu depuis 1998 (0,0 %). Les taux de mortalité par cancer du pancréas sont presque aussi élevés que les taux d'incidence de ce cancer en raison de la faible survie⁽¹²⁻¹⁴⁾. Les tendances des taux de mortalité par cancer du pancréas ont présenté une grande variation au cours de la dernière décennie d'un pays à l'autre. Par exemple, des baisses des taux de mortalité par cancer du pancréas ont été observées au Royaume-Uni, tandis que ces taux ont augmenté aux États-Unis.

Pour en savoir plus sur le fardeau du cancer du pancréas, consulter *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017 (Chapitre 6 : Cancer du pancréas)*⁽¹³⁾.

Cancer du sein (chez les femmes)

Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes est en baisse depuis les années 80. Après avoir atteint un sommet en 1986, le TMNA a chuté de 48 %, passant de 42,7 décès pour 100 000 en 1986 à un taux projeté de 22,4 décès pour 100 000 en 2019. La tendance à la baisse a été estimée à une diminution de 2,3 % par année pour la période de 1994 à 2015, et s'explique probablement par le dépistage accru par mammographie⁽¹⁶⁾ et l'utilisation de traitements plus efficaces à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein^(17,18). Des baisses similaires ont été observées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie⁽¹⁹⁾.

Cancer de la prostate

Le taux de mortalité par cancer de la prostate a augmenté d'environ 1,2 % par année de 1984 à 1994, mais il a diminué de 2,8 % par année depuis. Cette baisse s'explique probablement par le traitement amélioré à la suite du recours à l'hormonothérapie pour les personnes atteintes de la maladie à un stade précoce ou avancé^(20,21) et par les progrès réalisés dans le domaine de la radiothérapie⁽²²⁾. Le rôle que le dépistage par le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) a joué dans la réduction du taux de mortalité demeure incertain. En 2009, deux grandes études randomisées, réalisées aux États-Unis et en Europe, sur l'utilisation des tests APS chez les hommes de plus de 55 ans ont montré des résultats contradictoires^(23,24). Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande pas l'utilisation du test de dépistage

de l'APS compte tenu des données probantes actuelles⁽²⁵⁾. Le suivi continu des hommes dans le cadre de ces études peut aider à clarifier le rôle du test de l'APS dans la diminution des décès par cancer de la prostate.

Lymphome non hodgkinien

Après une période de croissance rapide de la mortalité de 1984 à 2000 (1,6 %), les taux de mortalité due au lymphome non hodgkinien diminuent maintenant de 2,2 % par année. Pendant ce temps, les taux d'incidence continuent d'augmenter chez les deux sexes combinés (tableau 1.6). Ces baisses de la mortalité sont probablement attribuables aux améliorations récentes des traitements, comme l'immunothérapie (p. ex. rituximab). De plus, grâce à l'utilisation, à la fin des années 90⁽²⁶⁾, du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une baisse du nombre de personnes atteintes des formes graves du lymphome non hodgkinien attribuables à l'infection au VIH a été observée.

Cancer de l'estomac

De 1984 à 2015, les taux de mortalité attribuables au cancer de l'estomac ont diminué tant chez les hommes (-3,3 % par année) que chez les femmes (-2,8 % par année). En 2019, le taux de mortalité des hommes devrait être inférieur au tiers de ce qu'il était en 1984 et inférieur à la moitié de ce qu'il était en 1984 pour les femmes. La tendance des taux de mortalité témoigne de la réduction des taux d'incidence du cancer de l'estomac au cours de la même période et pourrait notamment être associée à la réduction du tabagisme, entre autres facteurs⁽²⁷⁾.

Cancer du foie

Les taux de mortalité attribuables au cancer du foie ont augmenté de façon significative tant chez les hommes (3,1 % par année) que chez les femmes (2,2 % par année) depuis le milieu des années 90. La tendance à la hausse des taux de mortalité a suivi l'augmentation des taux d'incidence du cancer du foie (tableau 1.6), attribuée à la prévalence accrue de l'hépatite et à la consommation d'alcool^(28, 29).

Cancer de l'utérus [corps, sans autre indication (SAI)]

Le taux de mortalité par cancer de l'utérus a augmenté de 2,0 % par année de 2005 à 2015. Le taux d'incidence du cancer de l'utérus a également augmenté au milieu des années 2000, mais il est demeuré stable depuis 2011. Il est donc possible que le taux de mortalité pour le cancer de l'utérus cesse d'augmenter dans un avenir rapproché. La hausse antérieure de l'incidence du cancer de l'utérus (et donc de la mortalité) a été attribuée, du moins en partie, à l'augmentation des cas d'excès de poids et d'obésité⁽³⁰⁾, un facteur de risque important de la maladie⁽³¹⁾.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Moyenne pondérée des VAP au cours d'une période donnée, où les poids correspondent à la proportion du temps que représente chaque VAP dans l'intervalle. La VAMP résume la variation des taux normalisés selon l'âge dans un intervalle donné. Elle s'exprime en pourcentage.

Cancer du larynx

Le taux de mortalité par cancer du larynx a chuté de 4,5 % par année chez les hommes de 2001 à 2015 et de 4,7 % par année chez les femmes de 2003 à 2015. La tendance des taux de mortalité a fait suite à la diminution des taux d'incidence du cancer du larynx. Étant donné que la plupart des cancers du larynx sont attribuables au tabagisme⁽³²⁾, des réductions soutenues de l'usage du tabac⁽³³⁾ ont probablement donné lieu au déclin des taux d'incidence (et donc de mortalité) de ce cancer.

Lymphome de Hodgkin

Les taux de mortalité par lymphome de Hodgkin ont chuté tant chez les hommes que chez les femmes. Au départ, les diminutions étaient très importantes (-4,8 % par année de 1984 à 1997). Les taux ont ensuite diminué moins fortement (-2,3 % par année de 1997 à 2015). De 1984 à 2015, les taux d'incidence du lymphome de Hodgkin n'ont que légèrement diminué (-0,2 %). Par conséquent, les réductions spectaculaires de la mortalité peuvent être largement attribuées aux améliorations du traitement⁽³⁴⁾.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le tableau 2.6 illustre la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des cancers de 1984 à 2015. Comme elle résume les variations des tendances, la VAMP permet de comparer les variations de la mortalité pour chacun des cancers au cours d'une même période donnée. Depuis 1984, les améliorations les plus marquées chez les deux sexes ont été observées pour le lymphome de Hodgkin et les cancers de l'estomac et du larynx, tandis que la plus forte augmentation a été observée pour le cancer du foie.

La VAMP fournit également une mesure de l'évolution globale d'un cancer sur une certaine période. Par exemple, malgré l'augmentation du taux de mortalité due au cancer de la prostate de 1984 à 1994 (VAP = 1,2 %), le taux global de mortalité de ce cancer a diminué depuis 1984 (VAMP = -1,5 %). De plus, même si le taux de mortalité par cancer du poumon diminue enfin chez les femmes (VAP = -0,8 %), dans l'ensemble, il connaît une hausse depuis 1984 (VAMP = 1,4 %). Au Canada, le taux de mortalité pour tous les cancers combinés a diminué en moyenne de 0,8 % par année depuis 1984.

Que signifient ces statistiques?

Fait encourageant, le taux de mortalité pour tous les cancers combinés connaît une diminution depuis la fin des années 80, et ce, malgré le fait que le taux d'incidence de tous les cancers combinés n'a diminué au Canada que depuis 2011.

Une diminution du taux de mortalité associée à un cancer donné peut découler d'une diminution du taux d'incidence. Par exemple, les baisses relativement importantes des taux de mortalité pour les cancers du poumon et du larynx s'expliquent par la forte baisse des taux d'incidence du cancer causée par la réduction des taux de tabagisme. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les tendances des taux de mortalité selon le sexe, l'âge et la région géographique illustrent essentiellement les tendances déclarées au chapitre 1 relativement à l'incidence. Par exemple, les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, la plupart des décès par cancer surviennent à des âges plus avancés, et les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest canadien.

Toutefois, l'incidence n'est pas le seul facteur qui détermine la mortalité. Une diminution du taux de mortalité pour un cancer en particulier peut également découler d'une amélioration de la détection précoce. Cela s'explique par le fait que le stade au moment du diagnostic a de grandes répercussions sur la survie au cancer⁽⁸⁾. Les améliorations apportées aux traitements qui augmentent les chances de survie ont également des répercussions sur les taux de mortalité. Ainsi, d'autres facteurs, comme l'accès aux interventions de lutte contre le cancer (p. ex. le dépistage) ou les variations des pratiques cliniques selon la province, l'âge ou le sexe, contribuent à faire varier les taux de mortalité. Il existe probablement aussi des différences liées à l'âge et au sexe en ce qui concerne la réponse au traitement contre le cancer⁽³⁵⁾, différences qui contribuent davantage aux variations des taux de mortalité.

Bien que le taux global de mortalité continue de baisser au Canada, le nombre réel de décès par cancer continue d'augmenter en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population, ce qui a une incidence sur la politique en matière de santé et la planification des ressources. En outre, le taux de mortalité de certains cancers, comme le cancer du foie, continue de grimper. L'amélioration de la détection précoce et des traitements utilisés chez des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer, de même que des mesures visant à aider les personnes à vivre avec le cancer et à y survivre, demeure de la plus haute importance.

Ressources supplémentaires

Le site Web Cancer.ca/statistiques contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Ces ressources comprennent les suivantes :

- Feuilles Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#);
- Feuilles Excel avec des [statistiques supplémentaires](#);
- [Images des figures](#) PowerPoint dans l'ensemble de ce chapitre.

Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *JAMC*. 15 mars 2016; 188:340–8.
- Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. Recommandations concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans qui ne sont pas à risque accru de cancer du sein. *JAMC*. 10 déc. 2018;190(49): E1441–51. Version française disponible uniquement sur Internet, à l'adresse suivante : <http://www.JAMC.ca/content/JAMC/suppl/2018/12/04/190.49.E1441.DC1/180463-guide-FR.pdf>
- Statistique Canada [Internet]. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016. Ottawa (Ont.) : Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=li6F_ziZ (consulté en mars 2019).
- Statistique Canada [Internet]. Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016. Ottawa (Ont.) : Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170208/dq170208a-fra.htm> (consulté en mars 2019).
- Boer R, Moolgavkar SH, Levy DT. Chapitre 15 : Impact of tobacco control on lung cancer mortality in the United States over the period 1975–2000—summary and limitations. *Risk Anal*. Juillet 2012; 32 Suppl 1 :S190–201.
- Statistique Canada. [Internet]. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017. Ottawa (Ont.), Santé Canada; 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html> (consulté en mars 2019).
- Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer du poumon au Canada. Toronto (Ont.); 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-screening-environmental-scan-2018/> (consulté en mars 2019).
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2018. Disponible à l'adresse : www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR (consulté en mars 2019).
- Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zaubler AG, Anderson RN, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. Février 2010; 116(3):544–73.
- White A, Joseph D, Rim SH, Johnson CJ, Coleman MP, Allemani C. Colon cancer survival in the United States by race and stage (2001–2009): Findings from the CONCORD-2 study. *Cancer*. 15 déc. 2017; 123 Suppl 24:5014–36.
- Joseph DA, Johnson CJ, White A, Wu M, Coleman MP. Rectal cancer survival in the United States by race and stage, 2001 to 2009: Findings from the CONCORD-2 study. *Cancer*. 15 déc. 2017; 123 Suppl 24:5037–58.
- Hurton S, MacDonald F, Porter G, Walsh M, Molinari M. The current state of pancreatic cancer in Canada: Incidence, mortality, and surgical therapy. *Pancreas*. Août 2014; 43(6):879–85.
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2017. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR> (consulté en mars 2019).
- Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. Rapports sur la santé. Sept. 2018;29(9) : 11–20.
- Cancer Research UK [Internet]. Pancreatic cancer mortality statistics 2016. London, UK. Disponible à l'adresse : <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/pancreas/mortality/uk-pancreatic-cancer-mortality-statistics> (consulté en mars 2019).
- Shields M, Wilkins K. Le point sur la mammographie au Canada. Rapports sur la santé. Sept. 2009; 20(3) : 7–20.
- Holford TR, Cronin KA, Marriotto AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2006; 36:19–25.
- Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2002, featuring population-based trends in cancer treatment. *J Natl Cancer Inst*. Oct. 2005; 97(19):1407–27.
- Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res*. 2004;6(6):229–39.
- Cooperberg MR, Grossfeld GD, Lubeck DP, Carroll PR. National practice patterns and time trends in androgen ablation for localized prostate cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2 juillet 2003;95(13):981–9.
- Meng MV, Grossfeld GD, Sadetsky N, Mehta SS, Lubeck DP, Carroll PR. Contemporary patterns of androgen deprivation therapy use for newly diagnosed prostate cancer. *Urology*. Sept. 2002; 60(3 Suppl 1):7–11; discussion 11–2.
- Kupelian PA, Buchsbaum JC, ElshaiKH MA, Reddy CA, Klein EA. Improvement in relapse-free survival throughout the PSA era in patients with localized prostate cancer treated with definitive radiotherapy: year of treatment an independent predictor of outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. Nov. 2003; 57(3):629–34.
- Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL III, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1310–9.
- Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 26 mars 2009; 360(13):1320–8.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [Internet]. Cancer de la prostate (2014) : Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques. Disponible à l'adresse : <https://canadiantaskforce.ca/lignes-directrices/lignes-directrices-publiees/cancer-de-la-prostate/?lang=fr> (consulté en mars 2019).
- Pulte D, Gondos A, Brenner H. Ongoing improvement in outcomes for patients diagnosed as having Non-Hodgkin lymphoma from the 1990s to the early 21st century. *Arch Intern Med*. 10 mars 2008; 168(5):469–76.
- Chao A, Thun MJ, Henley SJ, Jacobs EJ, McCullough ML, Calle EE. Cigarette smoking, use of other tobacco products and stomach cancer mortality in US adults: The Cancer Prevention Study II. *Int J Cancer*. 1er oct. 2002; 101(4):380–9.
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2013. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/canadian-cancer-statistics-2013-FR.pdf> (consulté en mars 2019).
- Thomas G [Internet]. Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada : Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 1 de 3. Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2012. Disponible à l'adresse : <https://prod.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Patterns-Alcohol-Use-Policy-Canada-2012-fr.pdf> (consulté en mars 2019).
- Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodji WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: A trend analysis. *JAMC Open*. 3 mars 2014; 2(1) :E18–26.
- International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer prevention: weight control and physical activity. Lyon, France : IARC; 2002.
- Poirier AE, Grundy A, Khandwala F, Tamminen S, Friedenreich CM, Brenner DR. Cancer incidence attributable to tobacco in Alberta, Canada, in 2012. *JAMC Open*. 13 oct. 2016; 4(4):E578–87.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [Internet]. Fumeurs quotidiens (indicateur); 2015. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/fumeurs-quotidiens.htm> (consulté en mars 2019).
- Koshy M, Fairchild A, Son CH, Mahmood U. Improved survival time trends in Hodgkin's lymphoma. *Cancer Med*. Juin 2016; 5(6):997–1003.
- Schmetzer O, Florcken A. Sex differences in the drug therapy for oncologic diseases. *Handb Exp Pharmacol*. 2012(214):411–42.

TABEAU 2.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2015

	Probabilité à vie de mourir d'un cancer					
	%			Une personne sur		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	24.2	26.2	22.5	4.1	3.8	4.4
Poumon et bronches	5.7	6.2	5.4	17	16	19
Colorectal	2.9	3.1	2.7	35	32	37
Pancréas	1.5	1.5	1.5	68	68	68
Sein	1.6	0.0	3.1	63	2,833	33
Prostate	—	3.5	—	—	29	—
Leucémie	0.9	1.0	0.7	114	96	137
Lymphome non hodgkinien	1.0	1.1	0.9	102	89	117
Vessie	0.8	1.2	0.4	130	86	233
Encéphale/SNC	0.6	0.6	0.5	179	162	200
Œsophage	0.6	0.9	0.3	166	109	330
Estomac	0.6	0.7	0.4	173	138	225
Rein et bassinnet du rein	0.6	0.7	0.4	181	140	249
Ovaire	—	—	1.1	—	—	90
Myélome multiple	0.5	0.5	0.4	213	183	250
Bouche	0.4	0.5	0.3	261	193	393
Foie*	0.3	0.5	0.2	299	198	584
Mélanome	0.3	0.5	0.2	287	219	402
Utérus (corps, SAI)	—	—	0.7	—	—	147
Col de l'utérus	—	—	0.2	—	—	478
Larynx	0.1	0.2	0.0	912	529	2770
Glande thyroïde	0.1	0.1	0.1	1,353	1,567	1,189
Lymphome de Hodgkin	0.0	0.0	0.0	2,924	2,532	3,460
Testicule	—	0.0	—	—	7,874	—

— Sans objet; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

Valeur de 0,0 inférieure à 0,05

* La mortalité par cancer du foie a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : La probabilité de mourir d'un cancer correspond à la proportion de Canadiens qui meurent du cancer dans une cohorte en fonction des taux de mortalité selon l'âge, le sexe et la cause au Canada en 2015. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

TABLEAU 2.2 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA)* projetés des cancers, selon le sexe, Canada, 2019

	Décès (estimations pour 2019)			Décès pour 100 000		
	Total†	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	82,100	43,300	38,700	190.3	222.8	166.0
Poumon et bronches	21,000	10,900	10,100	48.1	54.7	43.1
Colorectal	9,500	5,200	4,400	22.1	26.8	18.2
Pancréas	5,200	2,700	2,500	12.0	13.5	10.7
Sein	5,100	55	5,000	12.2	0.3	22.4
Prostate	4,100	4,100	—	—	22.2	—
Leucémie	3,000	1,750	1,250	6.9	9.1	5.2
Lymphome non hodgkinien	2,800	1,600	1,250	6.6	8.3	5.2
Vessie	2,500	1,800	700	5.7	9.7	2.8
Encéphale/SNC	2,400	1,400	1,050	5.8	7.1	4.7
Œsophage	2,200	1,700	500	5.1	8.6	2.1
Estomac	1,950	1,200	760	4.6	6.2	3.3
Rein et bassinnet du rein	1,900	1,250	670	4.4	6.4	2.8
Ovaire	1,900	—	1,900	—	—	8.4
Myélome multiple	1,550	860	690	3.6	4.4	2.9
Bouche	1,450	1,050	430	3.5	5.3	1.8
Foie‡	1,400	1,100	280	3.2	5.4	1.2
Mélanome	1,300	840	450	3.1	4.4	2.0
Utérus (corps, SAI)	1,250	—	1,250	—	—	5.3
Col de l'utérus	410	—	410	—	—	2.0
Larynx	400	330	75	0.9	1.7	0.3
Glande thyroïde	230	100	130	0.5	0.5	0.5
Lymphome de Hodgkin	100	60	40	0.2	0.3	0.2
Testicule	35	35	—	—	0.2	—
Tous les autres cancers	10,300	5,300	4,900	23.8	27.9	20.8

— Sans objet; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011.

† Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

‡ La mortalité par cancer du foie a été sous-estimée étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9) ont été exclus; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

TABLEAU 2.3 Nombre projeté de décès par les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2019

Age	Tous les cancers			Poumon et bronches			Colorectal		
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes
Tous les âges	82,100	43,300	38,700	21,000	10,900	10,100	9,500	5,200	4,400
0-14	110	55	50	—	—	—	—	—	—
15-29	220	120	100	—	—	—	10	5	5
30-39	640	270	370	40	10	25	75	40	30
40-49	2,100	920	1,200	290	120	170	250	140	110
50-59	7,900	4,000	3,900	1,900	920	960	870	510	370
60-69	18,400	10,100	8,400	5,600	2,900	2,600	1,900	1,150	730
70-79	24,800	13,700	11,100	7,400	3,900	3,400	2,700	1,600	1,100
80+	27,800	14,100	13,600	5,800	3,000	2,900	3,800	1,750	2,000
50-74	38,900	21,100	17,900	11,300	5,900	5,400	4,100	2,500	1,600
65+	63,000	33,600	29,400	16,400	8,600	7,800	7,500	4,000	3,500

Age	Pancréatique			Sein	Prostate
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Femmes	Hommes
Tous les âges	5,200	2,700	2,500	5,000	4,100
0-14	—	—	—	—	—
15-29	—	—	—	5	—
30-39	15	10	5	120	—
40-49	110	65	50	330	5
50-59	540	310	230	760	110
60-69	1,250	710	550	1,100	530
70-79	1,650	870	780	1,150	1,150
80+	1,650	700	930	1,600	2,300
50-74	2,700	1,500	1,150	2,400	1,150
65+	4,000	1,950	2,000	3,300	3,800

— Moins de trois décès.

* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pour les deux sexes pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

TABLEAU 2.4 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, *2019

	CA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	222.8	205.7	202.4	221.9	240.6	210.6	247.2	245.8	268.4	233.3	267.6
Poumon et bronches	54.7	42.9	45.0	52.8	49.9	47.9	71.5	73.3	69.9	72.5	75.5
Colorectal	26.8	25.8	24.4	29.1	30.6	22.7	31.2	28.0	38.4	28.4	45.8
Prostate	22.2	22.0	25.8	29.8	27.9	21.3	19.8	21.4	25.9	23.4	27.6
Pancréas	13.5	13.6	12.3	13.6	13.9	13.2	14.0	15.4	14.1	13.1	13.2
Vessie	9.7	10.1	8.8	10.4	9.5	9.4	10.1	9.7	11.4	9.8	8.3
Leucémie	9.1	8.2	8.2	9.3	11.2	9.0	9.9	8.6	10.7	8.3	6.9
Œsophage	8.6	9.5	10.3	10.3	9.9	8.6	6.7	9.4	11.0	8.0	8.4
Lymphome non hodgkinien	8.3	8.1	7.2	9.7	8.5	8.6	8.0	8.9	10.3	7.5	9.8
Encéphale/SNC	7.1	7.2	6.6	5.9	5.5	7.1	7.8	6.2	7.3	5.9	6.8
Rein et bassinnet du rein	6.4	5.8	5.6	7.7	8.9	5.9	6.8	8.7	8.9	7.5	8.9
Estomac	6.2	5.1	5.2	4.1	6.1	6.3	7.3	5.7	5.2	—	11.2
Foie [†]	5.4	6.9	5.0	2.7	4.5	5.5	5.3	4.5	5.5	—	3.0
Bouche	5.3	4.6	4.1	4.0	3.5	6.2	5.4	4.0	3.7	3.7	5.7
Myélome multiple	4.4	3.7	4.1	3.8	5.6	4.5	4.8	4.2	4.5	5.6	3.8
Mélanome	4.4	3.6	3.6	4.0	3.9	5.3	3.8	3.5	6.2	4.2	2.6
Larynx	1.7	1.1	1.7	1.5	1.1	1.5	2.1	1.8	2.2	—	3.8
Glande thyroïde	0.5	0.5	0.6	0.6	0.4	0.6	0.5	0.5	—	—	—
Lymphome de Hodgkin	0.3	0.3	0.2	—	—	0.3	0.4	—	—	—	—
Sein	0.3	0.2	0.4	—	—	0.3	0.3	—	0.6	—	—
Testicule	0.2	0.2	0.2	—	—	0.2	0.2	—	—	—	—
Femmes											
Tous les cancers	166.0	160.1	154.4	169.8	180.9	155.7	181.5	171.0	195.4	155.6	197.2
Poumon et bronches	43.1	39.1	41.0	45.2	46.3	36.3	54.6	46.7	54.4	46.4	44.6
Sein	22.4	21.3	22.0	24.8	24.7	21.8	23.3	20.6	24.3	16.6	26.6
Colorectal	18.2	19.9	15.4	20.0	19.8	16.2	19.6	17.7	22.4	19.6	31.9
Pancréas	10.7	10.5	11.1	10.8	11.0	10.4	11.0	10.9	11.8	10.7	9.0
Ovaire	8.4	8.8	7.6	9.7	9.1	8.0	8.6	9.7	10.0	6.4	9.2
Lymphome non hodgkinien	5.2	4.7	4.6	5.4	4.9	5.3	5.2	6.7	6.9	7.4	6.8
Leucémie	5.2	5.4	4.6	5.1	5.1	5.2	5.4	5.6	5.8	8.0	4.2
Utérus (corps, SAI)	5.3	4.9	4.9	4.7	4.8	5.8	5.0	4.7	7.4	3.6	4.8
Encéphale/SNC	4.7	4.9	4.0	4.0	3.8	4.7	5.2	4.3	4.7	—	5.5
Estomac	3.3	2.8	3.0	2.2	2.8	3.4	3.6	3.0	2.1	3.4	4.7
Vessie	2.8	2.8	2.4	2.2	2.6	2.9	3.0	2.5	2.7	—	2.9
Myélome multiple	2.9	3.0	2.6	3.1	3.4	2.7	2.9	3.4	3.0	—	3.0
Rein et bassinnet du rein	2.8	2.3	2.5	3.6	3.8	2.4	3.1	4.2	3.9	—	5.6
Œsophage	2.1	2.5	2.2	2.0	1.6	2.2	1.8	2.4	2.6	—	1.8
Mélanome	2.0	1.9	2.0	1.8	1.8	2.2	1.8	1.9	2.6	—	1.6
Bouche	1.8	2.1	1.6	1.6	1.9	1.8	2.1	1.4	1.1	—	0.8
Col de l'utérus	2.0	1.6	1.8	3.7	2.2	2.0	1.9	2.3	1.7	—	3.0
Foie [†]	1.2	1.5	1.4	0.6	1.2	1.3	1.1	—	0.7	—	1.1
Glande thyroïde	0.5	0.6	0.6	—	0.6	0.6	0.5	0.5	—	—	1.0
Larynx	0.3	0.2	0.3	—	—	0.2	0.6	—	0.5	—	—
Lymphome de Hodgkin	0.2	0.1	0.1	—	—	0.3	0.3	—	—	—	—

— TMNA basés sur moins de 3 décès; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées en raison du faible nombre de cas.

† Le nombre de décès par cancer du foie est sous-estimé; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

TABLEAU 2.5 Nombre de décès projetés par certains cancers, selon le sexe et la province, Canada,* 2019

	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	43,300	5,800	3,700	1,250	1,550	15,600	11,700	1,150	1,550	210	850
Poumon et bronches	10,900	1,250	840	310	320	3,600	3,500	350	420	65	250
Colorectal	5,200	720	450	170	200	1,650	1,450	130	220	25	150
Prostate	4,100	600	430	160	170	1,500	880	90	140	20	80
Pancréas	2,700	380	230	80	90	1,000	670	75	80	10	45
Vessie	1,800	280	150	60	60	680	460	45	65	10	25
Leucémie	1,750	230	140	50	70	660	460	40	60	10	20
Œsophage	1,700	270	200	60	65	650	320	45	65	10	25
Lymphome non hodgkinien	1,600	220	130	55	55	630	370	40	55	5	30
Encéphale/SNC	1,400	190	140	35	35	520	370	30	40	5	20
Rein et bassinnet du rein	1,250	160	110	45	55	440	320	40	50	5	30
Estomac	1,200	140	95	25	40	460	350	25	30	—	35
Foie‡	1,100	200	100	15	30	430	260	25	35	—	10
Bouche	1,050	130	80	25	25	470	260	20	20	5	20
Myélome multiple	860	110	75	20	35	330	230	20	25	5	15
Mélanome	840	100	65	25	25	390	170	15	35	5	10
Larynx	330	30	35	10	5	110	100	10	15	—	10
Glande thyroïde	100	15	10	5	5	45	20	5	—	—	—
Lymphome de Hodgkin	60	10	5	—	—	25	20	—	—	—	—
Sein	55	5	5	—	—	20	10	—	5	—	—
Testicule	35	5	5	—	—	15	10	—	—	—	—
Femmes											
Tous les cancers	38,700	5,100	3,300	1,150	1,400	14,100	10,400	950	1,350	170	740
Poumon et bronches	10,100	1,250	870	300	360	3,300	3,100	260	380	50	170
Sein	5,000	650	470	170	180	1,900	1,300	110	160	15	95
Colorectal	4,400	650	330	140	160	1,500	1,200	100	160	20	120
Pancréas	2,500	340	240	70	85	960	650	60	85	10	35
Ovaire	1,900	280	160	60	65	700	480	50	70	5	35
Lymphome non hodgkinien	1,250	150	100	40	40	490	310	40	50	10	25
Leucémie	1,250	170	100	35	40	480	320	30	40	10	15
Utérus (corps, SAI)	1,250	150	110	30	35	520	290	25	50	5	20
Encéphale/SNC	1,050	140	85	25	25	400	280	20	30	—	20
Estomac	760	90	65	15	20	310	210	15	15	5	20
Vessie	700	95	50	15	20	280	180	15	20	—	10
Myélome multiple	690	100	55	20	25	260	180	20	20	—	10
Rein et bassinnet du rein	670	75	55	25	30	220	180	25	30	—	20
Œsophage	500	80	50	15	15	200	110	15	20	—	5
Mélanome	450	60	45	10	15	190	95	10	15	—	5
Bouche	430	65	35	10	15	160	120	10	10	—	5
Col de l'utérus	410	45	40	20	15	160	95	10	10	—	10
Foie‡	280	45	30	5	10	120	65	—	5	—	5
Glande thyroïde	130	20	15	—	5	50	25	5	—	—	5
Larynx	75	5	5	—	—	20	35	—	5	—	—
Lymphome de Hodgkin	40	5	5	—	—	20	15	—	—	—	—

— Moins de 3 décès; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Les totaux canadiens tiennent compte des estimations provinciales et territoriales. Les données territoriales ne sont pas présentées en raison du faible nombre de cas.

† Les nombres ayant été arrondis, les totaux canadiens pourraient ne pas correspondre aux totaux indiqués.

‡ Le nombre de décès par cancer du foie est sous-estimé; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

TABLEAU 2.6 Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2015

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015
Tous les cancers	1984-1988	0.4 (-0.2, 1.1)	-0.8 (-0.9, -0.7)	1984-1988	0.6 (-0.1, 1.4)	-1.1 (-1.2, -1.0)	1984-2002	-0.1 (-0.2, -0.1)	-0.6 (-0.6, -0.5)
	1988-2002	-0.6 (-0.7, -0.5)		1988-2001	-0.8 (-1.0, -0.7)		2002-2015	-1.2 (-1.3, -1.1)	
	2002-2015	-1.4 (-1.5, -1.4)		2001-2015	-1.8 (-1.9, -1.7)				
Poumon et bronches	1984-1992	1.0 (0.5, 1.5)	-0.6 (-0.7, -0.4)	1984-1991	0.2 (-0.5, 0.9)	-1.7 (-1.9, -1.5)	1984-1993	3.8 (3.2, 4.3)	1.4 (1.1, 1.6)
	1992-2007	-0.7 (-0.9, -0.6)		1991-2007	-2.0 (-2.2, -1.8)		1993-2006	1.3 (1.0, 1.6)	
	2007-2015	-1.8 (-2.2, -1.5)		2007-2015	-2.8 (-3.2, -2.3)		2006-2015	-0.8 (-1.2, -0.5)	
Colorectal	1984-2004	-1.3 (-1.4, -1.2)	-1.6 (-1.7, -1.5)	1984-2004	-1.0 (-1.2, -0.9)	-1.5 (-1.6, -1.4)	1984-2015	-1.7 (-1.8, -1.6)	-1.7 (-1.8, -1.6)
	2004-2015	-2.1 (-2.3, -1.8)		2004-2015	-2.3 (-2.6, -2.1)				
Pancréas	1984-1998	-0.9 (-1.2, -0.5)	-0.4 (-0.6, -0.2)	1984-1998	-1.5 (-1.9, -1.1)	-0.7 (-1.0, -0.5)	1984-2015	-0.1 (-0.2, -0.0)	-0.1 (-0.2, -0.0)
	1998-2015	-0.0 (-0.2, 0.2)		1998-2015	-0.1 (-0.4, 0.2)				
Sein	1984-1994	-0.6 (-1.0, -0.2)	-1.8 (-2.0, -1.7)	1984-2015	-1.0 (-1.6, -0.4)	-1.0 (-1.6, -0.4)	1984-1994	-0.7 (-1.1, -0.3)	-1.8 (-1.9, -1.6)
	1994-2015	-2.4 (-2.5, -2.3)					1994-2015	-2.3 (-2.4, -2.2)	
Prostate				1984-1994	1.2 (0.6, 1.8)	-1.5 (-1.7, -1.3)			
				1994-2015	-2.8 (-3.0, -2.6)				
Leucémie	1984-2015	-0.9 (-1.0, -0.8)	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984-2015	-0.9 (-1.0, -0.8)	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984-2015	-1.0 (-1.1, -0.8)	-1.0 (-1.1, -0.8)
Lymphome non hodgkinien	1984-2000	1.6 (1.2, 1.9)	-0.3 (-0.5, -0.1)	1984-2000	1.8 (1.5, 2.2)	0.1 (-0.3, 0.4)	1984-2000	1.4 (1.0, 1.8)	-0.5 (-0.8, -0.3)
	2000-2015	-2.2 (-2.5, -2.0)		2000-2011	-2.4 (-2.9, -1.9)		2000-2015	-2.5 (-2.9, -2.1)	
				2011-2015	-0.2 (-2.2, 1.8)				
Vessie	1984-2015	-0.3 (-0.5, -0.2)	-0.3 (-0.5, -0.2)	1984-2015	-0.5 (-0.6, -0.3)	-0.5 (-0.6, -0.3)	1984-2015	-0.4 (-0.6, -0.2)	-0.4 (-0.6, -0.2)
Encéphale/SNC	1984-2005	-0.6 (-0.8, -0.4)	-0.2 (-0.4, 0.0)	1984-2015	-0.2 (-0.4, -0.1)	-0.2 (-0.4, -0.1)	1984-2006	-0.7 (-1.0, -0.5)	-0.1 (-0.4, 0.1)
	2005-2015	0.8 (0.3, 1.2)					2006-2015	1.3 (0.5, 2.1)	
Œsophage	1984-1999	0.8 (0.4, 1.1)	0.3 (0.1, 0.5)	1984-2008	0.6 (0.4, 0.8)	0.2 (-0.0, 0.5)	1984-2015	-0.5 (-0.7, -0.3)	-0.5 (-0.7, -0.3)
	1999-2015	-0.2 (-0.5, 0.0)		2008-2015	-1.0 (-1.9, -0.1)				
Estomac	1984-2015	-3.0 (-3.1, -2.9)	-3.0 (-3.1, -2.9)	1984-2015	-3.3 (-3.4, -3.2)	-3.3 (-3.4, -3.2)	1984-2015	-2.8 (-3.0, -2.7)	-2.8 (-3.0, -2.7)
Rein et bassinnet du rein	1984-2015	-0.5 (-0.6, -0.3)	-0.5 (-0.6, -0.3)	1984-2015	-0.4 (-0.6, -0.2)	-0.4 (-0.6, -0.2)	1984-2015	-0.7 (-0.9, -0.5)	-0.7 (-0.9, -0.5)
Ovaire							1984-2015	-0.8 (-0.9, -0.6)	-0.8 (-0.9, -0.6)
Myélome multiple	1984-2015	-0.9 (-1.0, -0.8)	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984-1994	0.9 (-0.6, 2.4)	-0.4 (-1.0, 0.1)	1984-2002	-0.0 (-0.5, 0.5)	-0.7 (-1.1, -0.3)
	1994-2015	-1.0 (-1.3, -0.8)		1994-2015	-1.1 (-1.4, -0.7)		2002-2015	-1.7 (-2.4, -1.0)	
Bouche	1984-2009	-1.8 (-2.0, -1.6)	-1.3 (-1.7, -0.9)	1984-2009	-2.2 (-2.5, -1.9)	-1.5 (-2.0, -1.1)	1984-2015	-1.0 (-1.3, -0.8)	-1.0 (-1.3, -0.8)
	2009-2015	1.0 (-0.9, 2.9)		2009-2015	1.1 (-1.2, 3.5)				
Foie*	1984-1996	-1.0 (-2.2, 0.1)	1.5 (1.0, 2.0)	1984-1995	-0.6 (-2.1, 1.0)	1.8 (1.2, 2.4)	1984-1989	3.1 (-1.9, 8.4)	0.6 (-0.7, 2.0)
	1996-2015	3.1 (2.6, 3.5)		1995-2015	3.1 (2.7, 3.6)		1989-1994	-8.1 (-14.3, -1.5)	
							1994-2015	2.2 (1.8, 2.7)	
Mélanome	1984-2015	0.9 (0.7, 1.1)	0.9 (0.7, 1.1)	1984-2015	1.2 (1.0, 1.5)	1.2 (1.0, 1.5)	1984-2015	0.4 (0.1, 0.6)	0.4 (0.1, 0.6)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2.6 Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2015

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015	Période	VAP (LC 95 %)	VAMP (LC 95 %), 1984 à 2015
Utérus (corps, SAI)							1984-2005	-0.8 (-1.1, -0.5)	0.1 (-0.2, 0.4)
							2005-2015	2.0 (1.1, 2.8)	
Col de l'utérus							1984-2008	-2.8 (-3.1, -2.5)	-2.1 (-2.6, -1.7)
							2008-2015	0.2 (-1.7, 2.2)	
Larynx	1984-1991	0.9 (-1.2, 3.1)	-2.6 (-3.2, -2.1)	1984-1988	2.8 (-1.7, 7.6)	-2.8 (-3.5, -2.2)	1984-2003	-1.6 (-2.6, -0.6)	-2.8 (-3.7, -1.9)
	1991-2015	-3.7 (-4.0, -3.3)		1988-2001	-2.7 (-3.5, -1.9)		2003-2015	-4.7 (-6.5, -2.8)	
				2001-2015	-4.5 (-5.1, -3.8)				
Glande thyroïde	1984-2015	-0.2 (-0.6, 0.2)	-0.2 (-0.6, 0.2)	1984-2015	0.5 (-0.2, 1.2)	0.5 (-0.2, 1.2)	1984-2015	-0.6 (-1.1, -0.0)	-0.6 (-1.1, -0.0)
Lymphome de Hodgkin	1984-1997	-4.8 (-5.9, -3.5)	-3.3 (-4.0, -2.7)	1984-1996	-5.2 (-6.6, -3.8)	-3.5 (-4.3, -2.8)	1984-2015	-3.1 (-3.5, -2.7)	-3.1 (-3.5, -2.7)
	1997-2015	-2.3 (-3.2, -1.5)		1996-2015	-2.5 (-3.3, -1.6)				
Testicule				1984-2015	-1.9 (-2.6, -1.2)	-1.9 (-2.6, -1.2)			
Tous les autres cancers	1984-1998	1.1 (0.5, 1.6)	0.0 (-0.6, 0.6)	1984-2004	1.6 (1.2, 2.0)	0.1 (-0.2, 0.5)	1984-2003	1.4 (1.0, 1.7)	0.0 (-0.3, 0.3)
		3.5 (-1.1, 8.4)		2004-2015	-2.6 (-3.3, -1.8)		2003-2015	-2.0 (-2.6, -1.5)	
	2002-2015	-2.2 (-2.6, -1.7)							

LC = limites de confiance; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Le nombre de décès par cancer du foie est sous-estimé; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : La VAP et la VAMP ont été calculées l'aide du programme de régression Joinpoint, en utilisant les taux de 1984 à 2015. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Sources de données et méthodologie. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus. Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

TABLEAU 2.7 Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2015

	Both sexes		Males		Females	
	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)
Tous les cancers	2002	-1.4 (-1.5, -1.4)	2001	-1.8 (-1.9, -1.7)	2002	-1.2 (-1.3, -1.1)
Poumon et bronches	2007	-1.8 (-2.2, -1.5)	2007	-2.8 (-3.2, -2.3)	2006	-0.8 (-1.2, -0.5)
Colorectal	2004	-2.1 (-2.3, -1.8)	2004	-2.3 (-2.6, -2.1)	1984	-1.7 (-1.8, -1.6)
Pancréas	1998	0.0 (-0.2, 0.2)	1998	-0.1 (-0.4, 0.2)	1984	-0.1 (-0.2, -0.0)
Sein	1994	-2.4 (-2.5, -2.3)	1984	-1.0 (-1.6, -0.4)	1994	-2.3 (-2.4, -2.2)
Prostate	—	—	1994	-2.8 (-3.0, -2.6)	—	—
Leucémie	1984	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984	-1.0 (-1.1, -0.8)
Lymphome non hodgkinien	2000	-2.2 (-2.5, -2.0)	2011	-0.2 (-2.2, 1.8)	2000	-2.5 (-2.9, -2.1)
Vessie	1984	-0.3 (-0.5, -0.2)	1984	-0.5 (-0.6, -0.3)	1984	-0.4 (-0.6, -0.2)
Encéphale/SNC	2005	0.8 (0.3, 1.2)	1984	-0.2 (-0.4, -0.1)	2006	1.3 (0.5, 2.1)
Œsophage	1999	-0.2 (-0.5, 0.0)	2008	-1.0 (-1.9, -0.1)	1984	-0.5 (-0.7, -0.3)
Estomac	1984	-3.0 (-3.1, -2.9)	1984	-3.3 (-3.4, -3.2)	1984	-2.8 (-3.0, -2.7)
Rein et bassinnet du rein	1984	-0.5 (-0.6, -0.3)	1984	-0.4 (-0.6, -0.2)	1984	-0.7 (-0.9, -0.5)
Ovaire	—	—	—	—	1984	-0.8 (-0.9, -0.6)
Myélome multiple	1994	-1.0 (-1.3, -0.8)	1994	-1.1 (-1.4, -0.7)	2002	-1.7 (-2.4, -1.0)
Bouche	2009	1.0 (-0.9, 2.9)	2009	1.1 (-1.2, 3.5)	1984	-1.0 (-1.3, -0.8)
Foie†	1996	3.1 (2.6, 3.5)	1995	3.1 (2.7, 3.6)	1994	2.2 (1.8, 2.7)
Mélanome	1984	0.9 (0.7, 1.1)	1984	1.2 (1.0, 1.5)	1984	0.4 (0.1, 0.6)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2005	2.0 (1.1, 2.8)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2008	0.2 (-1.7, 2.2)
Larynx	1991	-3.7 (-4.0, -3.3)	2001	-4.5 (-5.1, -3.8)	2003	-4.7 (-6.5, -2.8)
Glande thyroïde	1984	-0.2 (-0.6, 0.2)	1984	0.5 (-0.2, 1.2)	1984	-0.6 (-1.1, -0.0)
Lymphome de Hodgkin	1997	-2.3 (-3.2, -1.5)	1996	-2.5 (-3.3, -1.6)	1984	-3.1 (-3.5, -2.7)
Testicules	—	—	—	—	—	—
Tous les autres cancers	2002	-2.2 (-2.6, -1.7)	2004	-2.6 (-3.3, -1.8)	2003	-2.0 (-2.6, -1.5)

— Sans objet; LC = limites de confiance; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* La VAP a été calculée l'aide du programme de régression Joinpoint, en utilisant les taux de 1984 à 2015. Si une ou plusieurs variations importantes ont été observées dans la tendance des taux, la VAP reflète la tendance depuis la plus récente variation importante (année de référence) jusqu'en 2015. Sinon, la VAP reflète la tendance des taux sur toute la période (1984 à 2015).

† Le nombre de décès par cancer du foie est sous-estimé; voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Chapitre 3

Quelle est la probabilité de survivre au cancer au Canada?

Survie nette selon le sexe, l'âge, la région géographique et l'année

La survie au cancer dans la population comprend toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer dans une région géographique définie (comme la province), peu importe leur âge, leur état de santé ou l'accès à l'assurance-santé et aux soins médicaux. Elle fournit une estimation de la survie utile «moyenne», mais ne reflète pas des pronostics individuels. En plus des données sur l'incidence et la mortalité, la survie au cancer dans la population est un paramètre clé pour évaluer les initiatives de soins et de dépistage du cancer dans la population^(1,2).



La survie nette prévue après cinq ans est de 63 %.

Principales constatations

- De 2012 à 2014, la survie nette prévue à cinq ans normalisée selon l'âge pour tous les cancers combinés était de 63 %; elle s'établissait à 55 % au début des années 90.
- La survie nette la plus élevée après cinq ans a été observée pour les cancers de la glande thyroïde (98 %), du testicule (97 %) et de la prostate (93 %). Elle était la plus faible pour les cancers du pancréas (8 %), de l'œsophage (15 %), du poumon et des bronches (poumon) (19 %) et du foie (19 %).
- La survie nette des femmes est plus élevée que celle des hommes pour la plupart des cancers étudiés.
- La survie nette diminue généralement avec l'âge.
- 84 % des enfants ayant reçu un diagnostic de cancer ont survécu au moins cinq ans.

Survie nette

La probabilité de survie qui serait observée dans l'hypothèse où le cancer à l'étude est la seule cause possible de décès (c.-à-d. la survie dans la mesure où le cancer sous étude est concerné). La méthode de la survie nette est privilégiée pour comparer les études portant sur la survie au cancer dans la population parce qu'elle s'adapte au fait que différentes populations peuvent présenter, à la base, des niveaux de risque de décès variables. Elle peut être mesurée sur diverses périodes. Toutefois, comme il s'agit de la norme utilisée dans d'autres rapports, la période de cinq ans a été retenue comme la principale durée d'analyse pour la présente publication.

Survie prévue

La survie prévue (période) fournit une estimation plus à jour de la survie grâce à l'utilisation exclusive des antécédents de survie des cas de cancer au cours d'une période récente (p. ex. 2012 à 2014). Lorsqu'il y a une tendance à la hausse de la survie, les estimations prévues fournissent une mesure plus à jour, quoique prudente, de la survie récente^(4,5).

Survie nette à cinq et dix ans

La survie nette au cancer dans la population fournit une mesure du pronostic d'un cancer. Le [tableau 3.1](#) montre la survie nette prévue à 5 et 10 ans selon le sexe pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 15 et 99 ans.

- Pour tous les cancers combinés, la survie nette est de 63 % à cinq ans et de 57 % à 10 ans.
- La survie nette à cinq et dix ans était la plus élevée pour les cancers de la glande thyroïde (98 %, 97 %), du testicule (97 %, 96 %) et de la prostate (93 %, 90 %).
- La survie nette à cinq ans est la plus faible pour les cancers du pancréas (8 %), de l'œsophage (15 %), du poumon (19 %) et du foie (19 %). Bien qu'elle ne soit pas présentée ici, une étude récente a révélé que la survie au mésothéliome est également faible (7 %)⁽³⁾.
- Dans la mesure du possible, des estimations de la survie ont également été fournies pour des types de cancers distincts (p. ex. le cancer du côlon et le cancer du rectum) au sein d'un même groupe (p. ex. le cancer colorectal), car la survie peut varier considérablement dans un même groupe. Par exemple, la survie après cinq ans est significativement plus faible pour la leucémie myéloïde aiguë (21 %) que pour la leucémie lymphocytaire chronique (83 %), alors que la survie pour toutes les leucémies combinées est de 59 %.

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Taux de survie nette normalisé selon l'âge

Le taux de survie net qui aurait été observé si, au moment du diagnostic, la distribution par âge du groupe de personnes atteintes du cancer à l'étude avait été la même que celle de la population type. Pour chaque cancer, la population type représentait les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer au Canada (à l'exception du Québec) de 2010 à 2014. Il est ainsi plus facile de comparer la survie nette entre les régions géographiques et au fil du temps.

Intervalle de confiance (IC)

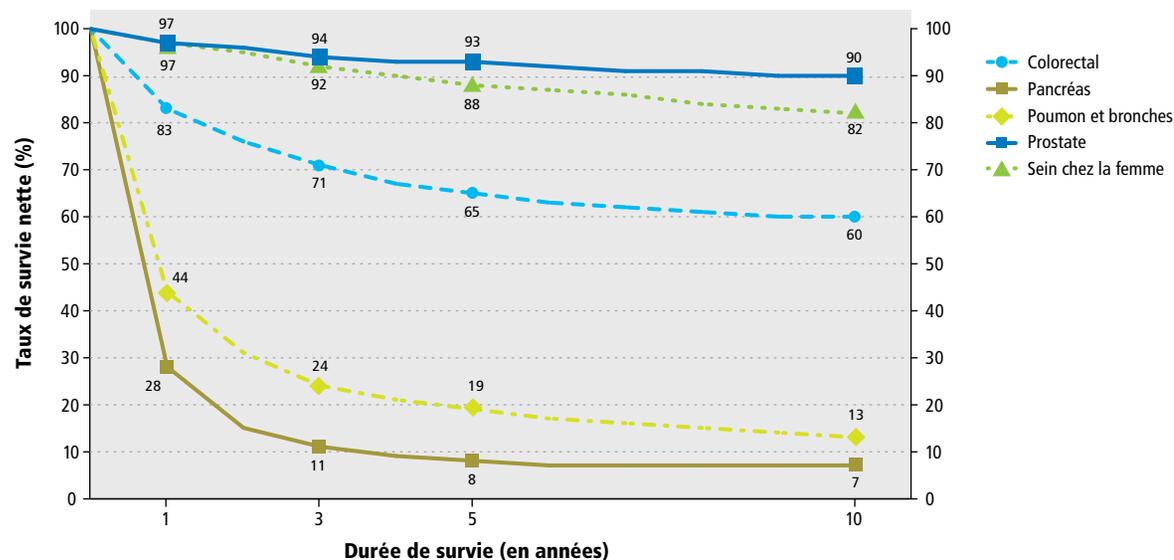
Plage de valeurs qui fournit une indication de la précision d'une estimation. Les intervalles

de confiance sont habituellement de 95 %, ce qui signifie qu'on peut être sûr à 95 %, en l'absence d'autres sources de biais, que l'intervalle contient la vraie valeur pour l'estimation pertinente.

Tous les cancers combinés

Les estimations de survie pour tous les cancers combinés ont été calculées sous forme de moyenne pondérée des estimations pour chaque cancer. Il s'agit de la survie nette à « tous les cancers » qui aurait été observée si la distribution des cancers étudiés avait été la même que celle des cancers au Canada (à l'exception du Québec) de 2010 à 2014. Cet ajustement facilite la comparaison de la survie nette pour tous les cancers combinés entre les régions géographiques et au fil du temps.

FIGURE 3.1 Prévion de la survie nette aux principales causes de décès par cancer selon la durée de survie, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec*), 2012 à 2014



Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Sources : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014) et tables de mortalité de Statistique Canada

La survie au cancer diminue généralement au fil du temps, en particulier au cours des cinq premières années suivant le diagnostic. La figure 3.1 montre la survie nette prévue jusqu'à 10 ans après le diagnostic.

- Dans le cas du cancer de la prostate et du cancer du sein chez les femmes, la survie nette diminuait relativement graduellement au cours des 10 premières années, mais moins graduellement dans le cas du cancer du sein.
- Quant au cancer colorectal, la survie nette diminuait de 83 % à 71 % entre un et trois ans après le diagnostic, puis plus graduellement entre la troisième et la dixième année, après quoi la survie était de 60 %.
- Pour le cancer du poumon et le cancer du pancréas, la survie nette baissait radicalement au cours des trois premières années suivant le diagnostic (à 24 % et 11 %, respectivement) et plus graduellement par la suite.

Survie selon le sexe

Les différences dans la survie entre les hommes et les femmes sont indiquées au [tableau 3.1](#).

- Chez les hommes, la survie nette à cinq ans était la plus élevée pour les cancers du testicule (97 %), de la glande thyroïde (94 %) et de la prostate (93 %).
- Chez les femmes, la survie nette à cinq ans était la plus élevée pour le cancer de la glande thyroïde (99 %), le mélanome (91 %) et le cancer du sein (88 %).
- Pour les deux sexes combinés, la survie nette la plus faible était pour le cancer du pancréas, suivi du cancer de l'œsophage.

- Pour tous les cancers combinés, la survie nette à cinq ans était plus élevée chez les femmes (65 %) que chez les hommes (61 %).
- Pour la plupart des cancers, la survie nette était plus élevée chez les femmes ou était semblable chez les hommes et les femmes. La survie était seulement plus faible chez les femmes que chez les hommes en ce qui concerne la leucémie lymphoblastique aiguë (45 % c. 56 %), le cancer de la vessie (73 % c. 75 %) et le cancer du larynx (57 % c. 63 %), mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Une survie nette plus élevée chez les femmes est établie par une observation selon laquelle les femmes présentent un risque excédentaire significativement plus faible que les hommes de mourir de leur cancer, plus particulièrement chez les moins de 55 ans⁽⁶⁾.



La survie est habituellement plus faible chez les hommes que chez les femmes.

Survie selon l'âge

Pour la plupart des cancers diagnostiqués chez les adultes, la survie nette diminue avec l'âge au moment du diagnostic⁽³⁾. Le [tableau 3.2](#) montre la survie nette prévue à cinq ans par groupe d'âge.

- La survie au cancer de la prostate demeure élevée (≥ 95 %) chez les hommes ayant reçu un diagnostic avant 75 ans; la survie la plus faible (57 %) est observée chez les hommes de 85 ans et plus.

- La survie au cancer du sein est relativement élevée (≥ 84 %) chez les femmes ayant reçu un diagnostic avant 85 ans, après quoi la survie chute à environ 75 %.
- Pour les deux sexes combinés, la survie au cancer du poumon est deux fois plus élevée (35 %) chez les Canadiens ayant reçu un diagnostic entre 15 et 44 ans que chez ceux ayant reçu leur diagnostic entre 75 et 84 ans (15 %) et entre 85 et 99 ans (9 %).
- Il existe une différence considérable dans la survie entre les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du pancréas entre 15 à 44 ans (39 %) et celles l'ayant reçu entre 75 et 84 ans (5 %) ou plus (1 %).

Survie au cancer chez les enfants

Le cancer est peu répandu chez les enfants de moins de 15 ans ([tableau 1.3](#)), et les décès attribuables au cancer le sont encore moins ([tableau 2.3](#)). En général, la survie au cancer est relativement élevée pour bon nombre des cancers les plus couramment diagnostiqués dans ce groupe d'âge. Le [tableau 3.3](#) montre la survie prévue à un et cinq ans chez les enfants, par catégorie de diagnostic de cancer infantile⁽⁷⁾.

Survie observée

Il s'agit de la proportion des personnes atteintes de cancer toujours en vie après une période donnée (p. ex. cinq ans) suivant le diagnostic. Dans la présente publication, la survie observée n'est utilisée que pour décrire le cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans).

- Pour tous les cancers combinés, la survie après un an est de 93 %; elle se situe à 84 % après cinq ans.
- La survie après cinq ans au lymphome hodgkinien, au rétinoblastome, au néphroblastome et aux tumeurs malignes des cellules germinales gonadiques est supérieure à 95 %.
- La survie après cinq ans est la plus faible pour la leucémie myéloïde aiguë (64 %), les tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intramédullaires (69 %), les tumeurs osseuses malignes (70 %) et les sarcomes des tissus mous (71 %).

Survie selon la région géographique

Le [tableau 3.4](#) montre la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge pour certains cancers par province (sauf le Québec).

- La survie nette à cinq ans varie peu d'une province à l'autre pour les cancers de la prostate, du sein chez la femme, de la glande thyroïde, de l'utérus et du pancréas.

SAI = sans autre indication

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Les estimations pour tous les cancers combinés ont été calculées en tant que moyenne pondérée des estimations pour les cancers individuels, voir l'[Annexe II : Sources de données et méthodologie](#).

* Ne comprend pas les cas *in situ* diagnostiqués avant 2010 en Ontario parce qu'ils n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Pour chacun des cancers, la répartition par âge des personnes chez qui on a diagnostiqué ce cancer au Canada, à l'exception du Québec, de 2010 à 2014 a servi d'unité statistique normalisée (consultez l'[Annexe II : Sources de données et méthodologie](#)). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

- Il y a davantage de variation dans la survie pour des cancers comme le cancer colorectal, qui va de 60 % (Nouvelle-Écosse) à 67 % (Ontario), et le cancer du poumon, de 16 % (Saskatchewan et Nouvelle-Écosse) à 21 % (Manitoba).
- Certaines de ces variations peuvent révéler des variations dans le stade auquel les cancers sont habituellement diagnostiqués dans différentes provinces⁽⁸⁾.

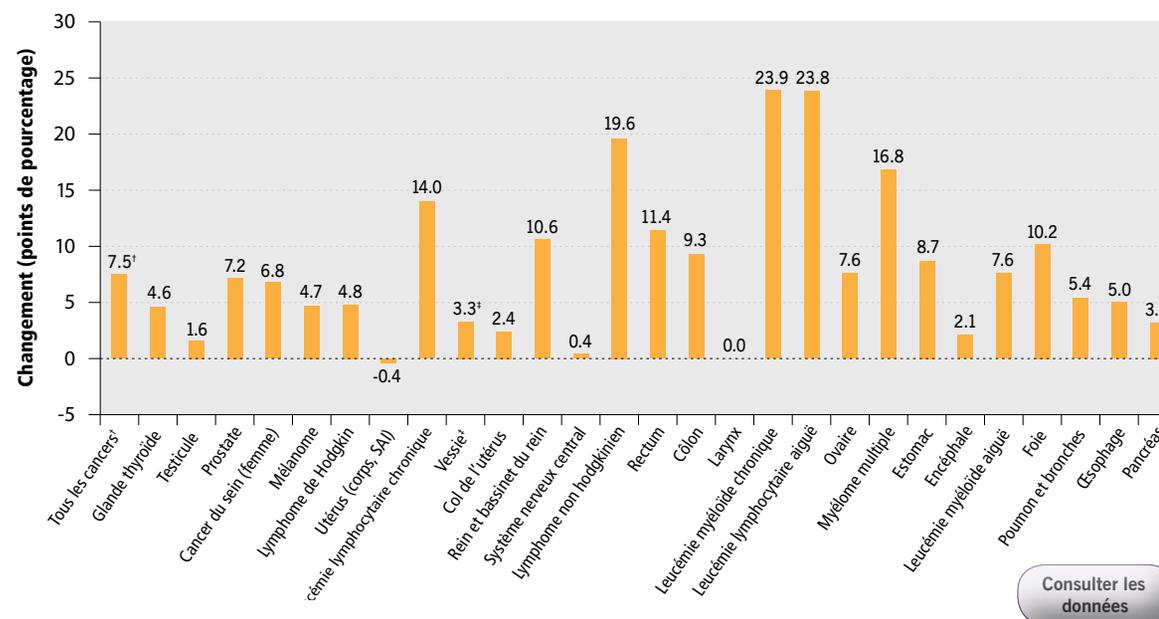
Survie au fil du temps

L'examen des tendances de la survie nette et des tendances de l'incidence et de la mortalité peut fournir des renseignements importants sur

les progrès en matière de traitement et de lutte contre le cancer. La figure 3.2 montre la variation prévue de la survie nette normalisée selon l'âge sur 20 ans.

- La survie pour tous les cancers combinés a augmenté de 8 points de pourcentage, passant de 55 % de 1992 à 1994 à 63 % de 2012 à 2014.
- La survie a augmenté pour la plupart des cancers, mais elle est demeurée relativement inchangée pour les cancers de l'utérus, du système nerveux central (SNC) et du larynx.
- Les augmentations les plus importantes entre les deux périodes ont été observées pour la leucémie myéloïde chronique (24 points de pourcentage) et la leucémie lymphocytaire

FIGURE 3.2 Changements prévus dans la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge à certains cancers, entre 1992 et 1994 et 2012 et 2014, chez des sujets de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec*)



Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Sources : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014) et tables de mortalité de Statistique Canada Partiellement adapté du tableau 2 qui figure dans Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. Rapports sur la santé 2018; 29(9) : 11-20.

Consulter les données

aiguë (24 points de pourcentage), suivies du lymphome non hodgkinien (20 points de pourcentage), du myélome multiple (17 points de pourcentage) et de la leucémie lymphocytaire chronique (14 points de pourcentage).

- Les améliorations observées pour la leucémie sont probablement attribuables aux améliorations du traitement⁽⁹⁾.

Survie nette conditionnelle

La survie conditionnelle est souvent plus significative pour la gestion clinique et le pronostic que la survie après cinq ans mesurée à partir de la date du diagnostic⁽¹⁰⁾. Étant donné que le risque de décès par cancer est souvent le plus élevé dans les quelques années suivant le diagnostic (figure 3.1), le pronostic peut s'améliorer de façon substantielle chez les personnes qui survivent un an ou plus. Pour ces personnes, la survie nette à cinq ans mesurée au moment du diagnostic (tableau 3.1) ne s'applique plus. Le tableau 3.5 montre la survie nette conditionnelle prévue après cinq ans, calculée à partir de la date du diagnostic de cancer chez les personnes qui ont survécu à la première année suivant le diagnostic. Il présente également la survie nette prévue après un an.

- En règle générale, les principales différences entre la survie nette à cinq ans et la survie nette conditionnelle à cinq ans se rapportaient aux cancers associés à une faible survie après un an. Par exemple, la survie nette après un an pour le cancer du pancréas est de 28 %, tandis que la survie nette à cinq ans est de 8 % et la survie nette conditionnelle à cinq ans est de 29 %.
- En revanche, comme le potentiel d'amélioration est limité pour les cancers qui ont un bon

Survie nette conditionnelle

Mesure qui tient compte de l'amélioration du pronostic pour les personnes qui ont déjà survécu à un certain nombre d'années (p. ex. un an) depuis le diagnostic. Celle-ci est mesurée dans l'hypothèse où le cancer à l'étude est la seule cause possible de décès.

pronostic au moment du diagnostic, il y avait peu de différences entre la survie nette à cinq ans et la survie nette conditionnelle à cinq ans pour ces cancers. Par exemple, étant donné la survie nette élevée à un an pour le cancer du sein (97 %), il n'y avait qu'une différence de trois points entre la survie nette à cinq ans (88 %) et la survie nette conditionnelle à cinq ans (91 %).

Que signifient ces statistiques?

Les statistiques sur la survie sont d'importants indicateurs de l'efficacité de la détection et du traitement du cancer. Un certain nombre de facteurs influent sur la survie, notamment le sexe (les femmes ont une meilleure survie que les hommes), l'âge (la survie diminue habituellement avec l'âge) et l'accès à des soins de qualité (qui peuvent varier d'une région à l'autre).

Heureusement, nous réalisons des progrès. La survie au cancer s'est améliorée pour la plupart des cancers au cours des 20 dernières années au Canada. Les améliorations les plus notables ont été observées pour les cancers du sang, y compris la leucémie et le lymphome non hodgkinien, qui peuvent être en grande partie attribuables aux améliorations du traitement.

La survie au cancer colorectal s'est également améliorée, mais après cinq ans, elle n'est que

Comparaison internationale

La survie au cancer chez les Canadiens est l'une des plus élevées au monde pour de nombreux cancers courants⁽¹¹⁾ et demeure élevée lorsqu'on la compare à celle enregistrée dans les pays à revenu élevé qui disposent d'un registre du cancer et de soins de santé universels similaires⁽¹²⁾. Cela peut s'expliquer en partie par une distribution plus favorable des stades au moment du diagnostic, lorsque le traitement est souvent plus efficace⁽¹³⁾.

La comparaison de la survie au cancer au sein des populations de divers pays peut favoriser l'évaluation de l'efficacité globale du système de soins de santé d'un pays au chapitre de la prestation de services à la population atteinte du cancer et aux survivants du cancer. Afin de faciliter la comparaison entre le Canada et d'autres pays, des estimations de la survie selon le sexe pour certains cancers ont été normalisées selon l'âge à l'aide des poids standard pour la population type du Canada et des poids de l'*International Cancer Survival Standard (ICSS)* fournis en ligne (tableau S3.1)⁽¹⁴⁾.

de 65 %. Cela traduit probablement le fait que près de 50 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués au stade III ou IV⁽⁸⁾. Cependant, il existe des programmes de dépistage du cancer colorectal dans la population partout au pays. Compte tenu de la participation accrue à ces programmes, un plus grand nombre de cancers devraient être diagnostiqués de façon précoce, et la survie au cancer colorectal devrait augmenter. Cette attente repose sur le fait que les cancers comme le cancer du sein chez la femme où la

plupart des cas sont diagnostiqués de façon précoce⁽⁸⁾ et où la survie est élevée témoignent probablement du succès des programmes de dépistage bien établis.

Malgré ces succès notables, il reste encore beaucoup à améliorer parce que la survie nette de certains cancers demeure faible. Cela comprend le cancer du poumon — le cancer le plus souvent diagnostiqué et la principale cause de décès par cancer au Canada — et le cancer du pancréas, qui est un cancer moins fréquemment diagnostiqué, mais qui devrait être la troisième principale cause de décès par cancer au Canada en 2019. Les faibles probabilités de survie pour ces cancers rendent compte dans une grande mesure du stade avancé du cancer au moment du diagnostic⁽⁸⁾. Dans un proche avenir, les programmes de dépistage du cancer du poumon peuvent accroître la détection précoce et améliorer la survie. Dans le cas du cancer du pancréas, la recherche visant à améliorer la détection et le traitement précoces est essentielle pour accroître la survie.

La surveillance continue de la survie au cancer selon le sexe, l'âge, la région géographique et au fil du temps permet de cerner les domaines où il faut déployer plus d'efforts pour détecter, diagnostiquer et traiter le cancer, ainsi que les domaines où des recherches plus poussées sont nécessaires pour mettre au point de meilleurs traitements.

Ressources supplémentaires

Le site Web Cancer.ca/statistiques contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Ces ressources comprennent les suivantes :

- Feuilles Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#);
- Feuilles Excel avec des [statistiques supplémentaires](#);
- [Images des figures](#) PowerPoint dans l'ensemble de ce chapitre.

Références

1. Coleman MP. Cancer survival: Global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet*. 8 février 2014; 383(9916):564–73.
2. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival. *J Intern Med*. Août 2006; 260(2):103–17.
3. Ellison LF. An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry. *Ann Epidemiol*. Mars 2006; 16(3) : 191–6.
4. Brenner H, Arndt V. Recent increase in cancer survival according to age: higher survival in all age groups, but widening age gradient. *Cancer causes & control* : CCC. 2004; 15(9):903-10.
5. Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. *Rapports sur la santé*. 19 sept. 2018; 29(9) : 11–20.
6. Ellison LF. Différences dans les taux de survie au cancer au Canada, selon le sexe. *Rapports sur la santé*. Avr. 2016; 27(4) : 20–29.
7. National Cancer Institute [Internet]. International classification of childhood cancer (ICCC) Recode ICD-0-3/WHO 2008. Bethesda, MD: Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER); 2008. Disponible à l'adresse : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-who2008.html> (consulté en mars 2019).
8. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018 Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2018. Disponible à l'adresse : www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR (consulté en mars 2019).
9. Ellison LF. Amélioration de la survie à la leucémie chez les adolescents et les adultes au Canada : un examen plus approfondi. *Rapports sur la santé*. 20 juil. 2016; 27(7) : 21–9.
10. Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. Analyses de la survie conditionnelle selon le siège du cancer. *Rapports sur la santé*. Juin 2011; 22(2) : 21–5.
11. Allemanni C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3) : Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 17 mars 2018; 391(10125):1023–75.
12. Coleman MP, Forman D, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): An analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 8 janv. 2011; 377(9760):127–38.

13. Walters S, Maringe C, Butler J, Rachet B, Barrett-Lee P, Bergh J, et al. Breast cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 2000–2007: A population-based study. *Br J Cancer*. 19 mars 2013; 108(5):1195–208.
14. Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. Oct. 2004; 40(15):2307–16.

TABLEAU 3.1 Taux prédit de survie nette à cinq et à dix ans à certains cancers selon le sexe, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec*), 2012 à 2014

	Survie nette à cinq ans (%) (IC 95 %)			Taux de survie nette à dix ans (%) (IC 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers[†]	63 (63-63)	61 (61-61)	65 (64-65)	57 (57-58)	56 (55-56)	59 (59-60)
Glande thyroïde	98 (97-98)	94 (92-95)	99 (98-99)	97 (96-98)	91 (88-94)	98 (97-99)
Testicule	—	97 (96-97)	—	—	96 (94-98)	—
Prostate	—	93 (92-93)	—	—	90 (89-90)	—
Sein	88 (88-89)	80 (73-85)	88 (88-89)	82 (81-83)	65 (52-74)	82 (82-83)
Mélanome	88 (87-88)	84 (83-86)	91 (90-92)	87 (85-88)	83 (80-85)	91 (89-93)
Lymphome de Hodgkin	86 (84-87)	85 (82-87)	87 (84-89)	81 (78-83)	79 (76-82)	83 (79-86)
Utérus (corps, SAI)	—	—	83 (83-84)	—	—	80 (79-82)
Vessie [‡]	75 (74-76)	75 (74-76)	73 (72-75)	66 (63-69)	66 (63-70)	66 (61-70)
Col de l'utérus	—	—	72 (70-74)	—	—	67 (65-69)
Rein et bassinnet du rein	71 (70-72)	70 (69-72)	72 (70-74)	63 (61-64)	61 (59-63)	64 (61-67)
Lymphome non hodgkinien	68 (67-69)	67 (66-68)	70 (68-71)	59 (56-61)	58 (56-60)	60 (55-64)
Colorectal	65 (65-66)	65 (64-66)	65 (65-66)	60 (59-61)	60 (58-61)	61 (60-63)
Rectum	66 (65-67)	65 (64-66)	67 (65-68)	62 (60-63)	62 (60-64)	61 (58-64)
Côlon	65 (64-66)	65 (64-66)	65 (64-66)	61 (59-62)	59 (57-61)	62 (60-64)
Bouche	64 (63-65)	64 (62-65)	66 (63-68)	56 (54-58)	54 (52-57)	59 (56-62)
Larynx	62 (59-64)	63 (60-65)	57 (51-62)	49 (46-53)	51 (48-55)	41 (32-50)
Leucémie	59 (58-60)	59 (58-61)	59 (57-60)	49 (48-51)	49 (47-51)	50 (47-52)
Leucémie lymphocytaire chronique	83 (81-84)	81 (79-83)	86 (83-88)	67 (65-70)	65 (61-68)	72 (67-76)
Leucémie myéloïde chronique	60 (57-63)	60 (55-63)	62 (57-67)	50 (47-54)	51 (46-55)	51 (44-56)
Leucémie lymphocytaire aiguë	51 (47-56)	56 (50-62)	45 (38-52)	47 (42-52)	55 (47-61)	38 (30-45)
Leucémie myéloïde aiguë	21 (19-22)	19 (17-21)	23 (20-25)	18 (17-20)	16 (14-18)	20 (18-23)
Ovaire	—	—	45 (44-47)	—	—	36 (35-38)
Myélome multiple	44 (43-46)	44 (42-46)	45 (42-47)	32 (30-34)	25 (22-27)	39 (36-43)
Estomac	28 (27-29)	27 (26-29)	29 (27-31)	27 (25-29)	27 (25-29)	27 (25-30)
Encéphale/SNC	23 (22-24)	22 (21-24)	24 (22-26)	17 (16-19)	17 (15-18)	19 (17-20)
SNC	71 (64-76)	66 (57-75)	75 (66-82)	63 (55-71)	60 (48-70)	67 (54-77)
Encéphale	21 (19-22)	20 (19-22)	21 (19-23)	15 (14-16)	15 (14-16)	16 (14-18)
Foie	19 (18-20)	18 (17-20)	21 (18-23)	13 (12-15)	13 (11-14)	14 (11-17)
Poumon et bronches	19 (18-19)	15 (15-16)	22 (22-23)	13 (13-13)	11 (10-11)	16 (15-16)
Œsophage	15 (14-16)	15 (13-16)	17 (15-20)	12 (10-13)	11 (10-13)	13 (10-17)
Pancréas	8 (7-9)	8 (7-9)	8 (8-9)	7 (6-8)	6 (4-7)	8 (7-9)

— Sans objet; IC = intervalle de confiance; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Les estimations pour tous les cancers combinés ont été calculées sous forme de moyenne pondérée des estimations pour les cancers individuels. Pour plus de détails, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie.

‡ Ne comprend pas les cas *in situ* diagnostiqués avant 2010 en Ontario parce qu'ils n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Le tableau A1 contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Sources : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014) et tables de mortalité de Statistique Canada

TABLEAU 3.2 Taux prédit de survie nette à cinq ans à certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec*), 2012 à 2014

Groupe d'âge (années)	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)					
	Prostate	Sein (femme)	Colorectal	Poumon et bronches	Glande thyroïde	Mélanome
15-44	95 (90-98)	88 (87-89)	73 (71-75)	35 (31-39)	100 (99-100)	92 (91-93)
45-54	97 (96-97)	91 (90-91)	72 (70-73)	24 (22-25)	99 (98-99)	91 (90-92)
55-64	97 (97-97)	90 (90-91)	70 (69-70)	22 (21-23)	97 (96-98)	89 (88-90)
65-74	97 (96-97)	91 (90-92)	68 (67-69)	21 (20-21)	95 (93-97)	87 (85-88)
75-84	87 (85-88)	84 (82-85)	61 (60-62)	15 (14-16)	91 (85-95)	83 (80-85)
85-99	57 (53-61)	75 (71-79)	50 (47-52)	9 (7-10)	—	80 (72-86)

Groupe d'âge (années)	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)				
	Utérus (corps, SAI)	Vessie [†]	Rein et bassinnet du rein	Lymphome non hodgkinien	Pancréas
15-44	90 (87-92)	89 (85-92)	88 (86-90)	84 (82-86)	39 (33-45)
45-54	88 (87-90)	87 (84-89)	82 (80-84)	81 (79-83)	16 (14-19)
55-64	88 (87-89)	82 (80-83)	77 (76-79)	77 (76-79)	11 (9-12)
65-74	82 (80-83)	79 (77-80)	70 (68-72)	70 (68-71)	7 (6-8)
75-84	73 (70-76)	70 (68-72)	59 (56-62)	57 (55-59)	5 (4-6)
85-99	58 (49-65)	57 (53-62)	33 (28-39)	40 (35-44)	1 (1-2)

— erreur type supérieure à 0,1, donc jugée trop peu fiable; IC = intervalle de confiance; SAI = sans autre indication

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Ne comprend pas les cas in situ diagnostiqués avant 2010 en Ontario parce qu'ils n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Source : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014) et tables de mortalité de Statistique Canada
Partiellement adapté du tableau 3 qui figure dans Ellison LF.

TABLEAU 3.3 Pourcentages de survie observés (PSO) à un et cinq ans prédits selon le groupe de diagnostic et les sous-groupes sélectionnés, chez des sujets âgés de 0 à 14 ans au moment du

Groupe de diagnostic [†]	PSO (%) (IC 95 %)	
	1 an	5 ans
Tous les groupes[†]	93 (92-94)	84 (83-85)
I. Leucémies, syndromes myélodysplasiques et syndromes myéloprolifératifs	95 (94-96)	89 (87-91)
a. Leucémies lymphoïdes	98 (97-99)	94 (92-95)
b. Leucémies myéloïdes aiguës	80 (73-85)	64 (56-71)
II. Lymphomes et tumeurs réticuloendothéliales	96 (94-97)	92 (90-94)
a. Lymphomes de Hodgkin	99 (95-100)	97 (93-99)
b. Lymphomes non hodgkiniens (à l'exclusion du lymphome de Burkitt)	94 (90-97)	89 (84-93)
c. Lymphome de Burkitt	91 (80-96)	89 (78-95)
III. Tumeurs du SNC et tumeurs intracrâniennes et intramédullaires diverses	86 (83-88)	72 (69-75)
b. Astrocytomes	89 (85-92)	81 (77-85)
c. Tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intramédullaires	84 (78-89)	69 (61-75)
IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du système nerveux périphérique	96 (93-98)	81 (76-86)
V. Rétinoblastomes	100 (..-..)	96 (89-99)
VI. Tumeurs rénales	98 (94-99)	96 (92-98)
a. Néphroblastomes et autres tumeurs rénales non épithéliales	98 (94-99)	96 (92-98)
VII. Tumeurs hépatiques	88 (75-94)	75 (61-84)
VIII. Tumeurs osseuses malignes	93 (88-96)	70 (62-77)
IX. Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extraosseux	89 (84-92)	71 (65-76)
a. Rhabdomyosarcomes	97 (92-99)	75 (66-82)
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	95 (90-98)	95 (89-97)
b. Tumeurs germinales extragonadiques et extracrâniennes malignes	94 (79-99)	94 (79-99)
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	96 (85-99)	96 (85-99)
XI. Autres tumeurs épithéliales malignes et mélanomes malins	94 (89-97)	92 (86-95)
XII. Tumeurs malignes autres et non précisées	77 (58-88)	72 (54-84)

.. estimation ne peut être calculée; IC = intervalle de confiance; CNS = système nerveux central

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

[†] Les cancers ont été classés selon le Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) mise à jour de l'International Classification of Childhood Cancer, Third Edition (ICCC-3) (classification internationale des cancers de l'enfant, troisième édition).⁽⁷⁾ Seuls les sous-groupes sélectionnés au sein de chaque groupe de diagnostic figurent dans la liste.

Nota : Les estimations auxquelles est associée une erreur type supérieure à 0,05, mais inférieure ou égale à 0,10 sont indiquées en italique.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Source : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014)

TABLEAU 3.4 Taux prédit de survie nette à cinq ans, normalisé selon l'âge pour certains cancers, selon la province, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec*), 2012

Province	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)						
	Prostate	Sein (femme)	Colorectal	Poumon et bronches	Glande thyroïde	Mélanome	Utérus (corps, SAI)
Canada*	93 (92-93)	88 (88-89)	65 (64-66)	19 (18-19)	98 (97-98)	88 (87-88)	83 (83-84)
Colombie-Britannique (C.-B.)	92 (92-93)	88 (87-89)	64 (63-66)	17 (16-18)	95 (93-96)	89 (87-91)	85 (83-87)
Alberta (Alb.)	91 (89-92)	90 (88-91)	63 (61-64)	17 (16-18)	97 (95-98)	90 (86-92)	84 (82-87)
Saskatchewan (Sask.)	90 (88-92)	89 (87-91)	63 (60-66)	16 (15-18)	97 (90-99)	85 (78-90)	83 (78-87)
Manitoba (Man.)	91 (89-93)	89 (87-91)	63 (60-65)	21 (19-23)	97 (93-99)	88 (82-92)	84 (80-87)
Ontario (Ont.)	93 (93-94)	88 (88-89)	67 (66-68)	20 (19-20)	98 (98-99)	86 (85-87)	83 (81-84)
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	93 (90-94)	89 (86-90)	66 (63-69)	20 (18-22)	97 (93-99)	90 (84-94)	84 (78-88)
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	94 (91-96)	88 (86-90)	60 (58-62)	16 (15-18)	96 (92-98)	92 (87-96)	81 (76-85)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	92 (86-96)	85 (78-89)	61 (53-67)	..	92 (79-97)	89 (74-96)	85 (68-93)
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	93 (90-96)	85 (82-88)	62 (59-66)	18 (16-21)	96 (90-99)	89 (79-94)	83 (77-88)

Province	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)			
	Vessie [†]	Rein et bassinets du rein	Lymphome non hodgkinien	Pancréas
Canada*	75 (74-75)	71 (70-72)	68 (67-69)	8 (7-9)
Colombie-Britannique (C.-B.)	74 (72-76)	66 (63-68)	68 (66-70)	8 (6-9)
Alberta (Alb.)	77 (74-80)	70 (67-73)	70 (68-73)	8 (6-9)
Saskatchewan (Sask.)	74 (69-78)	65 (60-69)	68 (63-72)	6 (4-10)
Manitoba (Man.)	72 (67-77)	66 (61-70)	70 (65-74)	8 (5-11)
Ontario (Ont.)	74 (73-75)	73 (72-74)	68 (67-69)	9 (8-10)
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	76 (71-81)	73 (68-78)	70 (64-75)	..
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	78 (73-82)	73 (69-77)	61 (56-65)	4 (2-7)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	69 (55-79)	..
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	72 (64-78)	74 (68-79)	71 (64-77)	9 (5-14)

.. estimation ne peut être calculée, car une ou plusieurs estimations par âge ne sont pas définies; IC = intervalle de confiance; SAI = sans autre indication

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Ne comprend pas les cas *in situ* diagnostiqués avant 2010 en Ontario parce qu'ils n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Pour chacun des cancers, la répartition par âge des personnes chez qui on a diagnostiqué ce cancer au Canada, à l'exception du Québec, de 2010 à 2014 a servi d'unité statistique normalisée (pour plus de détails, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus. Les estimations auxquelles est associée une erreur type supérieure à 0,05, mais inférieure ou égale à 0,10 sont indiquées en italique.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Sources : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014) et tables de mortalité de Statistique Canada

TABLEAU 3.5 Taux prédits de survie nette à un an et à cinq ans du diagnostic (conditionnel à la survie d'un an), à certains cancers, selon le sexe, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec*), 2012 à 2014

	Taux de survie nette à un an (%) (IC 95 %)			Taux de survie nette conditionnel à 5 ans (%) (IC 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Glande thyroïde	99 (98-99)	97 (96-98)	99 (99-99)	99 (99-99)	97 (95-98)	100 (99-100)
Testicule	—	98 (97-99)	—	—	99 (98-99)	—
Prostate	—	97 (97-98)	—	—	95 (95-96)	—
Sein	97 (97-97)	93 (90-96)	97 (97-97)	91 (91-91)	86 (80-91)	91 (91-91)
Mélanome	96 (95-96)	94 (94-95)	97 (97-98)	92 (91-92)	89 (88-90)	94 (93-95)
Utérus (corps, SAI)	—	—	93 (93-94)	—	—	90 (89-90)
Lymphome de Hodgkin	92 (91-93)	91 (89-93)	93 (91-94)	93 (92-95)	93 (91-95)	94 (91-95)
Vessie†	89 (88-89)	90 (89-90)	86 (85-87)	84 (83-85)	84 (83-85)	85 (84-87)
Col de l'utérus	—	—	88 (87-89)	—	—	82 (80-83)
Larynx	84 (83-86)	85 (84-87)	78 (73-82)	73 (71-76)	73 (70-76)	73 (66-78)
Bouche	84 (83-85)	84 (83-85)	83 (81-84)	77 (75-78)	75 (74-77)	79 (77-81)
Rein et bassinot du rein	84 (83-84)	84 (83-84)	83 (82-85)	85 (84-86)	84 (83-85)	87 (85-88)
Colorectal	83 (82-83)	83 (83-84)	82 (81-82)	79 (78-79)	78 (77-79)	80 (79-81)
Rectum	86 (85-86)	86 (85-86)	86 (85-87)	77 (76-78)	76 (75-77)	78 (77-80)
Côlon	81 (81-81)	82 (81-82)	80 (80-81)	80 (79-81)	79 (78-80)	80 (79-81)
Lymphome non hodgkinien	80 (80-81)	80 (79-81)	81 (80-82)	85 (84-86)	84 (82-85)	86 (85-88)
Myélome multiple	76 (75-77)	76 (75-78)	76 (74-78)	58 (56-60)	58 (55-60)	59 (56-61)
Ovaire	—	—	76 (74-77)	—	—	60 (58-62)
Leucémie	74 (74-75)	75 (74-76)	73 (72-75)	80 (78-81)	79 (78-81)	80 (78-82)
Leucémie lymphocytaire chronique	94 (93-94)	93 (92-94)	95 (93-96)	89 (87-90)	87 (85-89)	91 (89-93)
Leucémie myéloïde chronique	83 (81-85)	81 (79-84)	85 (82-88)	74 (70-77)	74 (69-78)	74 (69-79)
Leucémie lymphocytaire aiguë	70 (66-74)	73 (67-78)	66 (59-72)	73 (68-78)	77 (70-83)	68 (59-76)
Leucémie myéloïde aiguë	42 (40-44)	41 (39-44)	43 (40-45)	50 (46-53)	46 (42-50)	54 (49-58)
Estomac	51 (50-52)	52 (50-53)	50 (48-52)	55 (53-57)	53 (50-55)	59 (55-62)
Encéphale/SNC	49 (48-51)	49 (47-51)	50 (48-52)	46 (44-48)	45 (43-48)	48 (45-51)
SNC	87 (82-90)	85 (77-90)	88 (81-93)	82 (75-87)	79 (69-86)	85 (76-91)
Encéphale	48 (46-49)	47 (46-49)	48 (45-50)	43 (41-45)	43 (40-45)	44 (41-47)
Foie	45 (44-47)	45 (44-47)	46 (43-48)	42 (39-44)	41 (38-44)	45 (40-50)
Poumon et bronches	44 (44-45)	40 (39-41)	49 (48-50)	42 (41-43)	39 (38-40)	45 (44-46)
Œsophage	42 (41-44)	43 (41-45)	41 (38-44)	36 (33-38)	34 (31-37)	42 (37-47)
Pancréas	28 (27-29)	28 (27-30)	27 (26-28)	29 (27-31)	27 (24-30)	31 (29-34)

— Sans objet; IC = intervalle de confiance; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Ne comprend pas les données relatives au Québec parce que les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Ne comprend pas les cas *in situ* diagnostiqués avant 2010 en Ontario parce qu'ils n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers particuliers énumérés ci-dessus.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistique Canada

Sources : Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2014) et tables de mortalité de Statistique Canada

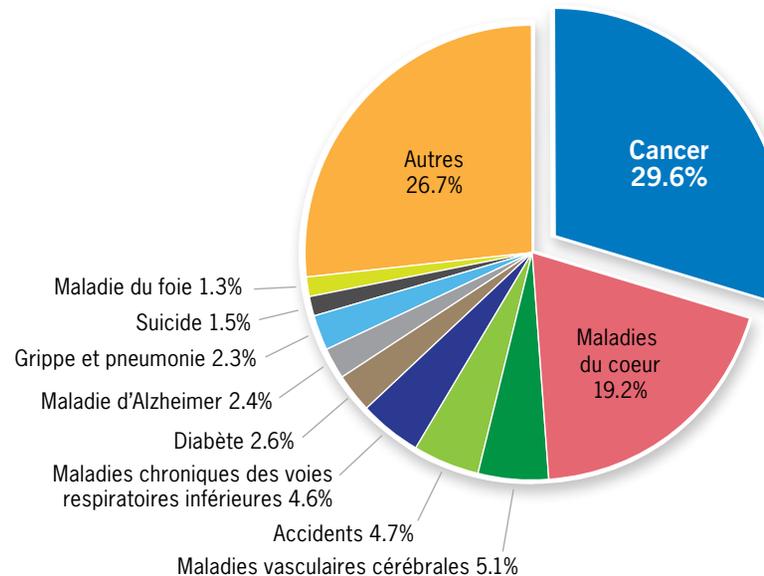
Chapitre 4

Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

Le cancer est la première cause de décès au Canada

Le cancer représente un fardeau énorme pour la santé des Canadiens et pour le système de santé canadien. La présente publication montre que près de la moitié des Canadiens devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie et que plus du quart d'entre eux devraient mourir de la maladie. En fait, la proportion de Canadiens qui meurent d'un cancer est beaucoup plus élevée que la proportion de Canadiens mourant de l'une des autres principales causes de décès, y compris les maladies du cœur (19,2 %) et les maladies vasculaires cérébrales (5,1 %) (figure 4.1).

FIGURE 4.1 Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2016

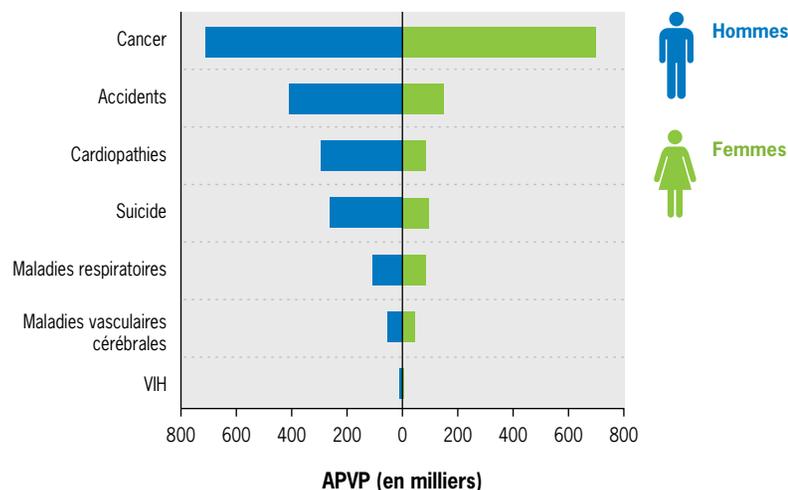


Remarque : En 2016, le nombre total de décès au Canada était de 267 213.

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada; Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes, [tableau 13-10-0392-01](#)

Le cancer est également la principale cause de décès prématuré au Canada, ce qui signifie que des personnes meurent du cancer à un âge inférieur à l'âge moyen de décès par d'autres causes. La mortalité prématurée est souvent déclarée en fonction des années potentielles de vie perdues (APVP). Les APVP sont une estimation du nombre supplémentaire d'années qu'une personne aurait vécu si elle n'était pas décédée prématurément (p. ex. avant 75 ans). Par exemple, si une personne meurt d'un cancer à 60 ans, elle a perdu 15 années potentielles de vie, tandis qu'un décès à l'âge de 70 ans entraîne une perte potentielle de cinq années de vie. Au cours de la période de 2014 à 2016, les APVP pour tous les cancers confondus s'élevaient à environ 1 411 100 (figure 4.2), ce qui était considérablement plus élevé que les autres principales causes de décès prématuré au Canada.

FIGURE 4.2 Années potentielles de vie perdues (APVP) pour certaines causes de décès*, Canada, 2014 à 2016



*Voir l'Annexe II : Sources de données et méthodologie pour consulter la définition des causes de décès.

Nota : Les valeurs sont présentées par ordre décroissant d'APVP totales pour les deux sexes combinés.

Analyse : Statistique Canada

Source : Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada; Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, moyenne de trois ans, † Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, [tableau : 13-10-0742-01](#)

† Le titre du tableau en ligne comporte une erreur. Les chiffres sont des totaux sur trois ans et non des moyennes sur trois ans.

Le cancer est une maladie complexe

Le cancer est une maladie complexe qui est influencée par de nombreux facteurs, dont l'environnement, le mode de vie et la génétique. Le cancer n'est pas seulement une maladie, mais un groupe de plus de 100 maladies différentes caractérisées par une croissance incontrôlée de cellules anormales qui ont une propension à envahir les tissus avoisinants. Cette croissance anormale des cellules peut commencer presque n'importe où dans le corps, et elle peut se comporter différemment selon l'origine.

Comment sont catégorisés les cancers

Les cancers sont catégorisés en fonction de leur origine, soit les organes, tissus ou systèmes de l'organisme (siège primaire) et de leurs caractéristiques cellulaires (histologie). Certains types de cellules ont davantage tendance à devenir cancéreuses que d'autres, ce qui entraîne des taux d'incidence plus élevés pour ces cancers. C'est l'une des raisons pour lesquelles le cancer du sein, par exemple, est beaucoup plus répandu que le cancer du foie.

Comment se propage le cancer

N'importe quel type de cancer peut se propager (métastase) de l'organe d'origine à un autre endroit du corps. La propagation d'un cancer dépend de plusieurs facteurs, comme le type de cancer, l'agressivité des cellules cancéreuses, l'emplacement de la tumeur primaire, la durée de sa présence dans l'organisme, ainsi que le type et l'efficacité des traitements disponibles. Une fois qu'un cancer s'est propagé, il est plus difficile à traiter, ce qui peut donner lieu à des taux de survie plus faibles pour certains cancers.

Par exemple, près de la moitié de tous les cas de cancer du poumon diagnostiqués au Canada sont de stade IV (dissémination dans l'organisme)⁽¹⁾ et sont donc associés à un taux de survie très faible.

Comment est détecté le cancer

La détection précoce du cancer peut améliorer les résultats. Notre capacité à détecter un cancer de façon précoce dépend de la disponibilité et de l'efficacité des outils de dépistage et de détection précoce, ou du siège et de la profondeur de la tumeur et du moment où les symptômes se manifestent. Cela aide à expliquer pourquoi le cancer du pancréas, qui sévit profondément dans l'organisme et qui est généralement asymptomatique aux premiers stades, est détecté beaucoup plus tard que le cancer du testicule⁽¹⁾. Les cancers qui sont plus susceptibles d'être détectés tôt, comme le cancer du sein, sont associés à des chances de survie beaucoup plus grandes que les cancers qui tendent à être détectés tardivement, comme c'est le cas pour le cancer du poumon.

L'issue du cancer chez les Canadiens est parmi les plus favorables au monde

Diverses ressources internationales, comme celles fournies à l'Annexe I⁽²⁻⁶⁾, contiennent des mesures comparables du fardeau du cancer pour différents pays. Ces ressources indiquent généralement que le Canada se compare favorablement à d'autres pays sur plusieurs plans, y compris les taux de survie. Par exemple, la récente étude de l'*International Cancer Benchmarking Partnership* a révélé que le taux de survie au cancer au Canada se classe parmi les plus élevés au monde⁽⁷⁾.

Le cancer impose un fardeau économique considérable aux Canadiens et à la société canadienne

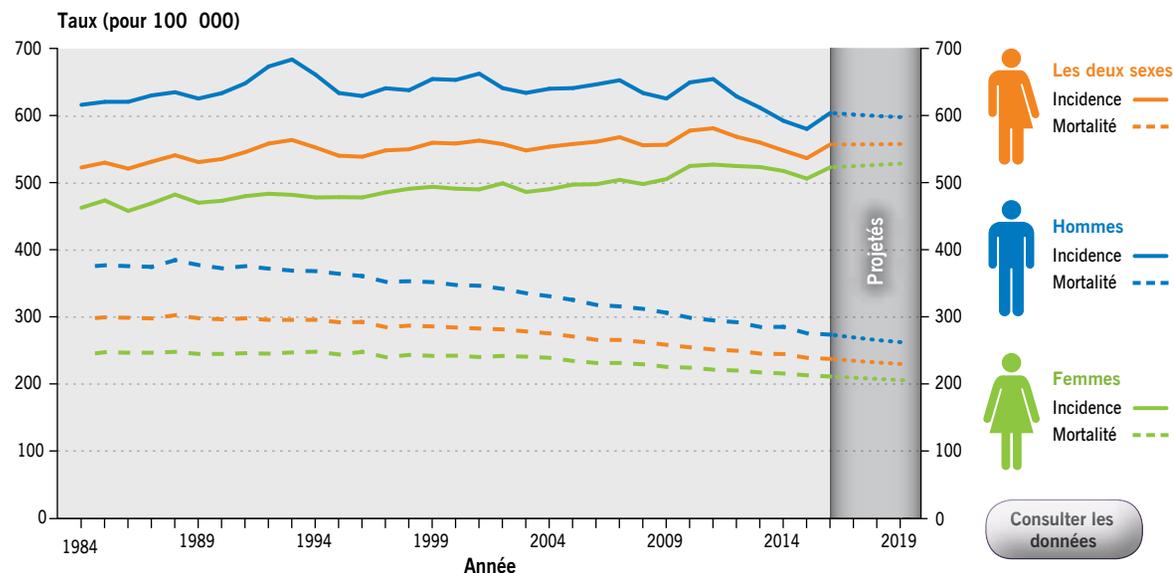
Le cancer est une maladie coûteuse, ce qui signifie qu'il a des répercussions importantes sur les personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer, leur famille et la société canadienne dans son ensemble. Il est difficile d'obtenir des données fiables sur les coûts économiques réels du cancer, et les estimations peuvent varier grandement selon la méthode employée. Selon un rapport récent sur le fardeau économique du cancer au Canada, les coûts des soins oncologiques ont augmenté de façon constante au cours de la période étudiée, passant de 2,9 milliards en 2005 à 7,5 milliards en 2012⁽⁸⁾. De même, une étude menée aux États-Unis (É.-U.) a estimé que le coût des soins oncologiques augmenterait de 27 % de 2010 à 2020⁽⁹⁾. Compte tenu du nombre croissant de cas de cancer diagnostiqués chaque année au Canada⁽¹⁰⁾, le coût des soins oncologiques continuera probablement à augmenter dans un avenir prévisible.

Un rapport sur les difficultés financières liées au cancer au Canada a révélé qu'au-delà des difficultés physiques et émotionnelles liées à la maladie, les personnes recevant un diagnostic de cancer font également face à des pressions financières importantes. Ces difficultés peuvent découler d'une perte de revenu après le diagnostic et d'une augmentation des dépenses quotidiennes imprévues liées, notamment, à l'équipement médical, aux services de garde, aux soins à domicile et au transport⁽¹¹⁾.

Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure

Il ne fait aucun doute que beaucoup de progrès ont été réalisés dans la lutte contre le cancer, malgré le lourd fardeau de la maladie. Aujourd'hui, nous connaissons davantage les causes du cancer, la façon dont il se développe et la meilleure façon de le prévenir et de le traiter. Cette progression s'explique par la diminution des taux d'incidence au fil du temps et encore plus par les tendances des taux de mortalité, qui ont diminué d'environ 35 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes depuis que le taux de mortalité par cancer a atteint un sommet en 1988 (figure 4.3).

FIGURE 4.3 Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge de tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada, 1984 à 2019



Nota : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne en 2011. Les taux projetés sont fondés sur des données historiques à long terme et peuvent ne pas refléter l'évolution des tendances. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les données réelles sur la mortalité et l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec. Pour plus de détails, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie. Les lignes en pointillés correspondent aux taux projetés.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Bases de données du Registre canadien du cancer et du Système national de déclaration des cas de cancer, et Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada.

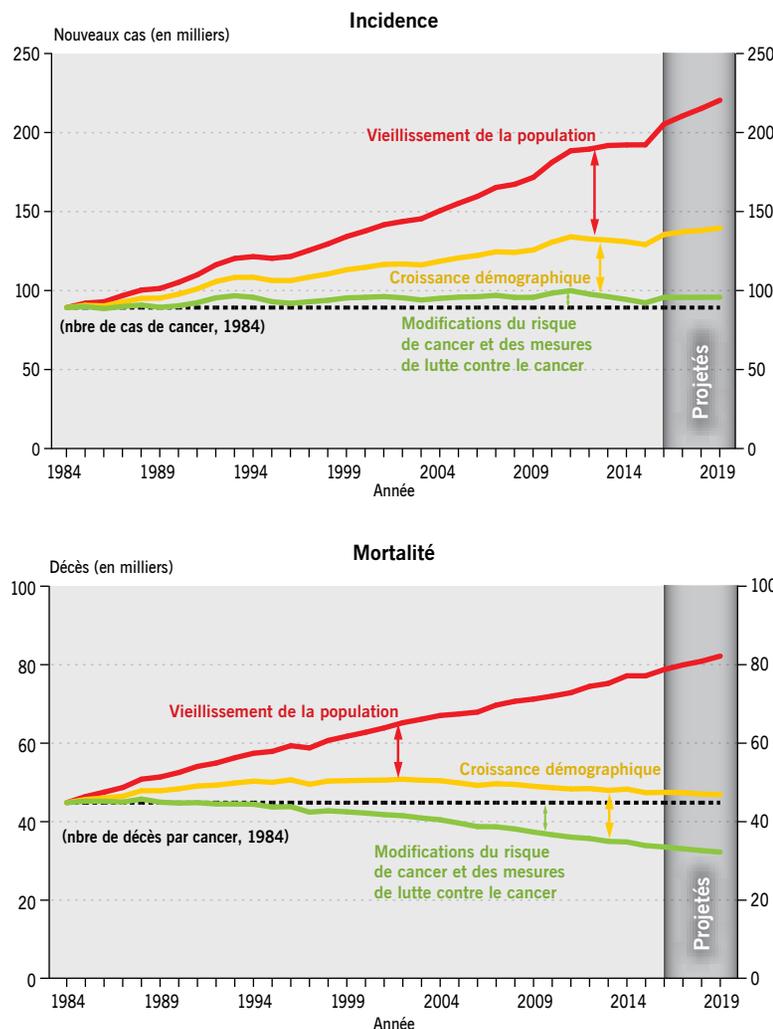
Le défi de la croissance démographique et du vieillissement de la population

Comme il est indiqué dans la présente publication, le nombre total de nouveaux cas de cancer et le nombre de décès attribuables au cancer continuent d'augmenter chaque année au Canada, phénomène qui peut s'expliquer en grande partie par le vieillissement de la population et la croissance démographique.

La figure 4.4 illustre comment l'évolution des facteurs de risque de cancer et des méthodes de lutte contre le cancer, le vieillissement de la population et la croissance démographique influent sur le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès attribuables au cancer chaque année. Depuis 1988, les changements liés au risque de cancer et aux méthodes de lutte contre le cancer ont peu influé sur la réduction du nombre total de cas de cancer diagnostiqués. Toutefois, ils ont eu une influence plus significative sur la réduction du nombre de Canadiens qui meurent du cancer. Malheureusement, ces progrès ont été surpassés par l'incidence du vieillissement de la population, suivi de la croissance démographique, qui ont toutes deux contribué à une augmentation spectaculaire du nombre de cas de cancer et de décès par cancer chaque année.

En raison de la croissance démographique et du vieillissement continu de la population canadienne⁽¹²⁾, le nombre annuel moyen de cas de cancer devrait connaître une hausse de 79 %, de 2028 à 2032, par rapport au nombre annuel moyen de cas de cancer recensés au cours de la période de 2003 à 2007^(10,13). Par conséquent, le système de soins de santé du Canada devrait continuer de faire face à une demande croissante de services d'oncologie, y compris de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs.

FIGURE 4.4 Tendances de l'incidence et de la mortalité (en milliers de cas) associées aux modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, ainsi qu'à la croissance démographique et au vieillissement de la population, pour tous les cancers et tous les groupes d'âge, Canada, 1984 à 2019



 Nombre de cas de cancer ou de décès qui seraient survenus si le risque de cancer, la taille de la population et la distribution selon l'âge étaient demeurés les mêmes qu'ils étaient en 1984.

—
 Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès par cancer qui seraient survenus si la taille de la population et la distribution selon l'âge étaient demeurées les mêmes qu'elles étaient en 1984.

—
 Nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès par cancer qui seraient survenus si la distribution selon l'âge était demeurée la même qu'elle était en 1984.

—
 Nombre réel de nouveaux cas et de décès survenus. Réflète les répercussions des modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, la croissance de la population et le vieillissement de la population.

Nota : Les nouveaux cas excluent les cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les données réelles sur la mortalité et l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2015 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec. Pour plus de détails, consultez l'Annexe II : Sources de données et méthodologie. Les fourchettes des taux varient entre les graphiques.

Analyse : Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

Sources : Base de données du Registre canadien du cancer, base de données du Système national de déclaration des cas de cancer et Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

De plus, un pourcentage croissant de Canadiens déjouent les pronostics de survie au cancer, ce qui signifie qu'il y a un nombre croissant de survivants du cancer dans la population. Les personnes qui survivent à un cancer jouissent souvent d'une vie bien remplie et gratifiante, mais l'expérience du cancer présente de nombreux défis physiques, émotionnels, spirituels et financiers qui peuvent persister longtemps après le traitement de la maladie⁽¹⁴⁾, ce qui signifie que des mesures de soutien et des services pour la population croissante de survivants sont également nécessaires.

Comment ces statistiques peuvent-elles contribuer à orienter la lutte contre le cancer?

La grande variation que nous observons en matière d'incidence du cancer et de la mortalité et de la survie qui y sont associées révèle la complexité de la maladie. Toutefois, d'autres facteurs doivent également être pris en compte dans l'évaluation de la façon de s'attaquer

au fardeau continu du cancer au Canada. Par exemple, la prévention, le dépistage, la détection précoce, le traitement et la survie jouent tous un rôle important dans la lutte contre le cancer.

La figure 4.5 présente une approche simplifiée de catégorisation des cancers en fonction de leur fardeau relatif au Canada et de la mesure dans laquelle ils peuvent être prévenus et détectés rapidement. La figure montre une évaluation relative des types de cancers les plus souvent

SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

Possibilité de prévention : Des cotes relatives sont attribuées à chaque siège du cancer principalement en fonction du risque attribuable à la population signalé par l'étude Canadian Population Attributable Risk of Cancer (ComPARE). Le vert représente les cancers pour lesquels on estime qu'au moins 50 % des cas sont évitables ou pour lesquels des programmes de dépistage peuvent détecter des lésions précancéreuses traitables, le jaune, les cancers dont 25 % à 49 % des cas sont évitables, et le rouge, ceux dont moins de 25 % sont évitables. Lorsque l'information n'était pas disponible par l'entremise de l'étude ComPARE, on a utilisé Cancer Research UK.

Délectabilité : Les cotes relatives attribuées étaient vertes si des programmes organisés de dépistage sont disponibles au Canada, jaunes si une détection précoce opportuniste est disponible et rouges si aucun dépistage n'est organisé et si des procédures limitées de détection précoce sont disponibles.

Incidence : Les cotes relatives attribuées étaient vertes s'il y avait moins de 5 000 cas, jaunes s'il y avait moins de 15 000 cas et rouges s'il y avait au moins 15 000 cas en 2019 (tableau 1.2).

Survie : Les cotes relatives sont attribuées en fonction des probabilités prédites de survie nette à cinq ans indiquées dans le tableau 3.1. Le rouge représente une survie de moins de 50 %, le jaune, de 50 % à 79 % et le vert, de 80 % ou plus.

Mortalité : Les cotes relatives attribuées étaient vertes s'il y avait moins de 1 000 décès, jaunes s'il y avait entre 1 000 et 4 000 décès et rouges s'il y avait plus de 4 000 décès en 2019 (tableau 2.2).

FIGURE 4.5 Résumé des principales caractéristiques des mesures de lutte contre le cancer et de l'issue de la maladie selon le type de cancer

	Possibilité de prévention	Délectabilité	Incidence	Survie	Mortalité
Poumon et bronches	Vert	Jaune	Rouge	Rouge	Rouge
Sein	Jaune	Vert	Rouge	Vert	Rouge
Colorectal	Vert	Vert	Rouge	Jaune	Rouge
Prostate	Rouge	Jaune	Rouge	Vert	Rouge
Vessie	Vert	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Lymphome non hodgkinien	Rouge	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Glande thyroïde	Rouge	Jaune	Jaune	Vert	Vert
Mélanome	Vert	Jaune	Jaune	Vert	Jaune
Rein et bassinnet du rein	Jaune	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Utérus (corps, SAI)	Jaune	Rouge	Jaune	Vert	Jaune
Leucémie	Rouge	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Pancréas	Jaune	Rouge	Jaune	Rouge	Rouge
Bouche	Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune
Estomac	Vert	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Myélome multiple	Rouge	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Encéphale/SNC	Rouge	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Ovaire	Rouge	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Foie	Vert	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Œsophage	Vert	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Col de l'utérus	Vert	Vert	Jaune	Jaune	Vert
Larynx	Vert	Rouge	Jaune	Jaune	Vert
Testicule	Rouge	Jaune	Vert	Vert	Vert
Lymphome de Hodgkin	Jaune	Rouge	Vert	Vert	Vert

diagnostiqués en fonction de leur préventabilité, de leur détectabilité, de leur incidence, de la survie et de la mortalité qui y sont associées, à l'aide des statistiques de la présente publication et de l'information sur les facteurs de risque modifiables et les programmes de détection précoce.

Il est reconnu que d'autres mesures, comme les APVP et les répercussions économiques décrites précédemment, doivent également être prises en compte dans l'évaluation du fardeau du cancer. De plus, cette approche ne tient pas compte du fait que les cancers moins courants et les cancers pédiatriques peuvent encore avoir des effets dévastateurs sur les personnes atteintes du cancer et leurs familles. Malgré ces limites, la figure 4.5 vise à illustrer que les données statistiques présentées dans la présente publication, lorsqu'elles sont évaluées ensemble, peuvent servir à mettre en évidence les lacunes et les possibilités relatives aux stratégies de lutte contre le cancer mises en œuvre dans la population et à cerner les domaines prioritaires de la recherche clinique et sur les services de santé.

Préventabilité

L'Organisation mondiale de la santé laisse entendre que la prévention offre la stratégie à long terme la plus rentable pour lutter contre le cancer et d'autres maladies non transmissibles⁽¹⁵⁾. Les recherches portent à croire qu'il est possible de prévenir un grand nombre de cas de divers types de cancer en réduisant l'exposition à des facteurs environnementaux, comportementaux et infectieux défavorables⁽¹⁶⁾. Les efforts visant à réduire le risque de cancer par la mise en œuvre de programmes de prévention ciblant à la fois les personnes et la population en général peuvent avoir une incidence importante sur le fardeau futur du cancer au Canada.

Le cancer du poumon est un excellent exemple d'une maladie qui constitue un lourd fardeau (incidence élevée, mortalité élevée et faible survie) et qui peut être largement éradiquée par des mesures préventives, comme l'élimination du tabagisme et de l'exposition au radon et à l'amiante^(17, 18). Cela souligne la nécessité de poursuivre les efforts de sensibilisation et de promotion de la santé. Des programmes de dépistage du cancer du poumon pour les populations à risque élevé devraient être mis en œuvre dans un proche avenir⁽¹⁹⁻²¹⁾, ce qui améliorera probablement les taux de survie et de mortalité liés au cancer du poumon.

Détectabilité

Le dépistage précoce du cancer (p. ex. au moyen de tests de dépistage) et le traitement de maladies précancéreuses peuvent réduire considérablement le fardeau de certains cancers. Par exemple, le cancer du col de l'utérus avait auparavant des taux élevés d'incidence et de mortalité⁽²²⁾. Toutefois, en raison du succès remporté par le vaste dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux d'incidence est maintenant modéré et le taux de mortalité est relativement faible. Compte tenu des autres possibilités de prévention qui existent actuellement grâce au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) et d'autres améliorations du dépistage, plusieurs croient que ce cancer pourrait être pratiquement éradiqué dans certains pays⁽²³⁾.

Incidence, survie et mortalité

Il y a aussi de nombreux cancers associés à un taux d'incidence faible ou moyen qui sont considérés comme un fardeau moyen ou lourd parce qu'ils ne présentent pas de facteur de risque pouvant être prévenu de façon définitive, qu'ils ne sont pas faciles à détecter à l'aide des

méthodes actuelles de diagnostic et qu'ils ne se manifestent pas par des symptômes précoces évidents. Par conséquent, ces cancers tendent à être diagnostiqués à un stade plus avancé, et sont associés à des options de traitement limitées et une faible survie. Les cancers du cerveau et du pancréas en sont des exemples. Il est important de noter que l'apparition et la progression de ces cancers ne sont pas aussi bien comprises que celles d'autres cancers parce que la courte période de survie rend difficile la réalisation de recherches cliniques significatives. Néanmoins, il faut intensifier les efforts pour mieux comprendre l'étiologie de ces maladies et définir des stratégies de diagnostic et de traitement plus efficaces pour réduire le fardeau.

De l'autre côté du spectre se trouvent les cancers de la glande thyroïde et de la prostate, qui ont des taux d'incidence élevés, mais qui sont associés à une survie relativement bonne. Cependant, ces deux cancers ont retenu l'attention en raison d'allégations de surdiagnostic^(24, 25). Étant donné le coût important de chaque diagnostic pour les personnes et le système de soins de santé, il faut toujours prendre soigneusement en compte les circonstances (quand et comment) dans lesquelles les cancers sont diagnostiqués et traités.

Résumé

Malgré les limites de l'approche adoptée pour produire la figure 4.5, il s'agit d'un exemple d'exercice qui peut aider à cibler les efforts de lutte contre le cancer. Cela aide également à renforcer le fait que les éléments de mesure du fardeau du cancer doivent être évalués de diverses façons et les uns compte tenu des autres. Il faut aussi les examiner en fonction de notre capacité actuelle de réduire le fardeau grâce à une meilleure prévention primaire, à une détection et à un dépistage précoces rapides et efficaces,

ainsi qu'à un diagnostic et à un traitement fondés sur des données probantes et axés sur la personne. Ces évaluations poussées peuvent aider à faire passer les statistiques présentées dans la publication au niveau suivant en soulignant les lacunes et les possibilités relatives aux stratégies de lutte contre le cancer mises en œuvre dans la population et en déterminant les domaines prioritaires de la recherche clinique et sur les services de santé.

Ressources supplémentaires

Le site Web Cancer.ca/statistiques contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Ces ressources comprennent les suivantes :

- Feuilles Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#);
- [Images des figures](#) en PowerPoint présentées dans l'ensemble de ce chapitre.

Références

1. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018 Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2018. Disponible à l'adresse : www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR (consulté en mars 2019).
2. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Global Cancer Observatory (GCO). Lyon, FR : International Agency for Research on Cancer; 2019. Disponible à l'adresse : <http://gco.iarc.fr/> (consulté en mars 2019).
3. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombé Mbalawa C, Kohler B, Pineros M, et al [Internet]. CI5: Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X (electronic version). Lyon, FR : International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible à l'adresse : <http://ci5.iarc.fr/> (consulté en mars 2019).
4. Ferlay J, Colombet M, Bray F [Internet]. CI5: Cancer Incidence in Five Continents. Lyon, FR : International Agency for Research on Cancer; 2018. Disponible à l'adresse : <http://ci5.iarc.fr/> (consulté en mars 2019).
5. Cancer Research UK [Internet]. International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP). London, UK : Cancer Research UK. Disponible à l'adresse : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/data-and-statistics/international-cancer-benchmarking-partnership-icbp> (consulté en mars 2019).
6. Allemami C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3) : Analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries 2018. *Lancet*. 17 mars 2018; 391(10125):1023–75.
7. Arnold M, Rutherford M, Bardot A, Ferlay J, Anderson T, Myklebust TA, et al. Progress in cancer control: survival, mortality and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (the ICBP SURVIMARK-2 project). *Lancet Oncol*. Forthcoming 2019.
8. de Oliveira C, Weir S, Rangrej J, Krahn MD, Mittmann N, Hoch JS, et al. The economic burden of cancer care in Canada: A population-based cost study. *JAMC Open*. 4 janv. 2018; 6(1):E1–10.
9. Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010–2020. *J Natl Cancer Inst*. 19 janv. 2011; 103(2):117–28.
10. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2015. Disponible à l'adresse : www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-FR.pdf (consulté en mars 2019).
11. Réseau canadien de lutte contre le cancer et Société canadienne du cancer, Division du Manitoba [Internet]. Plan d'action quinquennal pour l'allègement des répercussions financières du cancer au Canada : appel à l'action. Toronto (Ont.), Réseau canadien de lutte contre le cancer; s.d. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/MB/get%20involved/take%20action/financial%20hardship%20of%20cancer%20in%20canada/financialhardshipofcancer-MB-FR.pdf?la=fr> (consulté en mars 2019).
12. Statistique Canada [Internet]. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires : 2009 à 2036 (no 91-520-X au catalogue). Ottawa (Ont.), ministre de l'Industrie; 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.htm> (consulté en mars 2019).
13. Xie L, Semenciw R, Mery L. Incidence du cancer au Canada : tendances et projections (1983-2032). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. Printemps 2015;35 suppl. 1 : 2–196.
14. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.systemperformance.ca/fr/report/living-with-cancer-patient-experience/> (consulté en mars 2019).
15. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Prévention du cancer. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé; 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/cancer/prevention/fr/> (consulté en mars 2019).
16. Poirier AE, Ruan Y, Volesky K, King WD, O'Sullivan DE, Gogna P, et al. The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results. *Prev Med*. 2019;122:140–147.
17. Cancer Research UK [Internet]. Statistics on Preventable Cancers. London, UK : Cancer Research UK. Disponible à l'adresse : <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/risk/preventable-cancers#heading-One> (consulté en mars 2019).
18. Alberta Health Services [Internet]. Together, we can reduce the risk of cancer in Alberta by about 45%. Alberta Health Services. Disponible à l'adresse : <http://www.albertapreventscancer.ca/preventable-cancers/> (consulté en mars 2019).
19. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [Internet]. Cancer du poumon (2016) : Résumé des recommandations à l'intention des cliniciens et des responsables des politiques. Disponible à l'adresse : <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectives/lignes-directrices-publiees/cancer-du-poumon/?lang=fr> (consulté en mars 2019).
20. Canadian Partnership Against Cancer [Internet]. Pan-Canadian Lung Cancer Screening Initiative: Lung Cancer Screening Framework for Canada. Toronto, ON: Canadian Partnership Against Cancer; 2014. Available at: <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Lung-Cancer-Screening-Framework-2014-EN.pdf> (accessed March 2019).
21. Cancer Care Ontario [Internet]. Lung Cancer Screening Pilot for People at High Risk. Toronto, ON : Cancer Care Ontario. Disponible à l'adresse : <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/cancer-continuum/screening/lung-cancer-screening-pilot-people-at-high-risk> (consulté en mars 2019).
22. Dickinson JA, Stankiewicz A, Popadiuk C, Pogany L, Onysko J, Miller AB. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: National data from 1932 to 2006. *BMC Public Health*. 16 nov. 2012; 12:992.
23. Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: A modelling study. *Lancet Public Health*. Janv. 2019 4(1) :e19–27.
24. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med*. 18 août 2016; 375(7):614–7.
25. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *JAMC*. 4 nov. 2014;186(16) : 1225–34.

Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer

Statistique Canada offre une série de tableaux en ligne de statistiques agrégées qui peuvent être manipulées selon les spécifications de l'utilisateur. Les tableaux étaient auparavant appelés CANSIM.

Statistique Canada offre une série de tableaux de données en ligne qui donnent au public un accès rapide et facile aux plus récentes statistiques disponibles au Canada sur la démographie, la santé, le commerce, l'éducation et d'autres sujets clés. Cela comprend un certain nombre de tableaux liés au cancer. Vous pouvez accéder à ces tableaux à partir du site Web de Statistique Canada à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/type/donnees>.

Les utilisateurs peuvent parcourir les tableaux de données disponibles par sujet ou effectuer une recherche par mots-clés ou par numéro de tableau. Les utilisateurs peuvent produire des résumés statistiques personnalisés des tableaux à l'aide de certaines fonctions de données (p. ex. «Ajouter ou enlever des données»). Les résumés finaux peuvent être exportés au moyen de la fonction de téléchargement.

Numéro du tableau	Titre et description
13-10-0111-01	Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif (d'après le fichier des totalisations du RCC de novembre 2017), selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe Dénombrement des nouveaux cas de cancer et taux d'incidence bruts (et intervalles de confiance de 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
13-10-0747-01	Nombre de nouveaux cas et taux normalisés selon l'âge de cancer primitif (d'après le fichier des totalisations du RCC de novembre 2017), selon le type de cancer et le sexe Dénombrement des nouveaux cas de cancer et taux d'incidence normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance de 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe et l'année.
13-10-0109-01	Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires et régions sociosanitaires (limites de 2015) Dénombrement des nouveaux cas de cancer et des taux bruts d'incidence normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance de 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe, la région géographique et l'année.
13-10-0112-01	Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, régions métropolitaines de recensement Présente les cas de cancer et les taux de cancer bruts et normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance) pour les régions métropolitaines, selon le sexe et le siège du cancer pour les années 2001 à 2003.
13-10-0142-01	Décès selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48) Nombre annuel de décès par cancer au Canada selon la cause de décès, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
13-10-0392-01	Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes Nombre annuel de décès et taux de mortalité bruts pour le Canada selon la cause de décès, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
13-10-0800-01	Décès et taux de mortalité (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011), selon certains groupes de causes Indique le nombre annuel de décès et les taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour le Canada ou les provinces et territoires, selon le sexe, l'année et la cause de décès.
17-10-0005-01	Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe Dénombrements démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires selon l'âge, l'année et le sexe
13-10-0158-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, selon l'âge, pour les sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans (et des intervalles de confiance à 95 %) par âge pour le Canada (avec et sans le Québec) selon le type de cancer, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
13-10-0159-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, selon l'âge, pour certains cancers, dont la répartition des cas selon l'âge était asymétrique à un âge plus avancé, par sexe, données combinées de trois ans Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans, selon l'âge, (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (avec et sans le Québec) pour certains cancers, dont la répartition des cas selon l'âge était asymétrique à un âge plus avancé, selon le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.

Suite à la page suivante

Quels sont les tableaux pertinents et comment les utiliser?

Le tableau à droite contient une liste des tableaux les plus pertinents pour la présente publication. Bon nombre d'entre eux ont été mentionnés dans la présente publication. Ce n'est pas une liste complète de tous les tableaux disponibles. Vous trouverez d'autres tableaux en consultant le site Web de Statistique Canada.

Une description détaillée de la façon d'accéder à ces tableaux de données, de les modifier et de les télécharger est fournie en ligne.

Que faire si j'ai besoin de statistiques qui ne sont pas présentées dans les tableaux?

Des tableaux sur mesure peuvent être fournis sur demande à Statistique Canada, moyennant certains frais, selon le principe du recouvrement des coûts. Des articles analytiques paraissent régulièrement dans Rapports sur la santé, n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada.

D'autres renseignements sur les données offertes par Statistique Canada sont présentés sur son site Web (statcan.gc.ca).

Pourquoi certaines statistiques de la présente publication diffèrent-elles des statistiques de ces tableaux?

Les utilisateurs des tableaux de données de Statistique Canada doivent savoir qu'il existe certaines différences entre les données recensées pour la présente publication et celles affichées dans les tableaux de Statistique Canada. Pour plus de détails sur ces données, les utilisateurs

Numéro du tableau	Titre et description
13-10-0160-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, normalisées selon l'âge, pour les sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (avec et sans le Québec), selon le type de cancer, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
13-10-0161-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, normalisées selon l'âge et pour tous les groupes d'âge, pour certains sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans, par province Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisées selon l'âge et pour tous les groupes d'âge (et des intervalles de confiance de 95 %) pour les provinces selon certains cancers, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.

devraient consulter les notes en bas de page fournies dans chaque tableau sur le site Web de Statistique Canada. L'information contenue dans ces notes de bas de page peut être comparée aux renseignements fournis à l'annexe II de la présente publication.

Surveillance des maladies chroniques

L'Agence de la santé publique du Canada héberge une série d'outils de données en ligne, des cadres d'indicateurs et des infographies dans son [Infobase](#) de la santé publique, qui permet aux utilisateurs d'accéder aux données de santé publique et de les consulter. Cela comprend l'outil [Indicateur des maladies chroniques au Canada \(IMCC\)](#), qui est une ressource pancanadienne exhaustive sur le fardeau des maladies chroniques et les déterminants connexes. Entre autres indicateurs, l'IMCC fournit le taux d'incidence du cancer, la mortalité, la prévalence et les pratiques de dépistage au fil du temps et selon le sexe, l'âge et la province ou le territoire. L'ASPC publie également régulièrement des fiches d'information, des infographies et des blogues sur le cancer au Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques.html>).

Surveillance du cancer chez les enfants

L'Agence de la santé publique du Canada finance et gère le programme [Cancer chez les jeunes au Canada](#) (CCJC), qui est un système national de surveillance fondé sur la population qui étudie tous les enfants et les adolescents atteints de cancer au Canada. Ce programme est un partenariat avec [C17 Council](#), le réseau des dix-sept hôpitaux anticancéreux pour enfants au Canada. Les produits de CCJC comprennent un [rapport intégral](#)⁽¹⁾ et des fiches renseignements. Un tableau de bord de données est prévu sous peu.

Rendement du système de lutte contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer est un organisme indépendant financé par le gouvernement fédéral qui vise à accélérer les mesures de lutte contre le cancer au bénéfice de tous les Canadiens. Dans le cadre de ce travail, il produit des données sur le rendement du système de lutte contre le cancer afin de comparer les provinces ou territoires et de cerner les lacunes dans les soins. Cela comprend des renseignements sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le point de vue axé sur la personne et la recherche. Des outils et des rapports en ligne sont disponibles à <https://www.systemperformance.ca/fr/>.

Prévention du cancer

La Société canadienne du cancer tient à jour des renseignements exacts sur la prévention du cancer à <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/reduce-cancer-risk/can-cancer-be-prevented/?region=on>. Cela comprend C'est ma vie!, qui est un outil interactif en ligne, conçu pour enseigner au public comment différents facteurs de risque influent sur le risque de cancer et ce qui peut être fait pour réduire ce risque.

Cette année, l'étude ComPARE (Risque attribuable du cancer chez la population canadienne) a été diffusée. Elle contient des estimations du nombre et du pourcentage de cancers au Canada, aujourd'hui et à l'avenir, attribuables à des facteurs de risque modifiables. Tous les résultats de cette étude sont disponibles sur un tableau de bord de données à <https://prevenir.cancer.ca/>. À l'aide du tableau de bord, les utilisateurs

peuvent sélectionner le cancer et le facteur de risque d'intérêt et étudier les données selon l'âge, le sexe et l'année.

Surveillance du cancer dans le monde

Différentes ressources internationales permettent de comparer les indicateurs du cancer pour différents pays. Les sources d'information énumérées ci-dessous sont fiables.

- Le [Global Cancer Observatory](#) (GCO) est une plateforme Web interactive qui met l'accent sur la visualisation des statistiques sur le cancer pour montrer l'échelle changeante, le profil épidémiologique et les répercussions de la maladie dans le monde.
- La [série Cancer Incidence in Five Continents](#) fournit des données comparables sur l'incidence du cancer dans un éventail de zones géographiques.
- Les publications [Cancer in North America](#) (CiNA) sont produites chaque année pour fournir les statistiques les plus récentes sur l'incidence et la mortalité aux États-Unis (É.-U.) et au Canada.
- L'[International Cancer Benchmarking Partnership](#) (ICBP) quantifie les différences internationales dans la survie au cancer et énonce les facteurs qui pourraient influencer sur les variations observées.
- [CONCORD](#) est un programme de surveillance mondiale de la survie au cancer. La publication CONCORD la plus récente est CONCORD-3⁽²⁾.

References

1. Agence de la santé publique du Canada [Internet]. Cancer chez les jeunes au Canada : rapport du système de surveillance accrue du cancer chez les enfants. Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada; 2017. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/science-research-data/cancer-young-people-canada-surveillance-2017-fra.pdf> (consulté en mars 2019).
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3) : Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 17 mars 2018; 391(10125):1023–75.



Résumé

Participants

Le Centre de la surveillance et de la recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada et le Centre des données sur la santé des populations de Statistique Canada ont effectué les analyses contenues dans la présente publication. Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont été consultés pendant l'établissement des projections relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer dans chaque province ou territoire. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer a formulé des conseils quant à la méthodologie et à l'interprétation des résultats et rédigé le texte d'accompagnement. La Société canadienne du cancer a coordonné la production de la présente publication et les travaux du comité.

Quelles données ont été utilisées?

- Les données réelles sur l'incidence du cancer qui ont servi à la rédaction de la présente publication correspondaient à la période allant de 1984 à 2015 (sauf pour le Québec, car les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010). Le Registre canadien du cancer (RCC) a été utilisé pour les données sur l'incidence de 1992 à 2015, et le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC) pour les données sur l'incidence avant 1992.

- Les données réelles sur la mortalité par cancer portaient également sur la période de 1984 à 2015. Ces données ont été tirées de la Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD); les données estimatives sur la mortalité par cancer au Québec sont présentées dans les tables publiées.
- Les analyses de la survie étaient fondées sur un fichier d'analyse couplé avec des données sur les décès portant sur la période de 1992 à 2014.
- Les autres sources de données comprenaient les tables de survie de la population, les estimations de la population et les prévisions de croissance démographique.

Quelles approches analytiques ont été utilisées?

- Les estimations de la probabilité à vie de développer et de mourir d'un cancer ont été établies à l'aide du logiciel DevCan⁽¹⁾.
- Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer ont été établies à l'aide du logiciel Canproj⁽²⁾.
- Une analyse à l'aide du logiciel Joinpoint⁽³⁾ a été réalisée pour estimer les tendances de l'incidence et de la mortalité au fil du temps.
- La survie nette a été calculée à l'aide de l'estimateur Pohar-Perme. Le recours à la méthode des cohortes a permis d'établir les estimations réelles (non prédictives) de la survie

de 1992 à 1994, tandis que la méthode de la période a servi à établir les estimations prédictives de la survie pour le cancer chez l'adulte de 2012 à 2014 et pour le cancer chez l'enfant de 2010 à 2014.

Sources des données

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

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans la présente publication portent sur la période de 1984 à 2015 (à l'exception de celles du Québec, qui portent sur la période de 1984 à 2010). Les données pour la période de 1992 à 2015 ont été tirées de la version partagée par l'ASPC du RCC⁽⁴⁾, fondée sur le fichier maître des totalisations du RCC de novembre 2017, publié le 29 janvier 2018 (voir *Problèmes liés aux données et à la méthodologie*). Les données concernant les années antérieures (avant 1992) proviennent du prédécesseur du RCC, le

Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC). Le SNDCC est une base de données fixe axée sur les tumeurs répertoriées des cas diagnostiqués de 1969 à 1991.

- Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada des données devant être versées dans le RCC.

- Le RCC est une base de données axée sur les personnes, qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada.
- Les estimations de l'incidence sont fondées sur la province ou le territoire de résidence des particuliers au moment du diagnostic, qui peut différer de la province ou du territoire où le diagnostic a été posé.
- Le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada tient à jour le RCC. Un processus annuel est établi pour détecter et supprimer les enregistrements en double de personnes et de tumeurs. Dans le cas du Québec, les enregistrements en double n'ont pas été supprimés, que ce soit dans le registre québécois ou parmi tous les registres des provinces depuis le dernier processus provincial qui a été complété pour les cas diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2008.
- Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la *Classification internationale des maladies — Oncologie*, troisième édition (CIM-O-3) depuis 1992⁽⁵⁾. Les diagnostics de cancer dans le SNDCC (c.-à-d. avant 1992) ont été classés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision (CIM-9)⁽⁶⁾.
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)⁽⁷⁾ relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées pour les cas recensés dans le RCC (voir la section *Problèmes liés aux données et à la méthodologie*) à compter de 1992 pour toutes les provinces sauf l'Ontario, où les règles du CIRC étaient légèrement plus prudentes jusqu'à l'année de diagnostic 2010. Au cours de la période visée par le SNDCC, des

règles relatives aux sièges primitifs multiples autorisant un faible pourcentage de cas additionnels ont été utilisées pour d'autres registres, hormis ceux du Québec et de l'Ontario.

Données sur la mortalité : Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD)

Les données réelles sur la mortalité utilisées dans la présente publication portent sur la période de 1984 à 2015 et ont été tirées de la version partagée de la Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD) de l'ASPC pour toutes les provinces, à l'exception du Québec⁽⁸⁾.

- Les données sur les décès proviennent des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil. Elles sont communiquées régulièrement à Statistique Canada en vue d'être versées dans la BCDECD.
- La BCDECD comprend des renseignements sur le profil démographique et la cause du décès de tous les résidents canadiens et de tous les non-résidents décédés au Canada à partir de 1950. Les renseignements sur les non-résidents ne sont pas utilisés dans la présente publication.
- En raison des ententes d'échange de données, l'information sur les décès survenus au Québec n'était pas disponible dans le fichier de la BCDECD fourni à l'ASPC à compter de 2001. L'information concernant l'année, le sexe, l'âge et la cause des décès survenant au Québec a été obtenue en soustrayant le total national des sources accessibles au public⁽⁹⁾, qui comprend tous les décès survenant chez les résidents du Canada (y compris le Québec) du total national (sauf le Québec), qui est

- accessible dans la version de l'ASPC de la BCDECD.
- Les estimations de la mortalité reposent sur la province ou le territoire de résidence de la personne au moment du décès plutôt que sur l'endroit où le décès est survenu.
- La BCDECD renferme aussi des données sur les résidents canadiens décédés dans un petit nombre d'États américains, desquels le Canada reçoit des données abrégées sur les décès. Ces données ne sont plus disponibles à partir de l'année 2010.
- Le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada tient à jour la BCDECD.
- Les causes de décès sont classées selon les neuvième et dixième révisions de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) : La CIM-9⁽⁶⁾ de 1979 à 1999 et la CIM-10 à compter de 2000⁽¹⁰⁾.
- Les décès par cancer sont les décès dont la principale cause sous-jacente est un cancer. Cette cause est certifiée par un médecin.

Données sur la population : Le Recensement de la population

- Les estimations de la population pour la période de 1984 à 2017 ont été obtenues auprès de Statistique Canada^(11,12).
- Les projections démographiques utilisées pour 2018 et 2019 sont celles qui ont été établies par Statistique Canada et sont fondées sur des hypothèses de croissance moyenne (scénario M1)⁽¹³⁾. Le scénario M1 tient compte de la croissance moyenne et des tendances

historiques (1991–1992 à 2010–2011) de la migration interprovinciale.

- Toutes les estimations démographiques incluent les résidents non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens qui reviennent de l'étranger.

Données sur la survie

- Statistique Canada a créé un fichier d'analyse couplé avec des données sur les décès en reliant le fichier maître des totalisations du RCC de novembre 2017 à l'information complète sur la mortalité jusqu'au 31 décembre 2014. Cette information a été tirée de la BCDECD⁽⁸⁾ et des fichiers maîtres sur les particuliers T1 (comme ils figurent dans les déclarations de revenus). Le fichier d'analyse suit les nombreuses règles de codage primaires du CIRC⁽⁷⁾.
- La période de survie est mesurée en jours et les variables de l'âge au moment du diagnostic et de l'année de diagnostic sont disponibles à trois décimales près.
- De plus amples renseignements sur le processus de couplage et le fichier d'analyse couplé aux données sur les décès qui en résulte sont disponibles sur demande⁽¹⁴⁾.
- Les probabilités de survie attendue nécessaires pour le calcul de la survie nette ont été principalement tirées des tables de survie provinciales annuelles selon le sexe⁽¹⁵⁾.
- Comme on ne disposait pas de tables de survie complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard ou les territoires, les pourcentages attendus de cas de survie pour ces endroits ont été calculés, jusqu'à l'âge de 99 ans, à partir de tables abrégées pour le Canada et les provinces et territoires visés⁽¹⁶⁾

et des valeurs des tables de survie canadiennes complètes⁽¹⁵⁾ au moyen d'une méthode proposée par Dickman et coll⁽¹⁷⁾. Pour les âges de 100 à 109 ans, dans les cas où il n'était pas possible de procéder de cette manière pour ces provinces et ces territoires, les valeurs complètes des tables de survie canadiennes ont été utilisées directement.

Définitions des cancers

- Les cas de cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-99⁽⁶⁾ avant 1992 et la CIM-O-3⁽⁵⁾A par la suite. Les décès par cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9⁽⁶⁾ avant 2000 et la CIM-10⁽¹⁰⁾ pour les années suivantes. Le [tableau A1](#) présente les codes de la CIM-9, la CIM-O-3 et la CIM-10 utilisés pour définir les cas de cancer et les décès par type de cancer pour la présente publication.
- Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Les [tableaux A2-1](#) et [A2-2](#) font état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de la présente publication.
- À la [figure 1.4](#) et au [tableau 3.3](#), les nouveaux cancers chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont été classés et déclarés conformément à la version mise à jour par le programme Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER)⁽¹⁸⁾ de l'*International Classification of Childhood Cancer, Third Edition (ICCC-3)*, soit la classification internationale des cancers chez l'enfant, 3e édition⁽¹⁹⁾. Cette mise à jour a été effectuée pour mieux répondre aux nouveaux codes morphologiques présentés par l'Organisation mondiale de la santé⁽²⁰⁾. Ce

Population canadienne type de 2011

Groupe d'âge	Population	Poids normalisé
0 à 4	1 899 064	0,055297
5 à 9	1 810 433	0,052717
10 à 14	1 918 164	0,055853
15 à 19	2 238 952	0,065194
20 à 24	2 354 354	0,068555
25 à 29	2 369 841	0,069006
30 à 34	2 327 955	0,067786
35 à 39	2 273 087	0,066188
40 à 44	2 385 918	0,069474
45 à 49	2 719 909	0,079199
50 à 54	2 691 260	0,078365
55 à 59	2 353 090	0,068518
60 à 64	2 050 443	0,059705
65 à 69	1 532 940	0,044636
70 à 74	1 153 822	0,033597
75 à 79	919 338	0,026769
80 à 84	701 140	0,020416
85 à 89	426 739	0,012426
90 et plus	216 331	0,006299
Total	34 342 780	1,000000

Nota : La répartition de la population canadienne est fondée sur les estimations postcensitaires finales de la population canadienne au 1er juillet 2011, corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement au recensement.

Sources des données : Direction de la statistique démographique et du recensement, Statistique Canada

système de classification convient mieux à la déclaration des cancers infantiles, car il tient compte des principales différences entre les cancers qui se développent pendant l'enfance et ceux qui se développent plus tard. Les tumeurs non malignes ont été exclues.

Méthodologie

Taux d'incidence et de mortalité

- Après les avoir extraites des registres de mortalité ou d'incidence pertinents, nous avons classé les déclarations provenant de chaque province ou territoire selon l'année du diagnostic ou du décès et selon le sexe, la tranche d'âge de cinq ans (p. ex. 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, ..., 85 à 89 ans et 90 ans et plus) et le type de cancer.
- Nous avons calculé les taux pour chaque catégorie en divisant le nombre de cas ou de décès dans chaque catégorie (c.-à-d. province, année, sexe, groupe d'âge, type de cancer) par les chiffres de population correspondants. C'est à partir de ces chiffres qu'ont été calculés les taux normalisés selon l'âge et qu'ont été réalisées les projections au-delà de l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données réelles.
- Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés à l'aide de la méthode directe qui consiste à pondérer les taux selon l'âge pour chaque tranche d'âge de cinq ans, en fonction de la répartition par âge de population canadienne type de 2011 (voir le tableau à droite). Pour les besoins de l'utilisation du progiciel de projection Canproj, tous les taux normalisés selon l'âge ont été fondés sur 18 groupes d'âge et non 19, les deux derniers groupes ayant été fusionnés en un nouveau groupe d'âge de 85 ans et plus auquel on a attribué un poids de 0,018725 (voir *Projection de l'incidence et de la mortalité pour 2019, ci-dessous*).
- Des poids rajustés ont été utilisés pour les taux normalisés selon l'âge calculés pour les

catégories d'âge (p. ex. 0 à 19 ans, 20 à 29 ans, ..., 70 à 79 ans et 80 ans et plus). Plus particulièrement, les poids attribués à chacun des groupes d'âge dans la catégorie ont été divisés par la somme des poids de la catégorie d'âge.

Figure 4.4 (dans *Chapitre 4 : Le cancer en contexte*) montre le nombre relatif de nouveaux cas et de décès qui peuvent être attribués changements qui touchent le risque de cancer et les pratiques de lutte contre le cancer, la taille de la population et le vieillissement de la population.

Les lignes montrées à la figure 4.4 ont été calculées de la façon suivante :

- Ligne supérieure (rouge) : nombre annuel réel et projeté de cas de cancer ou de décès au Canada pour les deux sexes combinés.
- Sous la ligne supérieure (orange) : population totale annuelle multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1984 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- Au-dessus de la ligne inférieure (vert) : population totale en 1984 multipliée par le taux annuel normalisé selon l'âge, à l'aide de la répartition de la population de 1984 pour les hommes ou les femmes en guise de pondération.
- Ligne inférieure (en pointillé) : nombre observé de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, les deux sexes combinés, en 1984.

Projection des taux et du dénombrement de l'incidence et de la mortalité pour 2019

Le logiciel R de CanProj a été utilisé pour produire des projections annuelles des taux et du dénombrement de l'incidence et de la mortalité. Six options sont disponibles dans CanProj, dont quatre modèles de régression et deux méthodes moyennes. Tous les modèles de régression reposent sur une fonction liée au processeur Power5 (bien que cette option puisse être modifiée), et une distribution binomiale négative est utilisée au lieu d'une distribution de Poisson lorsqu'il y a une dispersion excessive. Les options de projection disponibles sont : le modèle ADPC (âge-dérive-période-cohorte), également appelé modèle Nordpred lorsque la distribution de Poisson est utilisée; le modèle de cohorte-âge; les modèles hybrides qui tiennent compte des effets de l'âge et de la période (selon l'âge ou communs à tous les âges); le modèle hybride qui ne tient compte que de l'âge (équivalent à une moyenne à long terme); et la méthode de la moyenne sur cinq ans.

CanProj comporte d'un arbre de décision qui détermine laquelle de ces options convient le mieux pour projeter les données en fonction de l'importance des variables incluses dans le modèle ADPC (âge, dérive, période et cohorte).

Pour amortir les tendances actuelles dans les périodes futures, nous avons utilisé une option qui permet de couper la tendance, option qui consiste en un vecteur de proportions indiquant la valeur qu'il faut retrancher de l'estimation de la tendance pour chaque période de projection de cinq ans. Une réduction graduelle du paramètre de dérive de 5 % et de 10 % dans la deuxième et la troisième période de cinq ans, respectivement, a été utilisée comme valeur par défaut.

Tous les modèles incluaient un facteur d'âge. Les tendances du taux d'incidence et du taux de mortalité selon l'âge ont ensuite été extrapolées à 2019. Le nombre attendu de cas de cancer et de décès en 2019 a été calculé en multipliant ces taux extrapolés par les projections de la population selon le sexe, l'âge et la province pour la même année.

Sélection des « meilleures » projections

Le processus de sélection des « meilleurs » dénombrements et taux projetés selon le sexe, le type de cancer et la région géographique s'est déroulé comme suit :

- L'arbre de décision du logiciel CanProj a été utilisé pour choisir le modèle qui convenait le mieux aux données réelles, selon les tests statistiques effectués dans CanProj. Lorsque les dénombrements étaient petits, la projection moyenne sur cinq ans a été utilisée. Cela s'est produit plus souvent dans les territoires et à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Au moins deux examinateurs indépendants ont inspecté visuellement les figures avec les modèles sélectionnés par CanProj pour en vérifier la validité apparente. Dans les cas où le modèle sélectionné par CanProj semblait problématique (p. ex. les estimations différaient d'au moins 10 % des estimations attendues), un autre modèle a été choisi et approuvé par consensus collectif.
- Les estimations proposées (dénombrements et taux normalisés selon l'âge) ont été transmises aux représentants des registres provinciaux et territoriaux du cancer pour approbation.
- Si un représentant d'un registre provincial ou territorial n'était pas d'accord avec une estimation en raison de projections à l'interne,

de sa connaissance des tendances locales ou de son accès à des données plus récentes, il pouvait fournir cette information au comité pour examen.

- Si le comité approuvait la justification, il recommandait un autre modèle au représentant du registre.

Dans le cadre de ce processus de consultation, le « meilleur » modèle a été choisi. Toutes les projections provinciales et territoriales relatives à des cancers précis contenues dans la présente publication ont été approuvées par un représentant du registre du cancer concerné ainsi que par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

Projections relatives à l'incidence au Québec

Comme les données sur l'incidence du cancer étaient disponibles seulement jusqu'en 2010 pour le Québec, une autre méthode de projection a été utilisée pour estimer les cas et les taux propres au Québec pour la période de 2011 à 2019. Plus précisément :

- Les facteurs de correction selon le sexe, l'âge et le cancer ont été calculés en tant que ratio des estimations selon le sexe, l'âge et le cancer pour le Québec par rapport au Canada (à l'exception du Québec) pour les années 2006 à 2010.
- Les taux réels (2011 à 2015) et projetés (2016 à 2019) au Canada qui excluaient le Québec selon l'année, le sexe et le groupe d'âge de cinq ans ont été appliqués à la population québécoise de 2011 à 2019 pour estimer les dénombrements préliminaires propres au Québec.
- Les facteurs de correction ont été appliqués aux dénombrements préliminaires propres au

Québec pour produire les dénombrements et les taux utilisés pour la présente publication.

Cette méthode suppose que le ratio des taux entre le Québec et le reste du Canada est demeuré constant dans le temps, ce qui n'est peut-être pas le cas. Compte tenu des hypothèses formulées pour cette analyse, il faut faire preuve d'une plus grande prudence dans l'interprétation des données projetées du Québec. Par exemple, après examen des données projetées relatives au Québec, il a été mentionné que les projections sous-estiment probablement le mélanome et la prostate en raison des récentes améliorations apportées à la collecte de données⁽²¹⁾.

Dans la présente publication, les cas ont été déclarés pour le Québec en raison de leur importance dans la détermination du nombre total projeté de cas de cancer à l'échelle nationale. Toutefois, les taux normalisés selon l'âge n'ont pas été déclarés pour le Québec, car ils ont été estimés différemment des autres régions et ne devraient donc pas être comparés.

Projections combinées

Pour chaque province ou territoire, la projection pour « tous les cancers » a été calculée comme la somme des projections relatives à des cancers précis, et la projection pour les « deux sexes » a été calculée comme la somme du nombre d'hommes et de femmes. Les projections pour l'ensemble du Canada ont été obtenues en additionnant les projections pour chaque provinces ou territoire.

De plus amples renseignements sur la méthode de projection utilisée pour la présente publication sont disponibles sur demande à ccc-ssc@phac-aspc.gc.ca.

Arrondissement aux fins de la déclaration

Les estimations de l'incidence et de la mortalité présentées dans la présente publication ont été arrondies de la façon suivante :

- les nombres de 0 à 99 ont été arrondis au multiple de 5 le plus près;
- les nombres de 100 à 999 ont été arrondis au multiple de 10 le plus près;
- les nombres de 1 000 à 1 999 ont été arrondis au multiple de 50 le plus près;
- les nombres de 2 000 et plus ont été arrondis au multiple de 100 le plus près.

Les chiffres selon l'âge et les taux selon le sexe ont été combinés avant l'arrondissement, de sorte qu'il est possible que les totaux dans les tableaux ne concordent pas. Cependant, tout écart de ce type se situe à l'intérieur des limites de précision des unités d'arrondissement décrites ci-dessus.

Dans la présente publication, les taux d'incidence et de mortalité réels ont été arrondis aléatoirement au multiple de 5 inférieur ou supérieur⁽²²⁾.

Précision des projections pour 2019

La précision d'une projection dépend principalement du nombre de cas observés et de la taille de la population pour chaque combinaison des éléments suivants : type de cancer, âge, sexe, et province ou territoire. Par conséquent, les différences de dénombrements et de taux doivent être interprétées avec prudence, surtout pour les petites provinces et les territoires, car elles peuvent ne pas être statistiquement significatives.

Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence et des taux de mortalité du cancer

- À l'aide du programme Joinpoint⁽³⁾, nous avons calculé la VAP de chaque type de cancer en ajustant un modèle de régression linéaire par morceaux et en supposant un taux de variation constant du logarithme des taux annuels normalisés selon l'âge pour chaque segment. Les modèles tenaient compte des erreurs types estimées des taux annuels normalisés selon l'âge. Les tests de signification ont été effectués à l'aide de la méthode de permutation de Monte Carlo. Enfin, la pente estimée à partir de ce modèle a été de nouveau transformée pour exprimer la variation annuelle en pourcentage du taux.
- Nous avons soumis les taux annuels normalisés selon l'âge (de 1984 à 2015, pour l'incidence et la mortalité) à un modèle de régression Joinpoint pour déterminer quelles sont les années où la VAP a changé de manière significative. Ces années sont appelées « points de retournement ».
- Après consultation, 1984 a été choisi comme année de début parce que la qualité des données est jugée bonne pour l'ensemble des provinces et territoires à compter de cette année.
- Les taux d'incidence projetés du cancer au Québec n'ont pas été inclus dans l'analyse selon le modèle Joinpoint.
- La période minimale de données pour l'établissement de la tendance a été fixée à cinq années. Ainsi, la période la plus récente pour la présente étude était de 2011 à 2015 pour l'incidence et la mortalité. Un maximum de cinq points de jonction a été autorisé. Un modèle d'erreurs non corrélées a été choisi pour les options d'erreurs autocorrélées et le test de permutation a été utilisé pour la sélection du modèle.
- L'année correspondant au point de retournement le plus récent détecté (année de référence) et la VAP pour les années suivant le point de retournement sont présentées aux [tableaux 1.6](#) et [2.6](#), de même qu'aux [figures 1.7](#) et [2.7](#). En l'absence d'un point de retournement, l'année de référence est 1984.
- Les cancers qui ont affiché une VAP statistiquement significative d'au moins 2 % depuis l'année de référence, ainsi que les quatre cancers les plus couramment diagnostiqués (pour l'incidence) et les quatre principales causes de décès par cancer (pour la mortalité), sont mis en évidence dans le texte. Les tendances de ces cancers notables sont illustrées aux [figures 1.8](#) et [1.9](#) pour l'incidence et aux [figures 2.8](#) et [2.9](#) pour la mortalité.
- Pour résumer les tendances sur des périodes précises, la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) a été calculée pour toute la période (de 1984 à 2015) et les 10 années les plus récentes (de 2006 à 2015). La VAMP est calculée comme étant la moyenne pondérée des VAP durant la période indiquée, les poids correspondant à la proportion de la période que représente chaque VAP.
- Le cancer de la vessie incluait les carcinomes *in situ*, qui sont considérés comme envahissants aux fins de la déclaration de l'incidence pour

l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les *carcinomes in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 à 2015. Étant donné qu'une grande proportion de Canadiens vivent en Ontario et qu'une proportion importante des cancers de la vessie sont des *carcinomes in situ*, l'analyse des tendances de l'incidence du cancer de la vessie a été modifiée pour tenir compte de l'augmentation artificielle des taux survenus de 2009 à 2010. Plus précisément, les données de 1984 à 2015 ont été divisées en deux périodes, soit de 1984 à 2009 et de 2010 à 2015, et l'analyse à l'aide de Joinpoint a été effectuée séparément pour chaque période. Pour cette raison, aucune VAMP n'est fournie pour les nouveaux cas de cancer de la vessie.

Probabilité de développer un cancer ou d'en mourir

Les probabilités de développer un cancer ou d'en mourir ont été calculées à l'aide de l'application logicielle DevCan⁽¹⁾. À l'aide de données transversales sur les premiers diagnostics de cancer, les décès par cancer, les décès toutes causes confondues et les estimations de la population, DevCan fait appel à la modélisation statistique pour calculer la probabilité de développer un cancer ou d'en mourir^(23, 24).

L'estimation de la probabilité de développer un cancer ou d'en mourir suppose que les taux actuels d'incidence et de mortalité à chaque âge demeurent constants tout au long de la vie de la cohorte hypothétique de 10 000 000 naissances vivantes. Comme cette hypothèse pourrait être fautive, les probabilités doivent être considérées comme des valeurs approximatives. En outre,

les probabilités sont estimées pour la population canadienne en général et ne doivent pas être interprétées comme un risque individuel.

Probabilité de développer un cancer

Le nombre de cas et de décès pour chaque cancer selon l'âge et le sexe, le nombre de décès toutes causes confondues selon l'âge et le sexe et les estimations de la population au Canada (sauf le Québec) en 2015 ont été calculés à l'aide de 20 groupes d'âge (0 à < 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, [...], 85 à 89 ans et 90 ans et plus), puis analysés au moyen de l'application logicielle DevCan en utilisant la valeur par défaut « tous les âges » selon des intervalles de cinq ans. Le Québec n'a pas pu être inclus parce que les données étaient disponibles seulement jusqu'en 2010.

- La probabilité de développer un cancer au cours de la vie correspond au nombre total de cancers survenant pendant une table de survie complète (de 0 à 90 ans et plus), divisé par une cohorte hypothétique de 10 000 000 naissances vivantes. Ce calcul ne présume pas de la durée de vie d'une personne, jusqu'à un âge particulier.
- Les probabilités ont été calculées pour tous les cancers confondus et selon le type de cancer et le sexe.

Probabilité de mourir d'un cancer

Le nombre de cas et de décès pour chaque cancer selon l'âge et le sexe, le nombre de décès toutes causes confondues selon l'âge et le sexe et les estimations de la population au Canada (sauf le Québec) en 2015 ont été calculés à l'aide de 20 groupes d'âge (0 à < 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, [...], 85 à 89 ans et 90 ans et plus), puis analysés au moyen de l'application logicielle DevCan en utilisant la valeur par défaut « tous les

âges » selon des intervalles de cinq ans.

- La probabilité de mourir d'un cancer au cours de la vie correspond au nombre total de décès par cancer survenant durant toute la vie (de 0 à 90 ans et plus), divisé par une cohorte hypothétique de 10 000 000 naissances vivantes. Ce calcul ne présume pas de la durée de vie d'une personne, jusqu'à un âge particulier.
- Les probabilités ont été calculées pour tous les cancers confondus et selon le type de cancer et le sexe.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'APVP a été calculé en obtenant l'âge exact de chaque personne décédée avant l'âge de 75 ans et en le soustrayant de 75, pour déterminer le nombre d'années de vie perdues. La somme de toutes ces valeurs correspond au total des APVP. La [figure 4.2](#) présente les APVP totales pour les personnes de 0 à 74 ans pour les années 2014 à 2016 combinées à l'aide des données de la BCDECD⁽²⁵⁾.

Les codes de la CIM-10 qui suivent ont été utilisés pour créer les catégories présentées dans la [figure 4.2](#).

Catégorie	Terminologie de la CIM-10 sur la cause de décès	Codes de la CIM-10
Cancer	Tumeurs malignes	C00-C97
Accidents	Blessures non intentionnelles	V01-X59, Y85-Y86
Cardiopathies	Cardiopathies ischémiques	I20-I25
Suicide	Suicides et lésions auto-infligées	X60-X84, Y87.0
Maladie de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Maladies cérébrovasculaires	Maladies cérébrovasculaires	I60-I69
VIH	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	B20-B24

Survie

- Les enregistrements du fichier d'analyse couplé avec des données sur les décès utilisé pour la survie ont été exclus progressivement. Les enregistrements étaient initialement exclus si le diagnostic avait été établi par autopsie seulement ou par certificat de décès seulement, ou si l'année de naissance ou de décès était inconnue. L'ensemble de données a ensuite été limité aux premiers cancers primaires par siège⁽²⁶⁻²⁹⁾, diagnostiqués de 1992 à 2014. Ensuite, les nouveaux cas du Québec ont été exclus parce que les données sur l'incidence du cancer de cette province n'ont pas été transmises au RCC depuis l'année de données 2010.
- À l'exception d'analyses portant spécifiquement sur les cancers de l'enfant (0 à 14 ans), toutes les analyses étaient fondées sur des personnes de 15 à 99 ans.
- Les estimations de l'analyse de survie non normalisée (brute) ont été établies à l'aide d'un

algorithme⁽³⁰⁾ auquel Ron Dewar du programme de soins oncologiques de la Nouvelle-Écosse (Dewar R, 2018, communication par courriel, 19 avril) a ajouté l'estimateur de Pohar Perme de la survie nette⁽³¹⁾ à l'aide de l'approche de transformation des dangers.

- Les cas comportant la même date de diagnostic et de décès (en excluant ceux omis précédemment parce qu'ils avaient été confirmés au moyen d'une autopsie seulement ou d'un certificat de décès seulement) se sont vus attribuer une survie d'un jour, parce que le programme exclut automatiquement les cas comportant une survie de 0 jour. L'exception de ces cas aurait entraîné un biais à la hausse des estimations de survie.
- En ce qui concerne la survie à cinq ans, des sous-intervalles de trois mois ont été utilisés pour la première année de suivi, puis des sous-intervalles de six mois pour les quatre années restantes, pour un total de 12 sous-intervalles. Lorsque l'analyse s'étendait à dix ans, des sous-intervalles d'un an ont été utilisés de la sixième à la dixième année.
- L'estimation de la survie nette dans une structure de survie relative requiert que le taux de mortalité non lié au cancer au sein d'un groupe de personnes chez qui l'on a diagnostiqué un cancer soit le même que celui de la table de survie fondée sur la population⁽³²⁾. Pour mieux satisfaire à cette hypothèse, les données sur la survie attendue utilisées dans le calcul de la survie nette pour le cancer de la prostate et le cancer du sein chez les femmes ont été rajustées pour tenir compte des taux de mortalité par cancer dans la population générale⁽³³⁻³⁵⁾. Dans chaque cas, la proportion de décès chez les résidents canadiens attribuables au cancer, selon le sexe, le groupe d'âge de cinq ans et l'année de décès, a été utilisée aux fins du rajustement. Des estimations provinciales de la mortalité ont été utilisées pour les personnes de 55 à 59 ans et les groupes d'âge plus avancés. Autrement, des estimations nationales ont été utilisées⁽³⁶⁾.
- La survie nette conditionnelle à cinq ans^(37,38) a été calculée en fonction de la survie nette à cinq ans en utilisant uniquement les données des personnes qui avaient survécu au moins un an après le diagnostic. Autrement dit, les estimations de la survie pour une période supplémentaire de quatre ans chez les personnes qui avaient déjà survécu un an.
- Les estimations de survie nette pour les deux sexes et tous les cancers confondus ont été rajustées selon le sexe et le type de cancer individuel (groupe clients ou clientèle) afin d'atténuer l'effet sur ces estimations des différences dans la répartition des cas de cancer au fil du temps selon ces variables. De même, les estimations selon le sexe pour tous les cancers confondus ont été rajustées en fonction de la clientèle. Dans les deux cas, les poids utilisés étaient fondés sur le sexe et la répartition de la clientèle âgée de 15 à 99 ans ayant reçu un diagnostic de cancer au Canada, à l'exception du Québec, de 2010 à 2014. Ces poids sont disponibles sur demande.
- Les estimations des taux de survie observés pour tous les cancers chez l'enfant confondus ont été calculées sous forme de moyenne pondérée des estimations propres au groupe de diagnostics. Les poids utilisés étaient fondés sur la répartition de la clientèle composée de

personnes âgées de 0 à 14 ans ayant reçu un diagnostic de cancer au Canada, à l'exception du Québec, de 2010 à 2014, du groupe de diagnostics. Ces poids sont disponibles sur demande.

- Les estimations normalisées selon l'âge ont été obtenues au moyen de la méthode directe. Autrement dit, les estimations selon l'âge pour un cancer donné ont été pondérées en fonction de la répartition selon l'âge des personnes de 15 à 99 ans ayant reçu un diagnostic de cancer. Les répartitions par âge étaient fondées sur les cas diagnostiqués de 2010 à 2014 au Canada, à l'exception du Québec⁽³⁶⁾. Les poids normalisés de survie au Canada pour les cancers individuels et regroupés sont fournis sous forme de données [supplémentaires en ligne seulement](#).
- Toutes les pondérations décrites ci-dessus ont été calculées à l'aide de la version du CIRC du fichier de totalisations du RCC de novembre 2017.
- Une comparaison des estimations de la survie nette sur cinq ans, normalisée selon l'âge, à l'aide des poids normalisés de survie pour le cancer décrits ci-dessus et, à défaut, des poids élaborés à partir des données recueillies pour l'étude EURO-CARE-2⁽³⁹⁾ est fournie sous forme de données [supplémentaires en ligne seulement](#).
- Les erreurs types pour les estimations normalisées selon l'âge ont été estimées en prenant la racine carrée de la somme des carrés des erreurs types pondérées selon l'âge.
- Les estimations de survie prévue pour la période la plus récente, habituellement de 2012 à 2014, ont été calculées à l'aide de l'analyse de

période⁽⁴⁰⁾. La méthode par période utilisée pour l'analyse de la survie permet d'obtenir des prévisions à jour de la survie au cancer⁽⁴¹⁾.

Lorsqu'on utilise cette méthode, les données de suivi ne sont pas rattachées à une cohorte déterminée de personnes atteintes du cancer. Les estimations de la survie par période reposent sur l'hypothèse que la probabilité conditionnelle de survie des personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période étudiée sera celle qui a été observée le plus récemment.

- Lorsque la survie s'améliore de manière générale, une estimation fondée sur la période est généralement une prévision prudente de la survie qui sera observée.
- La méthode des cohortes a servi à établir des estimations non prédictives (réelles) de la survie de 1992 à 1994.
- Les proportions de la survie observée ont été communiquées pour l'analyse des cancers chez les enfants.
- Les probabilités de survie nettes et les proportions de survie observées ont été exprimées en pourcentage.
- Les estimations de la survie auxquelles sont associées des erreurs types supérieures à 0,10 ont été omises. Les estimations auxquelles sont associées des erreurs types supérieures à 0,05, mais inférieures ou égales à 0,10 sont indiquées en italique.

Problèmes liés aux données et à la méthodologie

Incidence

Bien que le Conseil canadien des registres du cancer et son Comité permanent de la gestion et de la qualité des données s'efforcent le plus possible d'uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas, les méthodes de déclaration des cas et le degré d'exhaustivité des données varient encore d'une région à l'autre du pays. Toutefois, l'uniformisation des méthodes de recherche des cas, y compris le couplage aux registres de mortalité provinciaux et territoriaux, a amélioré l'enregistrement des cas de cancer ainsi que la comparabilité des données aux quatre coins du pays. Malgré tout, certains problèmes demeurent :

- Les tumeurs bénignes et à malignité atténuée et les cancers *in situ* ne sont pas systématiquement enregistrés ou signalés, sauf dans le cas des cancers *in situ* de la vessie, qui sont considérés comme envahissants aux fins de la déclaration de l'incidence pour l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les cancers *in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 à 2015. Dans les éditions précédentes, on indiquait qu'il était possible qu'il y ait sous-déclaration des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) en raison des liens insuffisants établis entre les données sur le cancer et les données sur la mortalité. Le Registre du cancer de T.-N.-L. a mis en place des processus de confirmation des décès afin d'optimiser l'exactitude des données et a amélioré les procédures de déclaration des cas dans les régions infraprovinciales associées à une sous-déclaration des cas antérieure.

Les améliorations apportées au Registre du cancer de T.-N.-L. ont entraîné une meilleure détermination des cas à partir de 2006. Toutefois, la sous-déclaration persiste dans cette province pour les années antérieures à 2006. Par exemple, le nombre total de cas signalés au RCC par T.-N.-L. pour 2005 est inférieur de 21 % au nombre correspondant pour 2006.

- Comme le registre du Québec dépend principalement des données d'hôpitaux pendant la période comprise dans la présente publication, le nombre de cas de certains cancers est sous-estimé, surtout pour ceux dont les renseignements diagnostiques proviennent des rapports de pathologie. Le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie sont particulièrement concernés⁽⁴²⁾. Les projections de 2019 pour ces types de cancer pourraient être sous-estimées parce qu'une augmentation des cas dans les registres est prévue en raison de l'inclusion des rapports de pathologie dans les données à partir de 2011 (ces données ne sont pas encore disponibles).
- Au moment de la publication, aucun cas de certificat de décès seulement (CDS) n'avait été signalé au RCC par l'Ontario pour 2014 et 2015, pour le Manitoba pour 2013 à 2015 et pour le Québec pour 2010. Le nombre de cas de CDS en Ontario a été imputé en attribuant, de façon aléatoire, les cas de CDS diagnostiqués de 2012 à 2013 à la période de 2014 à 2015. Les cas de CDS de 2013 à 2015 au Manitoba ont été estimés à l'aide des cas de CDS diagnostiqués de 2010 à 2012 et en les attribuant, de façon aléatoire, à la période de 2013 à 2015. Ces cas de CDS étaient tous présumés être des premiers diagnostics de cancer pour calculer la probabilité de développer un cancer. Les CDS

pour le Québec en 2010 n'ont pas été imputés.

- En octobre 2014, l'Ontario a mis en œuvre un nouveau système de déclaration des cas de cancer. Le nouveau système comporte plusieurs améliorations qui permettent de repérer les cas de cancer qui n'avaient pas été enregistrés auparavant. Il s'agit notamment de l'utilisation de règles plus libérales pour le dénombrement des sièges primaires multiples, de l'utilisation de enregistrements sources supplémentaires et de l'inclusion d'enregistrements qui n'étaient pas inclus auparavant. Le nouveau système a appliqué ces changements rétrospectivement à l'année de diagnostic 2010 et par la suite. Le nombre relatif de cas de certains types de cancer — dont le cancer de la vessie, le lymphome non hodgkinien, la leucémie, le myélome multiple, le mélanome et le cancer de l'estomac — déclarés au RCC par l'Ontario a augmenté considérablement après la mise en œuvre du nouveau système, tandis que pour de nombreux autres types de cancer étudiés dans la présente publication, il n'y avait guère de changement.
- Les cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs SAI; tumeurs épithéliales SAI; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires) ne sont pas inclus parce que la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas les données sur l'incidence de ce type de cancer. Il est difficile de tenir un registre de ces cancers, ceux-ci pouvant être diagnostiqués ou traités dans différents contextes où ces cas ne sont pas signalés aux registres provinciaux et territoriaux du cancer, comme les bureaux de dermatologues.
- Certains registres provinciaux et territoriaux du

cancer transmettent avec du retard tous les cas pour une période de référence à Statistique Canada en raison du moment de la collecte et/ou de la production de rapports dans leur propre système⁽⁴⁾. Les cas présentés en retard sont souvent signalés l'année suivante et les cas manquants sont ajoutés à l'année de diagnostic pertinente. En général, le retard de déclaration pour l'année la plus récente se situe entre 2 % et 3 % à l'échelle nationale, ce qui peut avoir une incidence sur les estimations contenues dans la présente publication.

Sièges primaires multiples

- Il existe deux systèmes de règles visant à déterminer si un deuxième cancer ou un cancer subséquent doit être considéré comme un nouveau cancer primaire, par opposition à une rechute ou à une duplication d'un cancer déjà déclaré. Ces règles ont été établies, d'une part, par le Centre international de recherche sur le cancer (elles sont connues sous la désignation «règles du CIRC) et par le programme Surveillance, Epidemiology, and End Results («règles du SEER»). Les règles du CIRC tendent à générer un nombre plus faible de cas de cancer que le SEER parce qu'elles ne permettent généralement pas le diagnostic de multiples cancers au même siège chez un seul individu.
- Bien que toutes les provinces et tous les territoires déclarent maintenant les cas de cancer en suivant les règles du SEER concernant les cancers primaires multiples, certains ne l'ont pas toujours fait. Comme le présent document se fonde sur des données historiques, celles-ci ont été assujetties aux

règles du CIRC pour toutes les régions. Par conséquent, les nombres de cancers de certaines provinces peuvent sembler plus faibles dans la présente publication que ceux qu'indiquent les rapports provinciaux. L'ampleur de l'écart entre les deux systèmes varie selon la province, le type de cancer, le sexe et l'année du diagnostic. Par exemple, des analyses réalisées par l'Agence de la santé publique du Canada à l'aide des données du RCC ont démontré que la Colombie-Britannique rapporterait approximativement 6 % plus de cancers du sein chez la femme en vertu des règles du SEER, qu'en vertu des règles du CIRC, pour les cancers diagnostiqués en 2010⁽⁴³⁾. En ce qui a trait au mélanome chez l'homme, en Colombie-Britannique, le nombre de nouveaux cas en 2010 était, en vertu des règles du SEER, environ 8 % plus élevé que celui établi suivant les règles du CIRC. Dans un document récent provenant des États-Unis sur les données du programme SEER, on signale des différences similaires entre les statistiques établies à partir des règles du SEER et celles qui sont fondées à partir des règles du CIRC⁽⁴⁴⁾. On examine également l'incidence de ces règles sur les tendances ainsi rapportées.

Mortalité

Bien que les procédures d'enregistrement des décès et de détermination de leur cause soient normalisées tant à l'échelle nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui figure sur le certificat de décès est généralement moins précise que celle qu'obtiennent les registres du cancer dans les dossiers des hôpitaux et des

services d'anatomopathologie. De nombreux légers changements ont été apportés aux définitions au fil des ans (voir les [tableaux A2-1 et A2-2](#)); certains méritent d'être soulignés :

- Pour la mortalité par cancer colorectal, nous avons utilisé les codes 153 et 154 de la CIM-9⁽⁶⁾ dans les versions de la présente publication publiées avant 2003, par souci d'uniformité avec les autres publications. Toutefois, cette définition devrait donner lieu à une sous-estimation de la mortalité par cancer colorectal, car certains décès enregistrés sous le code 159.0 (tractus intestinal, partie non précisée) de la CIM-9 sont des cas de cancer colorectal. Depuis la version de la présente publication publiée en 2003, ces cas sont compris dans la définition de cancer colorectal. Par conséquent, les chiffres de la mortalité par cancer colorectal qui figurent dans la présente publication ne peuvent être comparés directement avec ceux dont font état les publications antérieures à 2003.
- La définition de la mortalité par cancer du foie en vigueur actuellement diffère de celle qui est utilisée dans certaines publications nord-américaines (<http://www.naaccr.org/dataandpublications/cinapubs.aspx>; http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/). Une analyse des statistiques sur le cancer du SEER présente des estimations au sujet du foie et des canaux biliaires intrahépatiques (C22.0 à C22.9) alors que Cancer in North America (CINA) présente des estimations au sujet du foie (C22.0, C22.2 à C22.9). Conformément au CINA, les estimations de la mortalité par cancer du foie dans la présente publication excluent les cancers du canal biliaire intrahépatique (C22.1). Toutefois, contrairement à SEER et CINA, la présente publication exclut également la catégorie « foie,

sans autre indication » (C22.9). Cette décision était fondée sur des analyses non publiées réalisées par l'Agence de la santé publique du Canada indiquant qu'un nombre corrélatif de décès inscrits au RCC non associés à un cancer du foie primaire déclaré avaient pour cause sous-jacente de décès la catégorie C22.9, soit le foie, sans autre indication. En d'autres termes, la catégorie C22.9 englobe probablement un nombre important de décès causés par des cancers qui ont entraîné des métastases au foie. Néanmoins, étant donné que la catégorie C22.9 contient également des décès dus à un cancer du foie primaire, son exception de la définition de la mortalité due au cancer du foie utilisée dans la présente publication donne lieu à une sous-estimation des décès dus au cancer du foie. L'effet de l'ajout du cancer du foie, sans autre indication (C22.9) à l'actuelle définition de la mortalité par cancer du foie pourrait être considérable : le nombre de décès par cancer du foie connaîtrait, au Canada, en 2012, une augmentation d'environ 45,9 % (de 1 059 à 1 545 décès). Ainsi, la méthode de définition de la mortalité par cancer du foie devrait être mentionnée, avant de procéder à des comparaisons entre les différentes publications. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer continuera d'examiner cette question au moment de choisir la définition à utiliser pour les futures publications.

- Comme mentionné précédemment, l'information concernant l'année, le sexe, l'âge et la cause des décès survenant au Québec a été obtenue en soustrayant le total national des sources accessibles au public⁽⁹⁾, qui comprend tous les décès survenant chez les résidents du

Canada (y compris le Québec), du total national (sauf le Québec), qui est disponible dans la version de l'ASPC de la BCDECD.

Survie

Les analyses de survie ne comprennent pas les données du Québec, car les cas diagnostiqués dans cette province à partir de 2011 n'ont pas été transmis au Registre canadien du cancer.

Références

- National Cancer Institute. DevCan: Probability of developing or dying of cancer software, Version 6.7.4. Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications; 2012.
- Qiu Z, Hatcher J. CANPROJ—The R package of cancer projection methods based on generalized linear models for age, period, and/or cohort. Alberta : Alberta Health Services : Technique Report for Cancer Projections Network (C-Proj); 2011.
- Joinpoint Regression Program. Version 4.2.0.2 ed. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program: National Cancer Institute; juin 2015.
- Statistique Canada [Internet]. Registre canadien du cancer (RCC). Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2019. Disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207 (consulté en mars 2019).
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D, et al (eds.). International Classification of Diseases for Oncology, Third edition, First revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
- Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, neuvième révision. Volumes 1 et 2. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé; 1977.
- International Agency for Research on Cancer. International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-O Third Edition) [Internet] Lyon, FR: International Agency for Research on Cancer; 2004.
- Statistique Canada [Internet]. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès (BCDECD). Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2018. Disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=3233 (consulté en mars 2019).
- Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Volumes 1 à 3. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé; 1993.
- Statistique Canada [Internet]. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires : 2017 (no 91-215-X au catalogue). Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2017. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-215-x/91-215-x2017000-fra.pdf?st=X&st=XS&DIULM> (consulté en mars 2019).
- Statistique Canada [Internet]. Tableau 051-0001 : Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe, Canada, province ou territoire. CANSIM (base de données). Disponible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=171000501&request_locale=fr (consulté en Décembre 2018).
- Statistique Canada [Internet]. Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038) (no 91-520-X au catalogue). Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2015. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2014001-fra.htm> (consulté en mars 2019).
- Statistique Canada. Linkage of the Canadian Cancer Registry to the Canadian Vital Statistics— Death Database and T1 Personal Master File: Ascertaining the Death Information (couplage entre le Registre canadien du cancer et la Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès et le fichier maître des particuliers T1 : vérification des renseignements sur les décès). Disponible sur demande à l'adresse : STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca.
- Statistique Canada [Internet]. Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 2013 à 2015 (no 84-537 au catalogue). Ottawa (Ont.), Statistique Canada. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/84-537-X2018001> (consulté en mars 2019).
- Statistique Canada. Special request tabulation completed by Demography Division. 2018.
- Dickman PW, Auvinen A, Voutilainen ET, Hakulinen T. Measuring social class differences in cancer patient survival: Is it necessary to control for social class differences in general population mortality? A Finnish population-based study. *J Epidemiol Community Health*. Nov. 1998; 52(11):727-34.
- National Cancer Institute [Internet]. International classification of childhood cancer (ICCC) Recode ICD-O-3/WHO 2008. Bethesda, MD: Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER); 2008. Disponible à l'adresse : <http://seer.cancer.gov/iccc/iccc-who2008.html> (consulté en mars 2019).
- Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, Third Edition. *Cancer*. 1er avril 2005; 103:1457-67.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- Gouvernement du Québec. Registre québécois du cancer Incidence du cancer au Québec pour l'année 2011 : données préliminaires et considérations méthodologiques Québec2018 [Disponible à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf>].
- Statistique Canada [Internet]. Recensement de 2011 : Normes et lignes directrices relatives à la confidentialité et à la qualité des données. Ottawa (Ont.), Statistique Canada. Disponible à l'adresse : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/DQ-QD/conf-fr.cfm> (consulté en mars 2019).
- Fay MP, Pfeiffer R, Cronin KA, Le C, Feuer EJ. Age-conditional probabilities of developing cancer. *Stat Med*. 15 juin 2003; 22(11):1837-48.
- Fay MP. Estimating age conditional probability of developing disease from surveillance data. *Popul Health Metr*. Juillet 2004; 2(1):6.
- Statistique Canada. Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires 1980-1982 à 2014-2016 2018 [Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84-537-x/84-537-x2018002-fra.htm>].
- Statistique Canada. Tableau 13-10-0742-01 Mortalité et années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues. 1 : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310074201&request_locale=fr (consulté en mars 2019).
- Rosso S, De Angelis R, Ciccolallo L, Carrani E, Soerjomataram I, Grande E, et al. Multiple tumours in survival estimates. *Eur J Cancer*. Avril 2009; 45(6):1080-94.
- Brenner H, Hakulinen T. Patients with previous cancer should not be excluded in international comparative cancer survival studies. *Int J Cancer*. 15 nov. 2007; 121(10):2274-8.
- Ellison LF. Measuring the effect of including multiple cancers in survival analyses using data from the Canadian Cancer Registry. *Cancer Epidemiol*. Oct. 2010; 34(5):550-5.
- Ellis L, Woods LM, Esteve J, Eloranta S, Coleman MP, Rachet B. Cancer incidence, survival and mortality: explaining the concepts. *Int J Cancer*. 15 oct. 2014; 135(8):1774-82.
- Dickman PW. Population-based cancer survival analysis. 2000 [Disponible à l'adresse : <http://www.pauldickam.com/book/chapter1.pdf>].
- Perme MP, Stare J, Esteve J. On estimation in relative survival. *Biometrics*. 2012(68):113-20.
- Lambert PC, Dickman PW, Rutherford MJ. Comparison of different approaches to estimating age standardized net survival. *BMC Med Res Methodol*. 15 août 2015; 15:64.
- Ellison LF. Ajustement des estimations de la survie relative en fonction de la mortalité par cancer dans l'ensemble de la population. *Rapports sur la santé*. Nov. 2014; 25(11): 3-10.
- Talback M, Dickman PW. Estimating expected survival probabilities for relative survival analysis—exploring the impact of including cancer patient mortality in the calculations. *Eur J Cancer*. Nov. 2011. ; 47(17):2626-32.
- Hinchliffe SR, Dickman PW, Lambert PC. Adjusting for the proportion of cancer deaths in the general population when using relative survival: a sensitivity analysis. *Cancer Epidemiol*. Avril 2012; 36(2):148-52.
- Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. *Rapports sur la santé*. 19 sept. 2018; 29(9) : 11-20.
- Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. Analyses de la survie conditionnelle selon le siège du cancer. *Rapports sur la santé*. Juin 2011; 22(2) : 21-5.
- Henson DE, Ries LA. On the estimation of survival. *Semin Surg Oncol*. Janv.-févr. 1994; 10(1):2-6.
- Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. Oct. 2004; 40(15):2307-16.
- Ellison LF, Gibbons L. Survie au cancer — prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. *Rapports sur la santé*. Mai 2006;17(2) : 21-34.
- Ellison LF. An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry. *Annals of epidemiology*. Mars 2006; 16(3):191-6.
- Brisson J, Major D, Pelletier É. Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec. Institut national de santé publique du Québec 2003.
- Zakaria D. The Impact of Multiple Primary Rules on Cancer Statistics in Canada, 1992 to 2012. *J Registry Manag*.45(1):8-20.
- Weir HK, Johnson CJ, Ward KC, Coleman MP. The effect of multiple primary rules on cancer incidence rates and trends. *Cancer Causes Control*. Mars 2016; 27(3):377-90.

TABLEAU A1 Définitions des cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3	CIM-9	CIM-10	CIM-9
	Incidence (1992–2015)	Incidence (1984–1991)	Mortalité (2000–2015)	Mortalité (1984–1999)
Bouche	C00–C14	140–149	C00–C14	140–149
Œsophage	C15	150	C15	150
Estomac	C16	151	C16	151
Colorectal	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0, 154.1	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0, 154.1
Foie	C22.0	155	C22.0, C22.2–C22.7	155
Pancréas	C25	157	C25	157
Larynx	C32	161	C32	161
Poumon et bronches	C34	162.2, 162.3, 162.4, 162.5, 162.8, 162.9	C34	162.2, 162.3, 162.4, 162.5, 162.8, 162.9
Mélanome	C44 (Type 8720–8790)	172	C43	172
Sein	C50	174, 175	C50	174, 175
Col de l'utérus	C53	180	C53	180
Utérus (corps, SAI)	C54–C55	179, 182	C54–C55	179, 182
Ovaire	C56.9	183	C56	183
Prostate	C61.9	185	C61	185
Testicule	C62	186	C62	186
Vessie (y compris in situ pour l'incidence)	C67	188, 233.7	C67	188
Rein et bassinnet du rein	C64.9, C65.9	189.0, 189.1	C64–C65	189.0, 189.1
Encéphale/SNC	C70–C72	191, 192	C70–C72	191, 192
Glande thyroïde	C73.9	193	C73	193
Lymphome de Hodgkin*	Type 9650–9667	201	C81	201
Lymphome non hodgkinien*	Type 9590–9597, 9670–9719, 9724–9729, 9735, 9737, 9738	200, 202.0, 202.1, 202.2, 202.8, 202.9	C82–C85, C96.3	200, 202.0, 202.1, 202.2, 202.8, 202.9
	Type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 all sites except C42.0, 1, 4			
Myélome multiple*	Type 9731, 9732, 9734	203.0, 238.6	C90.0, C90.2	203.0, 238.6
Leucémie*	Type 9733, 9742, 9800–9801, 9805–9809, 9820, 9826, 9831–9836, 9840, 9860–9861, 9863, 9865–9867, 9869–9876, 9891, 9895–9898, 9910, 9911, 9920, 9930–9931, 9940, 9945–9946, 9948, 9963–9964	204.0, 204.1, 205.0, 207.0, 207.2, 205.1, 202.4, 204.2, 204.8, 204.9, 205.2, 205.3, 205.8, 205.9, 206.0, 206.1, 206.2, 206.8, 206.9, 203.1, 207.1, 207.8, 208.0, 208.1, 208.2, 208.8, 208.9	C91–C95, C90.1	204.0, 204.1, 205.0, 207.0, 207.2, 205.1, 202.4, 204.2, 204.8, 204.9, 205.2, 205.3, 205.8, 205.9, 206.0, 206.1, 206.2, 206.8, 206.9, 203.1, 207.1, 207.8, 208.0, 208.1, 208.2, 208.8, 208.9
	Type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 sites C42.0, 1, 4			
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00–C80 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges 140–209 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00–C80 non mentionnés ci-dessus, C97	Tous les sièges 140–209 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Pour le calcul des taux d'incidence, les types histologiques 9590 à 9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges particuliers.

Nota : La CIM-O-3 est la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition⁽⁹⁾. La CIM-10 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision⁽¹⁰⁾. La CIM-9 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision⁽¹⁰⁾.

TABLEAU A2-1 Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne l'incidence

	Nouvelle définition	Année de la modification	Ancienne définition
Vessie	CIM-O-3 C67 (y compris les cancers in situ, sauf pour l'Ontario, qui ne signale pas les cas de cancer in situ de la vessie)	2006	CIM-O-3, C67 (à l'exclusion des cancers in situ)
Colorectal	CIM-O-3 C18–C20, C26.0t	2011	CIM-O-3 C18–C21, C26.0
Rein et bassinnet du rein	CIM-O-3 C64–C65	2008	CIM-O-3 C64–C66, C68
Poumon et bronches	CIM-O-3 C34	2008	CIM-O-3 C33–C34 (avant 2006)
			CIM-O-3 C34 (en 2006)
			CIM-O-3 C33–C34 (en 2007)
Ovaire	CIM-O-3 C56	2006	CIM-O-3 C56, C57.0–C57.4

Nota : Les cancers de la vessie, colorectal, du rein, du poumon et de l'ovaire ne comprennent pas les types histologiques 9590 à 9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi). La CIM-O-3 est la *Classification internationale des maladies pour l'oncologie*, troisième édition⁽⁹⁾.

TABLEAU A2-2 Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne la mortalité

	New definition	Year changed	Old definition
Colorectal	CIM-10 C18–C20, C26.0	2012	CIM-10 C18–C21, C26.0
Rein et bassinnet du rein	CIM-10 C64–C65	2008	CIM-10 C64–C66, C68
Leucémie	CIM-10 C91–C95, C90.1	2008	CIM-10 C91–C95
Foie	CIM-10 C22.0, C22.2–C22.7	2007	CIM-10 C22 (avant 2006)
			CIM-10 C22.0, C22.2–C22.9 (en 2006)
Poumon et bronches	CIM-10 C34	2008	CIM-10 C33–C34 (avant 2006)
			CIM-10 C34 (en 2006)
			CIM-10 C33–C34 (en 2007)
Myélome multiple	CIM-10 C90.0, C90.2	2008	CIM-10 C88, C90 (avant 2007)
			CIM-10 C90 (en 2007)
Ovaire	CIM-10 C56	2006	CIM-10 C56, C57.0–C57.4
Tous les autres cancers et cancers non spécifiés	CIM-10 C44, C46, C76–C80, C88, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97	2007	CIM-10 C44, C46, C76–C80, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97

Nota : La CIM-10 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision⁽¹⁰⁾.

Abréviations

VAMP	Variation annuelle moyenne en pourcentage	TAHA	Traitement antirétroviral hautement actif	SNDC	Système national de déclaration des cas de cancer
VAP	Variation annuelle en pourcentage	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	SAI	Sans autre indication
TINA	Taux d'incidence normalisés selon l'âge	VPH	Virus du papillome humain	SNP	Système nerveux périphérique
TMNA	Taux de mortalité normalisés selon l'âge	CIRC	Centre international de recherche sur le cancer	APS	Antigène prostatique spécifique
RCC	Registre canadien du cancer	CICE-3	Classification internationale des cancers chez les enfants, 3 ^e édition	RPTC	Registres provinciaux et territoriaux sur le cancer
IC	Intervalle de confiance	CIM-19	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision	APVP	Années potentielles de vie perdues
LC	Limite de confiance	CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision	RSR	Rapport de survie relative
SNC	Système nerveux central	CIM-0-3	Classification internationale des maladies : oncologie, 3 ^e édition	SEER	Programme Surveillance, Epidemiology, and End Results
BCDECD	Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil				
CDS	Certificat de décès seulement				

Index des tableaux et des figures



Tableaux

1.1	Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec), 2015	25
1.2	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe, Canada, 2019	26
1.3	Nombre projeté de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2019	27
1.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada (à l'exception du Québec), 2019	28
1.5	Nombre projeté de nouveaux cas de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2019	29
1.6	Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2015	30
1.7	Plus récente variation annuelle en pourcentage (VAP)* des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2015	33
2.1	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2015	48
2.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés des cancers, selon le sexe, Canada, 2019	49
2.3	Nombre projeté de décès par les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2019	50

2.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2019	51
2.5	Nombre de décès projetés par certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2019	52
2.6	Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2015	53
2.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2015	55
3.1	Taux prédit de survie nette à cinq et à dix ans à certains cancers selon le sexe, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2012 à 2014	62
3.2	Taux prédit de survie nette à cinq ans à certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2012 à 2014	63
3.3	Pourcentages de survie observés (PSO) à un et cinq ans prédits selon le groupe de diagnostic et les sous-groupes sélectionnés, chez des sujets âgés de 0 à 14 ans au moment du	64
3.4	Taux prédit de survie nette à cinq ans, normalisé selon l'âge pour certains cancers, selon la province, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2012	65
3.5	Taux prédits de survie nette à un an et à cinq ans du diagnostic (conditionnel à la survie d'un an), à certains cancers, selon le sexe, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2012 à 2014	66

Annexe Tableaux

A1	Définitions des cancers	90
A2-1	Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne l'incidence	91
A2-2	Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne la mortalité	91

Figures

1.1	Probabilité d'être atteint du cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec), 2015	11
1.2	Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada, 2019	12
1.3	Pourcentage de nouveaux cas et taux d'incidence selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada (à l'exception du Québec), 2013 à 2015	13
1.4	Distribution des nouveaux cas de certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2011 à 2015	14
1.5	Distribution géographique des nouveaux cas de cancer projetés et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) par province et territoire, chez les deux sexes, Canada, 2019	15
1.6	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers confondus, Canada, 1984 à 2019	16
1.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2015	17
1.8	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, hommes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2019	18
1.9	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, femmes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2019	19
2.1	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2015	35
2.2	Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2019	36
2.3	Pourcentage de décès et taux de mortalité selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2013 à 2015	37
2.4	Distribution des décès par certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada, 2011 à 2015	38
2.5	Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province ou territoire, chez les deux sexes, Canada, 2019	39
2.6	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2019	40
2.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2015	41
2.8	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, hommes, Canada, 1984 à 2019	42
2.9	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, femmes, Canada, 1984 à 2019	43
3.1	Prévision de la survie nette aux principales causes de décès par cancer selon la durée de survie, chez des sujets âgés de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2012 à 2014	57
3.2	Changements prévus dans la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge à certains cancers, entre 1992 et 1994 et 2012 et 2014, chez des sujets de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec)	59
4.1	Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2016	67
4.2	Années potentielles de vie perdues (APVP) pour certaines causes de décès, Canada, 2014 à 2016	68
4.3	Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge de tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada, 1984 à 2019	70
4.4	Tendances de l'incidence et de la mortalité (en milliers de cas) associées aux modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, ainsi qu'à la croissance démographique et au vieillissement de la population, pour tous l	71
4.5	Résumé des principales caractéristiques des mesures de lutte contre le cancer et de l'issue de la maladie selon le type de cancer	72

Pour nous joindre

Organisations partenaires

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>
(sélectionnez « Maladies chroniques »)

Des renseignements plus détaillés sur la méthodologie utilisée pour les projections de l'incidence du cancer et de la mortalité liée au cancer, les tendances au fil du temps et la probabilité de développer ou de mourir d'un cancer sont fournis dans la présente publication par le Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada. Courriel : ccc-ssc@phac-aspc.gc.ca.

Statistique Canada

statcan.gc.ca (recherche à l'aide du mot « cancer »)

Des renseignements plus détaillés sur la méthodologie relative à la survie utilisée dans la présente publication sont disponibles auprès du Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada, Service national de renseignements (1-800-263-1136) ou par l'entremise des Services à la clientèle du Centre des données sur la santé de la population (statcan.hd-ds.statcan@canada.ca ou 613-951-1746).

Société canadienne du cancer

Cancer.ca selon la région géographique

Pour obtenir des renseignements généraux sur le cancer (comme la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou les soins du cancer), communiquez avec le service de renseignements de la Société canadienne du cancer, au 1-888-939-3333, ou consultez le site cancer.ca. Pour toute question au sujet de la présente publication, envoyez un courriel à : stats@cancer.ca.

Conseil canadien des registres du cancer

Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer afin de constituer le Registre canadien du cancer (RCC). Le RCC est régi par le Conseil canadien des registres du cancer (CCCR), une collaboration entre les 13 registres provinciaux et territoriaux du cancer et le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada. Des renseignements sur le RCC et le CCCR sont présentés sur le site Web [Registre canadien du cancer \(RCC\)](http://Registre canadien du cancer (RCC) de Statistique Canada) de Statistique Canada. Des renseignements détaillés sur les statistiques de chaque province ou territoire sont accessibles auprès des registres concernés.

Conseil de la statistique de l'état civil du Canada

Les données sur la mortalité sont fournies à Statistique Canada par le registraire des statistiques de l'état civil des provinces et des territoires pour former la Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD). Le système national de données sur l'état civil est régi par le Conseil de la statistique de l'état civil du Canada depuis 1945. Le Conseil de la statistique de l'état civil du Canada est une collaboration entre les 13 registraires provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil et le gouvernement fédéral représenté par le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada. Des renseignements détaillés sur le système national de données sur l'état civil et le Conseil de la statistique de l'état civil du Canada figurent dans la [Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès \(BCDECD\)](http://Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD) de Statistique Canada) de Statistique Canada.

Conseil canadien des registres du cancer

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Janet Templeton
Directrice, Cancer Care Program
Régie de santé de l'Est
Dr H. Bliss Murphy Cancer Centre
300 Prince Philip Drive
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 3V6
Tél. : 709-777-6521
Télécopieur : 709-753-0927
Cancercare.easternhealth.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Kim Vriends
Gestionnaire, Registre du cancer de l'Î.-P.-É.
Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard
Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5
Tél. : 902-894-2167
Télécopieur : 902-894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

Gordon Walsh
Gestionnaire, Registre du cancer et analyse
Nova Scotia Cancer Care Program
1276 South Park Street
Édifice Bethune, pièce 568
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9

Tél. : 902-473-7258
Télécopieur : 902-425-9614
nshealth.ca/cancer-care

NOUVEAU-BRUNSWICK

Dr Eshwar Kumar
Directeur médical, Registre du cancer du Nouveau-Brunswick
Conseiller médical, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé
Place HSBC, 2e étage
520, rue King
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Tél. : 506-453-5521
Télécopieur : 506-453-5522
https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/reseau_du_cancer_du_nouveau-brunswick.html

QUÉBEC

Christine Bertrand
Directrice du registre, de la surveillance et de la performance
Direction générale de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 7e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : 418-266-6940
Télécopieur : 418-266-5862
<http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/lutte-contre-le-cancer/>

ONTARIO

Mary Jane King
Gestionnaire, Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario
Centre d'excellence en informatique
Action Cancer Ontario
620, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1X3
Tél. : 416-217-1242
Télécopieur : 416-971-6888
<https://www.cancercareontario.ca/fr>

MANITOBA

Sheila Fukumura
Gestionnaire, Registre du cancer du Manitoba
Action Cancer Manitoba
675, avenue McDermot, bureau ON2114
Winnipeg (Manitoba) R3E 0V9
Tél. : 204-787-2157
Télécopieur : 204-786-0628
cancercare.mb.ca

SASKATCHEWAN

Heather Stuart-Panko
Directrice, Registre des cancers
Saskatchewan Cancer Agency, 2e étage
#200-4545 Parliament Avenue
Regina (Saskatchewan) S4W 0G3
Tél. : 639-625-2042
Télécopieur : 639-625-2191
saskcancer.ca

ALBERTA

Cindy Nikiforuk
Directrice, Alberta Cancer Registry
Cross Cancer Institute, pièce 2133
11560 University Avenue
Edmonton (Alberta) T6G 1Z2
Tél. : 780-432-8781
Télécopieur : 780-432-8659
albertahealthservices.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Ryan Woods
Directeur scientifique, BC Cancer Registry
BC cancer
Cancer Control Research Unit
675 West 10th Avenue, pièce 2-116
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1L3
Tél. : 604-675-8070
Télécopieur : 604-675-8180
bccancer.bc.ca

NUNAVUT

Selina Khatun
Épidémiologiste, Department of Health
Population Health Information
Box 1000, Station 1033
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Tél. : 867-975-5937

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Heather Hannah
Épidémiologiste territoriale
Bureau de l'administrateur en chef de la santé
publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des T.N.-O.
Box 1320-5022 49th Street
New Government Building, 5e étage
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2L9
Tél. : 867-767-9066
Télécopieur : 867-873-0442
hss.gov.nt.ca

YUKON

Marguerite Fenske
Gestionnaire, Informatique de la santé et
technologie de l'information
Services de santé assurés et de santé auditive
Case postale 2703 (H2-F)
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Tél. : 867-393-6925
Télécopieur : 867-667-5705
yukon.ca

STATISTIQUE CANADA

Centre des données sur la santé de la population,
Services à la clientèle
Immeuble R.-H. Coats, 12e étage
100, promenade du pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
Tél. : 613-951-1746
statcan.hd-ds.statcan@canada.ca
statcan.gc.ca

Des questions au sujet du cancer?

Pour en savoir plus sur le cancer, communiquez avec le Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

1-888-939-3333 du lundi au vendredi

cancer.ca



Canadian Cancer Society
Société canadienne du cancer