

Statistiques canadiennes sur le cancer

Un **rapport spécial de 2022**
sur la prévalence du cancer



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada



Société
canadienne
du cancer

Cette publication a été élaborée par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, à partir des données fournies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer.
cancer.ca/statistiques

Citation

Le matériel figurant dans cette publication peut être reproduit ou copié sans autorisation. La référence suivante est recommandée : Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2022.

Sur Internet : cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR (consulté le [date]).

Novembre 2022

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 cette publication et des ressources supplémentaires, notamment les figures individuelles des chapitres et des éditions précédentes. Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de la présente publication au fil des ans. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer apprécie et accueille favorablement ces commentaires. Pour proposer des idées sur la manière d'améliorer la publication ou pour être informé des publications de l'an prochain, remplissez le [formulaire d'évaluation](#) ou envoyez un courriel à stats@cancer.ca.

Membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

Darren Brenner, Ph. D. (coprésident)

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

Abbey Poirier (coprésidente)

Information et politique sur le cancer, Société canadienne du cancer, Calgary (Alberta)

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)

Christian Finley, M.D.

Département de chirurgie, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Natalie Fitzgerald, M. A.

Performance, Partenariat canadien contre le cancer, Toronto (Ontario)

Nathalie Saint-Jacques, Ph. D.

Programme de soins contre le cancer de Santé Nouvelle-Écosse, Santé Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Lorraine Shack, Ph. D.

Départements d'oncologie et des sciences de la santé communautaire, organisme de santé publique Alberta Health Services, Calgary (Alberta)

Donna Turner, Ph. D.

Oncologie populationnelle, Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Ryan Woods, Ph. D.

Recherche sur la lutte contre le cancer, BC Cancer, Vancouver (Colombie-Britannique)

Gestion de projet

Monika Dixon

Surveillance, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Table des matières

À propos du présent rapport spécial	
À propos des publications Statistiques canadiennes sur le cancer	
Introduction	
Principales constatations	7
Contexte	8
Pourquoi l'estimation de la prévalence est-elle importante?	9
Difficultés liées à l'estimation de la prévalence pour l'ensemble du Canada	9
Prévalence du cancer au Canada	
Prévalence selon le type de cancer	10
Prévalence selon le sexe	11
Prévalence selon l'âge	12
Prévalence selon la durée	13
Prévalence en fonction du revenu	14
Prévalence selon le statut urbain ou rural	17
Prévalence selon la région géographique	19
Prévalence des cancers diagnostiqués pendant l'enfance	21
Proportions de prévalence dans le temps	22
Conclusion	
Comment utiliser ces statistiques?	24
Les résultats du cancer ne sont pas uniformément répartis entre les Canadiens	25
Expérience des personnes atteintes du cancer	25
Les effets de la COVID-19 sur la lutte contre le cancer	26
Annexe : Sources des données et méthodologie	
Sources des données et définitions	32
Analyse statistique	32
Limites	34
Évaluation par les pairs	35
Références	
Index des tableaux et des figures	
Pour nous joindre	
Collaborateurs	40
Conseil canadien des registres du cancer	40
Conseil de la statistique de l'état civil du Canada	40

À propos du présent rapport spécial



Ce rapport spécial porte sur la prévalence du cancer, qui estime le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer dans le passé et qui sont encore en vie. Par conséquent, la prévalence du cancer peut être considérée comme le nombre de personnes vivant avec un cancer et le nombre de personnes ayant survécu à leur cancer. Ce rapport spécial fournit de nouvelles estimations détaillées des chiffres et des proportions de prévalence par type de cancer, sexe, âge, région géographique, durée, revenu et statut urbain ou rural chez les adultes et par type de cancer chez les enfants. Les tendances en matière de prévalence sont également présentées. Les constatations tirées de l'analyse peuvent nous aider à planifier l'affectation future des ressources et à déterminer où se trouvent les lacunes et les possibilités.



La prévalence du cancer
au Canada a augmenté au
fil du temps.

La prévalence du cancer au Canada a augmenté au fil du temps. Les personnes qui vivent avec le cancer et y survivent ont des besoins uniques en matière de soins de santé durant leur expérience du cancer. Au cours des deux premières années suivant le diagnostic, les personnes reçoivent généralement un traitement primaire ou se remettent de ses effets. La période allant de la troisième à la cinquième année après le diagnostic nécessite généralement un suivi clinique étroit pour détecter une éventuelle récurrence ou un second cancer primitif, ainsi que pour fournir des soins de soutien. Les personnes en vie plus de cinq ans après un diagnostic de cancer ont probablement terminé leur traitement, mais certaines peuvent encore avoir besoin d'un suivi clinique et de soins de soutien.

Nous espérons que nos lecteurs réfléchiront de manière critique à la signification de ces chiffres et à la façon dont ils peuvent être utilisés pour améliorer globalement les soins pour les personnes qui vivent avec le cancer et y survivent au Canada.

Prévalence du cancer

La prévalence du cancer dans la population peut être mesurée par le nombre d'individus vivants chez qui un cancer a été diagnostiqué (prévalence fondée sur le nombre de personnes) ou par le nombre de cancers diagnostiqués chez ces individus (prévalence fondée sur le nombre de tumeurs).

Les estimations fondées sur la personne font référence au nombre d'individus vivant avec ou au-delà d'un diagnostic de cancer à une date donnée (date indice).

Les estimations fondées sur les tumeurs font référence au nombre de cancers diagnostiqués chez des individus vivant avec ou au-delà du cancer à une date donnée (date indice).

À propos des publications Statistiques canadiennes sur le cancer



Les Statistiques canadiennes sur le cancer sont le fruit d'une collaboration entre la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, qui a réuni l'expertise de la communauté spécialisée dans la surveillance et l'épidémiologie du cancer sous la forme du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

Il existe trois principaux types de publications Statistiques canadiennes sur le cancer :

- 1. Publication complète** – Tous les deux ans, nous publions un rapport qui fournit des estimations détaillées des taux d'incidence, de mortalité et de survie du cancer selon le sexe, le groupe d'âge, la région géographique et la période pour plus de 20 des cancers les plus souvent diagnostiqués au Canada. L'édition la plus récente, [Statistiques canadiennes sur le cancer 2021](#), a été publiée en novembre 2021. La prochaine édition sera publiée en 2023.
- 2. Aperçu des estimations projetées** – Les années où il n'y a pas de publication complète, nous publions les estimations projetées de l'incidence et de la mortalité selon le sexe et la région géographique pour l'année en cours. L'objectif de ce travail est de s'assurer que des estimations sont accessibles au public pour l'année en cours. Les estimations projetées

pour 2022 ont été publiées dans un article intitulé *Projection du fardeau du cancer au Canada en 2022* dans le Journal de l'Association médicale canadienne en mai 2022. Le prochain aperçu paraîtra en 2024.

- 3. Rapport spécial** – Les années durant lesquelles l'aperçu est publié, nous produisons également un rapport spécial sur un sujet d'intérêt particulier pour la communauté de la lutte contre le cancer. Le rapport spécial de 2022 porte sur la prévalence du cancer. Le prochain rapport spécial sera publié en 2024.

Ces produits Statistiques canadiennes sur le cancer sont conçus pour aider les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs à prendre des décisions et à déterminer les priorités d'action dans leurs domaines respectifs. Toutefois, l'information contenue dans ces produits est pertinente pour un public beaucoup plus vaste. Par conséquent, ces publications peuvent aussi être utiles pour les médias, les éducateurs et les membres du public ayant un intérêt pour le cancer.

Les analyses de la prévalence présentées dans le présent rapport sont basées sur des données allant jusqu'au 1^{er} janvier 2018. Ainsi, les données présentées ne tiennent pas compte d'éventuels changements dans le diagnostic ou la lutte

contre le cancer dus à la pandémie de COVID-19 (déclarée pour la première fois en mars 2020). La façon dont la pandémie a influé sur le diagnostic, la lutte contre le cancer et la prévalence est une question importante qui devra être explorée lorsque les données nécessaires seront disponibles.

Tous les produits Statistiques canadiennes sur le cancer, ainsi que les ressources de soutien, sont accessibles à partir de la page cancer.ca/statistiques.

Introduction



Sous la direction du Groupe de travail sur la prévalence du cancer du Comité consultatif des statistiques canadiennes

Darren Brenner (Université de Calgary)

Larry Ellison (Statistique Canada)

Christian Finley (Université McMaster)

Natalie Fitzgerald (Partenariat canadien contre le cancer)

Abbey Poirier (Société canadienne du cancer, organisme de santé publique Alberta Health Services)

Nathalie Saint-Jacques (Programme de soins contre le cancer de Santé Nouvelle-Écosse)

Ryan Woods (BC Cancer)

Chefs d'analyse

Chunhe Yao (Statistique Canada)

James Jung (Partenariat canadien contre le cancer)

Jean-Michel Billette (Statistique Canada)

Analyses complémentaires

Larry Ellison (Statistique Canada)

Jin Niu (Partenariat canadien contre le cancer)

Remerciements

Sharon Fung (Partenariat canadien contre le cancer)

Elba Gomez (Partenariat canadien contre le cancer)

Examen par les pairs

Prithwish De (Action Cancer Ontario)

Jeff Dowden (Eastern Health)

Leah Smith (Statistique Canada)

Principales constatations

- Au début de 2018, plus de 1,5 million de Canadiens vivaient avec un cancer ou avaient eu un cancer, ce qui représente près de 1,7 million de tumeurs ayant été diagnostiqués chez des personnes encore en vie 25 ans après leur diagnostic de cancer.
- Au début de 2018, environ 60 % des personnes qui vivaient avec un cancer ou y avaient survécu avaient été diagnostiqués au cours des 5 à 25 dernières années. Ce nombre élevé de Canadiens vivant à long terme avec un ou plusieurs diagnostics de cancer a des répercussions sur la planification des soins de santé et des services de soutien.
- Le nombre et les proportions (pour 100 000 personnes) de Canadiens atteints d'un cancer prévalent dans les fenêtres de deux, cinq et dix ans après le diagnostic ont augmenté au fil du temps.
- Les proportions de cas prévalents diagnostiqués au cours des 25 dernières années étaient les plus élevées dans les provinces de l'Est et généralement plus faibles dans les provinces centrales et les provinces de l'Ouest. Ces tendances correspondent à celles observées à l'égard de l'incidence du cancer.
- Pour tous les cancers confondus, la proportion de prévalence sur deux ans était généralement plus élevée chez les personnes vivant dans les zones rurales que dans les zones urbaines.
- La relation entre le revenu et les proportions de prévalence sur deux ans variait selon le type de cancer. Pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, la prévalence était plus élevée chez les personnes vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés. Pour le cancer colorectal et le cancer du poumon, la tendance était inversée.

Contexte

La prévalence du cancer est une mesure de l'effet du cancer sur la société et, en particulier, sur les ressources de santé.

L'augmentation continue du nombre annuel de nouveaux diagnostics de cancer (en raison d'une population croissante et vieillissante), combinée à l'amélioration du taux de survie pour la plupart des types de cancer⁽¹⁾, signifie qu'un nombre important de personnes vivent avec leur diagnostic de cancer et y survivent. Cette population importante de personnes atteintes de cancer et de survivants du cancer est susceptible d'avoir des besoins uniques en matière de soins de santé pendant leur expérience du cancer. Des statistiques sur la prévalence sont donc nécessaires pour estimer les besoins en soins de santé continus^(2, 3) et en services de soutien pour les personnes atteintes de cancer, les survivants du cancer et leur famille.

Les personnes diagnostiquées récemment (au cours des deux dernières années) incluent les personnes qui reçoivent un traitement primaire ou qui se remettent de ses effets. Les personnes qui ont été diagnostiquées il y a plus de deux ans ont probablement terminé leur traitement primaire, mais elles peuvent encore avoir besoin d'un traitement d'entretien et d'un suivi clinique afin de détecter une éventuelle récurrence ou un autre cancer primitif, ainsi que de soins de soutien.

Deux mesures de la prévalence dans la population – prévalence fondée sur la personne et prévalence fondée sur la tumeur – sont utilisées dans ce rapport. Les estimations fondées sur la personne font référence au nombre d'individus vivant avec ou ayant vécu avec un diagnostic de cancer à un moment donné (appelé date indice). Étant donné que plus d'un cancer primitif peut

être diagnostiqué chez une même personne, les estimations fondées sur les tumeurs sont utilisées pour mesurer le nombre de nouveaux cas de cancer primitif diagnostiqués parmi les personnes vivant avec ou ayant vécu avec un cancer à la date indice. Les estimations de la prévalence fondée sur la personne sont plus faciles à comprendre de façon intuitive que les estimations fondées sur les tumeurs, bien qu'elles puissent sous-estimer les répercussions réelles du cancer à la fois pour l'individu et sur le système de santé. Dans le contexte de ce rapport, nous faisons la distinction entre les deux types de mesures et faisons référence aux personnes pour les estimations fondées sur la personne et aux cas pour les estimations fondées sur les tumeurs.

Cancer primitif

Les cancers primitifs sont définis par le siège ou la zone du corps où le cancer a débuté. Les personnes qui ont eu un cancer dans le passé peuvent se voir diagnostiquer un autre cancer primitif (également appelé cancer secondaire ou cancer primitif secondaire).

La prévalence du cancer est une mesure de l'effet du cancer sur la société et, en particulier, sur les ressources de santé.

La prévalence représente les effets combinés de l'incidence du cancer et de la survie au fil du temps.

La prévalence représente les effets combinés de l'incidence du cancer et de la survie au fil du temps. Étant donné l'augmentation constante de l'incidence et de l'amélioration du taux de survie pour de nombreux types de cancer, le nombre de personnes vivant avec le cancer et ayant survécu à un cancer n'a cessé d'augmenter^(1, 4-6).

Le [tableau 1](#) illustre la façon dont l'incidence et la survie interagissent pour influencer sur les estimations de la prévalence à court et à long terme. Par exemple, le cancer du poumon –, dont l'incidence est élevée, mais pour lequel le taux de survie est faible –, aura une prévalence moins forte parce que moins de survivants demeurent au sein de la population au fil du temps par rapport aux autres types de cancer. Ce cancer se classe au deuxième rang pour l'incidence chez les deux sexes, mais tombe au neuvième rang pour la prévalence sur 25 ans. À l'inverse, certains types de cancer beaucoup moins fréquemment diagnostiqués, tels que le cancer testiculaire et le cancer du col de l'utérus, figurent parmi les dix premiers pour la prévalence sur 25 ans pour le sexe concerné en raison de leur taux de survie élevé et de l'âge moyen moins élevé au moment du diagnostic (veuillez consulter les [tableaux supplémentaires en ligne](#)). Les classements étaient les mêmes pour la prévalence fondée sur la personne et la prévalence fondée sur les tumeurs.

Pourquoi l'estimation de la prévalence est-elle importante?

Il est essentiel de connaître la prévalence des cancers pour planifier et prendre en compte de manière adéquate les ressources en matière de soins de santé et de soins de soutien qui seront nécessaires au sein d'une population. Les estimations actualisées de la prévalence sont également importantes pour la surveillance du cancer, car elles reflètent l'effet du cancer sur les individus, les familles, les communautés et les sociétés⁽⁷⁾. Par exemple, les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours des deux dernières années peuvent avoir des besoins différents de ceux des personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué il y a entre deux et cinq ans, entre cinq et dix ans ou plus de dix ans.



La prévalence du cancer met en évidence les répercussions du cancer sur les individus, les familles, les communautés et les sociétés.

Les personnes ayant reçu un diagnostic récemment (au cours des deux dernières années) sont celles qui suivent un traitement actif ou qui sont en voie de guérison. Les personnes ayant reçu un diagnostic dans un passé plus lointain (plus de deux ans) peuvent avoir terminé leur traitement, mais avoir encore besoin d'un suivi et de soins supplémentaires en cas de complications ou de récurrences. Il existe de très nombreuses

permutations de ce que les personnes atteintes d'un cancer peuvent vivre à long terme après leur diagnostic, et la complexité de leurs besoins peut varier selon le type de cancer. En général, les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer ont besoin d'un niveau plus élevé de soutien et de ressources au début de leurs soins, pendant la transition vers la guérison et la survie, ainsi que pendant les soins de fin de vie. En ce qui concerne les périodes de prévalence à long terme, les personnes peuvent ne pas être en cours de traitement actif du cancer ou de soins palliatifs, mais avoir tout de même des besoins importants et distincts qui nécessitent une attention particulière.

Étant donné que le taux de survie à la plupart des cancers et le nombre de survivants à long terme du cancer augmentent, des ressources seront nécessaires pour garantir une qualité de vie optimale pendant la période suivant le traitement et la période de survie. Bien après la fin du traitement actif du cancer, les personnes peuvent encore avoir besoin de services de réadaptation et de soins de soutien pour faire face aux conséquences physiques, émotionnelles et autres du cancer⁽⁸⁾. De plus, bon nombre de ces personnes auront toujours besoin d'un suivi étroit étant donné le risque de récurrence du cancer et les effets tardifs, même plusieurs années après le diagnostic initial. Dans certains cas, le cancer nécessite un traitement de longue durée, voire à vie, ce qui entraîne un fardeau à long terme pour la personne atteinte, sa famille, ses soignants et le système de santé.

Difficultés liées à l'estimation de la prévalence pour l'ensemble du Canada

Au moment de cette publication, aucune donnée sur l'incidence du cancer au Québec n'avaient été soumises au Registre canadien du cancer après l'année de diagnostic 2011. Ainsi, pour obtenir les chiffres de prévalence pour l'ensemble du Canada, y compris le Québec, la méthode suivante a été utilisée. Les proportions de prévalence par type de cancer, sexe et âge ont été estimées à partir des données disponibles dans toutes les provinces et territoires, à l'exception du Québec. Ces proportions de prévalence ont été appliquées aux estimations de la population canadienne par sexe et par âge, qui incluent le Québec, et additionnées dans toutes les strates pour estimer les chiffres de prévalence pour l'ensemble du Canada (veuillez consulter [l'annexe](#)).



Le cancer nécessite parfois un traitement de longue durée, voire à vie.

Prévalence du cancer au Canada

Prévalence selon le type de cancer

Au 1^{er} janvier 2018, près de 1 574 000 personnes au Canada avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 25 dernières années et étaient toujours en vie à cette date ([tableau 2](#)). Les estimations de la prévalence correspondantes sur cinq ans et deux ans étaient respectivement de 635 185 et 302 300. Cependant, comme une personne peut avoir plus d'un diagnostic de cancer, ces estimations passent à 1 698 255 (prévalence sur 25 ans), 663 370 (prévalence sur 5 ans) et 312 190 (prévalence sur 2 ans), si l'on tient compte de la prévalence fondée sur le nombre de tumeurs diagnostiquées ([tableau 3](#)).

La figure 1 montre que le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer colorectal représentaient près de la moitié (48,5 % ou 823 440 cas) de tous les cancers prévalents sur 25 ans. Les autres diagnostics prévalents les plus fréquents étaient le mélanome de la peau (5,5 % ou 93 890 cas), le cancer de la thyroïde (5,0 % ou 84 760 cas), le cancer de la vessie (4,6 % ou 77 735 cas) et le lymphome non hodgkinien (4,5 % ou 77 245 cas), ainsi que le cancer de l'utérus (4,4 % ou 74 955 cas) et le cancer du poumon (4,1 % ou 68 785 cas). Des détails supplémentaires sur les définitions et les regroupements des sièges du cancer figurent dans [l'annexe](#).

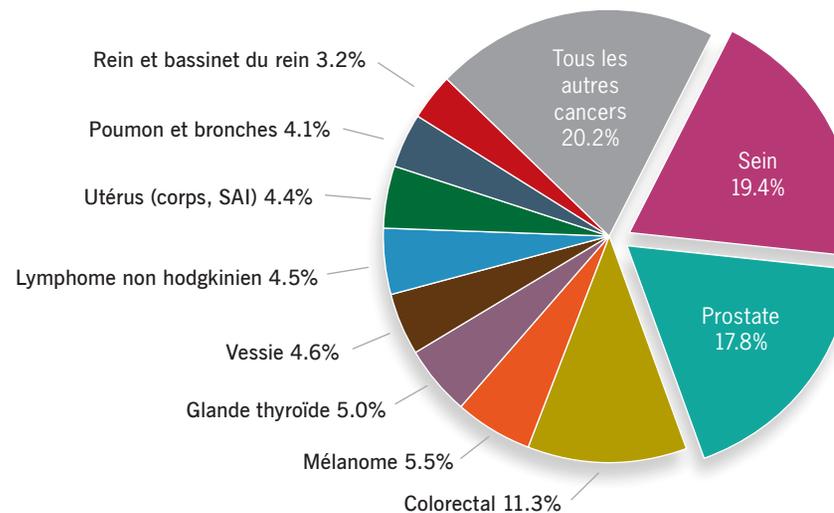
Comme nous l'avons indiqué précédemment, la prévalence reflète à la fois la fréquence

d'apparition et le pronostic d'un cancer. Par exemple, même si le taux d'incidence du cancer colorectal est inférieur à celui du cancer du poumon, la prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans du cancer colorectal est 2,8 fois plus élevée, ce qui reflète le pronostic plus défavorable du cancer du poumon ([tableau 3](#)). De même, si le mélanome représente 3,5 % de tous les cancers nouvellement diagnostiqués en 2018, il représente 5,5 % des cancers prévalents sur 25 ans en raison de son taux de survie relativement élevé. Les classements relatifs des types de cancer examinés dans ce rapport étaient les mêmes pour

les estimations fondées sur les personnes et les estimations fondées sur les tumeurs, pour toutes les périodes depuis le diagnostic.

Plus de 1,5 million de personnes au Canada vivent avec un cancer ou ont survécu au cancer.

FIGURE 1 Distribution de la prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans pour certains cancers, Canada*, 1^{er} janvier 2018[†]



n.s.a. = non spécifié ailleurs

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La prévalence sur 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2017 (veuillez consulter la section [Méthodologie](#)).

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

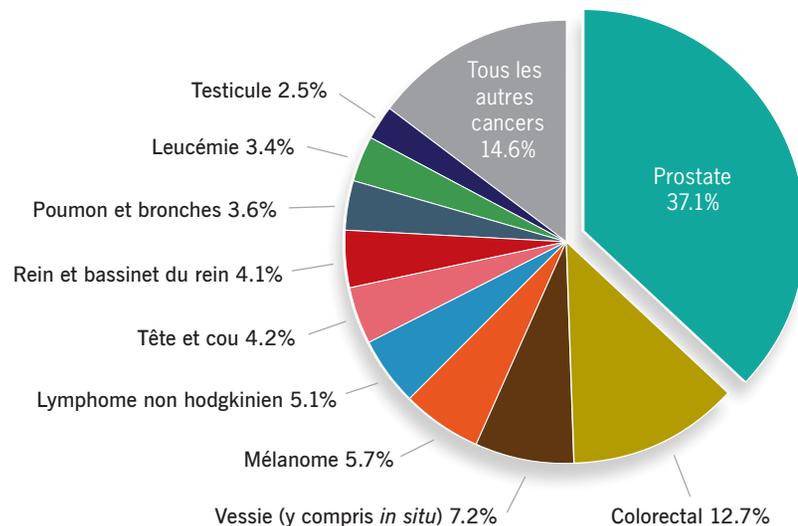
Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

La prévalence fondée sur les tumeurs à deux et à cinq ans a augmenté pour les types de tumeurs agressives (tableau 3), comme le cancer du pancréas, le cancer de l'œsophage et le cancer du poumon, ainsi que pour les leucémies^(9, 10). Malgré les mauvais pronostics, le nombre croissant de cancers prévalents parmi ces types de tumeurs agressives peut refléter à la fois l'ampleur de la maladie (par exemple, l'incidence élevée du cancer du poumon) et l'amélioration continue de la survie grâce à la prise en charge clinique de plusieurs de ces cancers par la chirurgie, la radiothérapie et les thérapies ciblées⁽¹¹⁻¹⁶⁾.

Prévalence selon le sexe

La répartition des cas prévalents est similaire quel que soit le sexe des personnes à la naissance pour plusieurs types de cancer, notamment le cancer colorectal, le lymphome non hodgkinien, le mélanome de la peau, le cancer du pancréas, la leucémie, le myélome multiple, le cancer du cerveau, le cancer du système nerveux central et le lymphome hodgkinien (tableau 3). Toutefois, de grandes différences sont observées entre les sexes pour le cancer de la vessie, le cancer du rein et du bassin du rein, les cancers de la tête et du cou, le cancer de la thyroïde, le cancer de l'estomac, le cancer du foie et le cancer de l'œsophage. Ces types de cancer sont jusqu'à trois fois plus fréquents chez les hommes, à l'exception du cancer de la thyroïde, qui est en moyenne trois fois plus fréquent chez les femmes. Ces différences entre les sexes dans la prévalence fondée sur les tumeurs sont observées à 2 ans, 5 ans et 25 ans après le diagnostic, et résultent en grande partie des différences dans l'incidence du cancer plutôt que de la survie observée. Par conséquent, ces différences dans la prévalence observées entre les sexes peuvent refléter des

FIGURE 2a Prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans chez les hommes†



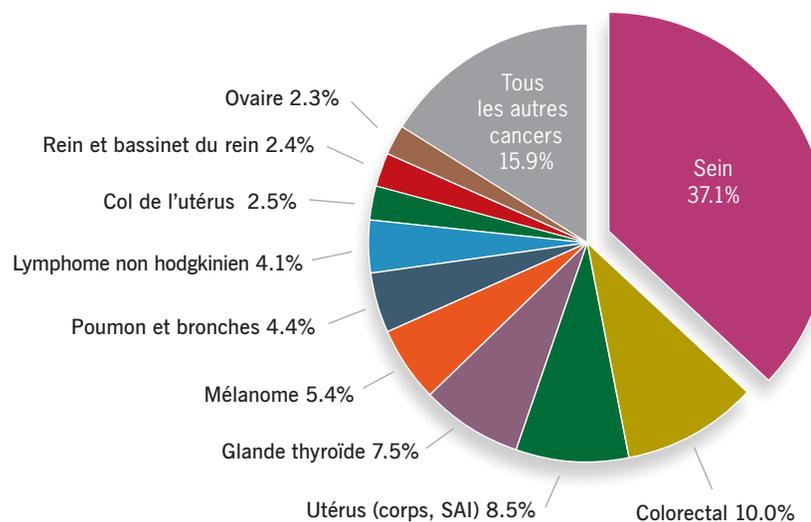
* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La prévalence sur 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2017 (veuillez consulter la section [Méthodologie](#)).

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

FIGURE 2b Prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans chez les femmes†



n.s.a. = non spécifié ailleurs

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La prévalence sur 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2017 (veuillez consulter la section [Méthodologie](#)).

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

différences dans les facteurs génétiques et la répartition des facteurs de risque pour ces types de cancer, ainsi que des différences dans les tendances en matière de diagnostic et de renvois, qui ont tous un effet sur l'incidence^(1, 17, 18).

Le cancer de la prostate et le cancer colorectal représentaient la moitié (49,8 % ou 405 210 cas) de tous les cancers prévalents sur 25 ans chez les hommes (figure 2a). Les autres diagnostics fréquents comprenaient le cancer de la vessie (7,2 % ou 58 240 cas), le mélanome de la peau (5,7 % ou 46 480 cas) et le lymphome non hodgkinien (5,1 % ou 41 165 cas). Les cancers de la tête et du cou, le cancer du rein et du bassin, le cancer du rein, le cancer des poumons et des bronches et le cancer du testicule, ainsi que les leucémies et tous les autres cancers représentaient ensemble un tiers des cancers diagnostiqués chez les hommes vivants 25 ans après le diagnostic. Chez les femmes, le cancer du sein et le cancer colorectal représentaient près de la moitié (47,1 % ou 416 276 cas) de tous les cancers prévalents sur 25 ans (figure 2b). Parmi les autres diagnostics fréquents, notons le cancer de l'utérus (8,5 % ou 74 955 cas), le cancer de la thyroïde (7,5 % ou 65 970 cas) et le mélanome de la peau (5,4 % ou 47 415 cas). Le cancer du poumon et des bronches, le cancer du col de l'utérus, le cancer du rein et du bassin, le cancer de l'ovaire, ainsi que le lymphome non hodgkinien et tous les autres cancers représentaient ensemble un tiers des cancers diagnostiqués chez les femmes vivantes 25 ans après le diagnostic.

Survie observée

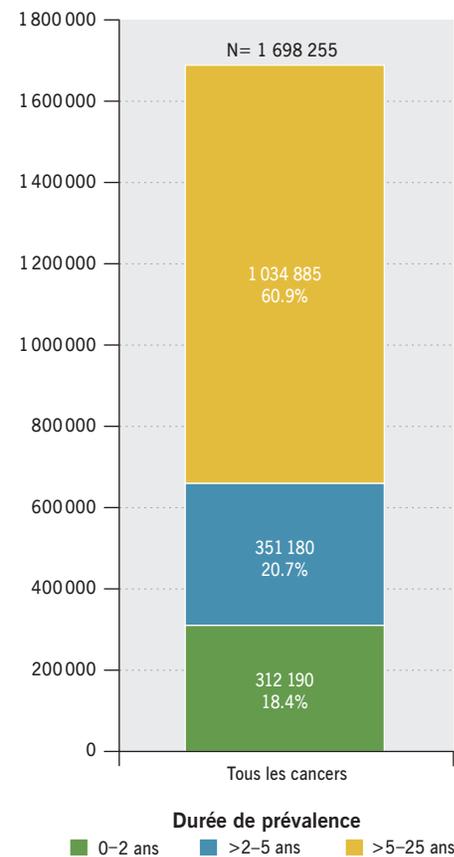
La proportion de personnes atteintes d'un cancer qui sont en vie après une période donnée (par exemple, cinq ans) suivant le diagnostic.

Prévalence selon l'âge

Le tableau 4 montre que la prévalence fondée sur la personne après 25 ans pour les cancers couramment diagnostiqués est généralement la plus élevée chez les personnes âgées de 70 à 79 ans, à l'exception du cancer du sein, qui est le plus élevé dans le groupe d'âge 60-69 ans. Du point de vue du siège du cancer, de nombreux types de cancer communs ont une incidence maximale chez les personnes d'un peu moins ou d'un peu plus de 70 ans au Canada. Par conséquent, les mesures de la prévalence à long terme sont plus élevées chez les 70-79 ans, car ce groupe d'âge comprend les survivants à long terme de cancers moins agressifs diagnostiqués dans des groupes d'âge plus jeunes, ainsi que les personnes chez qui on a récemment diagnostiqué des cancers courants comme ceux de la prostate, du côlon-rectum, du sein et du poumon.

Un pourcentage plus élevé de personnes âgées de 60 à 69 ans vivaient avec un cancer de l'utérus, de la tête et du cou, du foie ou des ovaires ou y avaient survécu. Pour les cancers de la thyroïde et du col de l'utérus, les estimations fondées sur les personnes les plus élevées sont observées dans le groupe d'âge des 50-59 ans (veuillez consulter les [tableaux supplémentaires en ligne](#)).

FIGURE 3a Prévalence fondée sur les tumeurs pour tous les cancers confondus, par durée de prévalence, Canada*, 1^{er} janvier 2018†



* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La durée de prévalence fait référence aux cas diagnostiqués de 2016 à 2017 pour une durée de 0 à 2 ans; 2013 à 2015 pour une durée de >2 à 5 ans; 1993 à 2012 pour une durée de >5 à 25 ans (veuillez consulter Méthodologie).

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

Prévalence selon la durée

Au début de 2018, on comptait environ 1 698 000 tumeurs prévalentes sur 25 ans au Canada (figure 3a). Parmi celles-ci, 18,4 % avaient été diagnostiquées au cours des 2 années précédentes (2016 à 2017), 20,7 % au cours des 2 à 5 années précédentes (2013 à 2015), et 60,9 % au cours des 5 à 25 années précédentes (1993 à 2012). Ces résultats ont des répercussions sur la planification des soins de santé et des services de soutien, car ils donnent un aperçu des ressources nécessaires pour les différents types de soins. Par exemple :

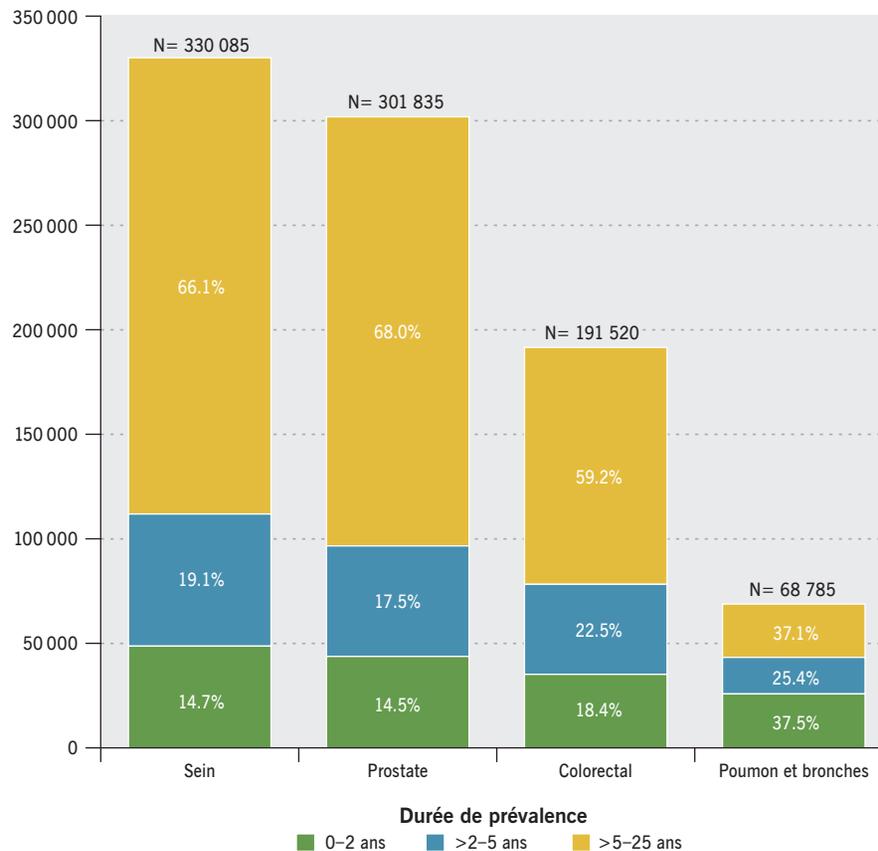
1. Au cours des deux premières années suivant le diagnostic, une personne est généralement en train de subir un traitement primaire (chirurgie, radiothérapie et thérapies systémiques) pour son cancer ou de se remettre de ses effets.
2. La période de deux à cinq ans après le diagnostic nécessite généralement un suivi clinique étroit pour détecter une éventuelle récurrence et fournir les soins de soutien.
3. Les personnes en vie plus de cinq ans après un diagnostic de cancer ont probablement terminé leur traitement, mais certaines peuvent encore avoir besoin d'un suivi clinique, ce qui peut avoir des répercussions sur les soins primaires.

La figure 3b montre la répartition des tumeurs prévalentes par durée de prévalence pour chacun des quatre types de cancer les plus fréquemment diagnostiqués au Canada. Pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, environ deux tiers des cas se situaient entre 5 et 25 ans après le diagnostic, tandis que 15 % se trouvaient encore dans les deux premières années suivant le diagnostic. En revanche, pour le cancer du poumon, seuls 37 % des cas avaient

été diagnostiqués depuis plus de cinq ans. Cela reflète le pronostic relativement mauvais pour les diagnostics de cancer du poumon. Cela contribue aussi indirectement à expliquer, en dépit de son incidence élevée, la plus faible contribution

relative du cancer du poumon à la prévalence globale sur 25 ans pour tous les cancers confondus (figure 1).

FIGURE 3b Prévalence fondée sur les tumeurs pour les quatre cancers les plus courants, selon la durée de prévalence, Canada*, 1^{er} janvier 2018†



Consulter les données

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La durée de prévalence fait référence aux cas diagnostiqués de 2016 à 2017 pour une durée de 0 à 2 ans; 2013 à 2015 pour une durée de >2 à 5 ans; 1993 à 2012 pour une durée de >5 à 25 ans (veuillez consulter la section [Méthodologie](#)).

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

Prévalence en fonction du revenu

Les proportions de prévalence fondée sur la personne sur des périodes de deux et de cinq ans ont été examinées par quintile de revenu du quartier (en utilisant l'attribution du quintile de revenu après impôt du fichier de conversion des codes postaux Plus. Veuillez consulter la définition et l'*annexe*). Comme la période de mesure n'est que de quelques années comparativement à plusieurs décennies, ces proportions de prévalence reflètent davantage les cas incidents que la survie à long terme. Les proportions de prévalence sur deux ans et cinq ans présentaient des tendances très similaires pour tous les cancers et par type de cancer (figures 4a et 4b). Des renseignements sur la relation entre le revenu et le cancer sont fournis pour tous les cancers confondus, afin de donner un aperçu global aux décideurs et aux utilisateurs des systèmes de santé. Il est important de noter que la relation entre le revenu et la proportion de prévalence varie selon le type de cancer. Pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, la prévalence était la plus élevée dans le quintile de

Prévalence brute

Les estimations de la prévalence brute ne sont pas ajustées pour tenir compte des différences dans les caractéristiques démographiques de la population, comme l'âge, afin de montrer les différences naturelles dans la charge de morbidité entre les régions. Ces estimations brutes ou non ajustées permettent aux administrations de planifier l'allocation des ressources pour les soins de santé et les services de soutien afin de faire face à cette charge.

FIGURE 4a Prévalence brute fondée sur la personne sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* et certains cancers, par quintile de revenu, Canada[†], 1^{er} janvier 2018

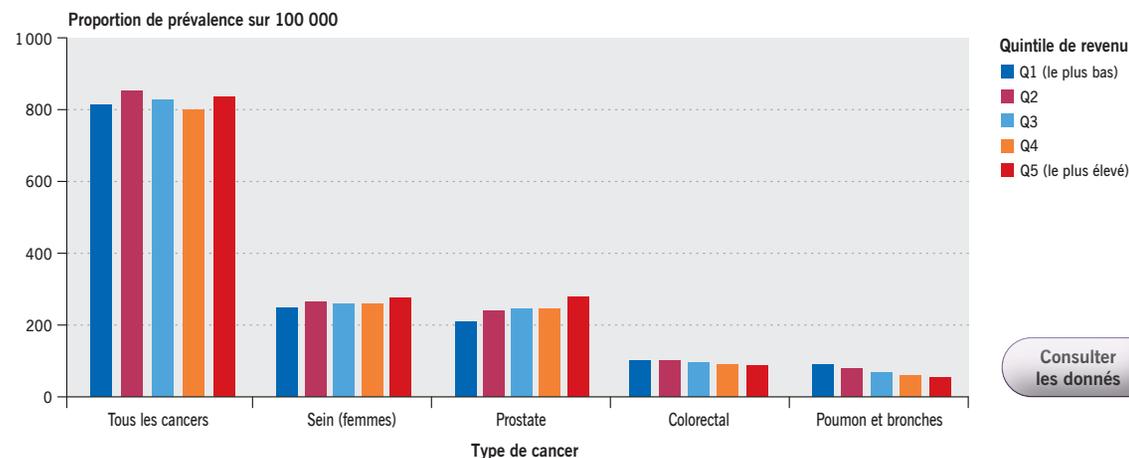
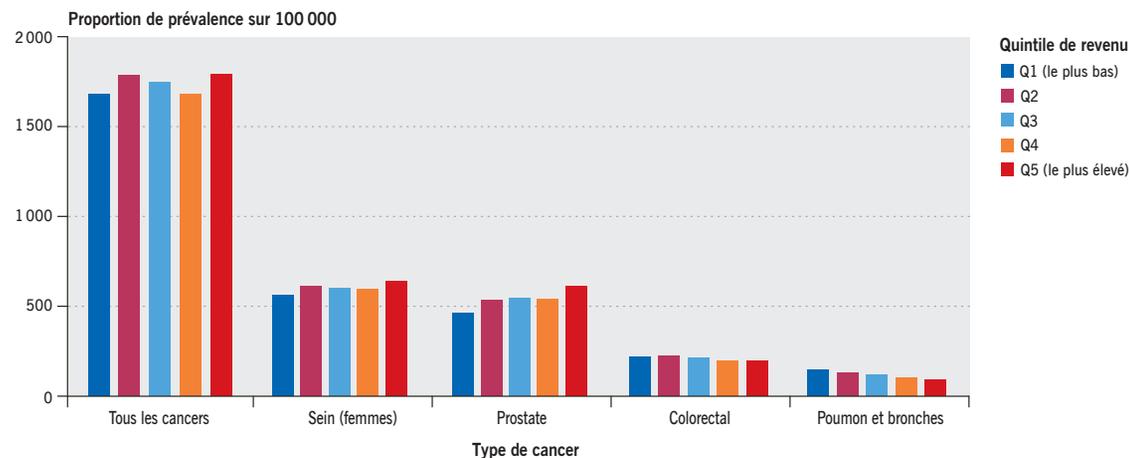


FIGURE 4b Prévalence brute fondée sur la personne sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* et certains cancers, par quintile de revenu, Canada[†], 1^{er} janvier 2018



* « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

† La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Remarque : Les quintiles de revenu des quartiers ont été dérivés à partir des codes postaux à l'aide du fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+)

Analyse : Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

revenu du quartier le plus élevé. Pour le cancer colorectal et le cancer du poumon, la tendance était inversée. Pour tous ces types de cancer, les différences entre les quintiles 1 et 5 étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

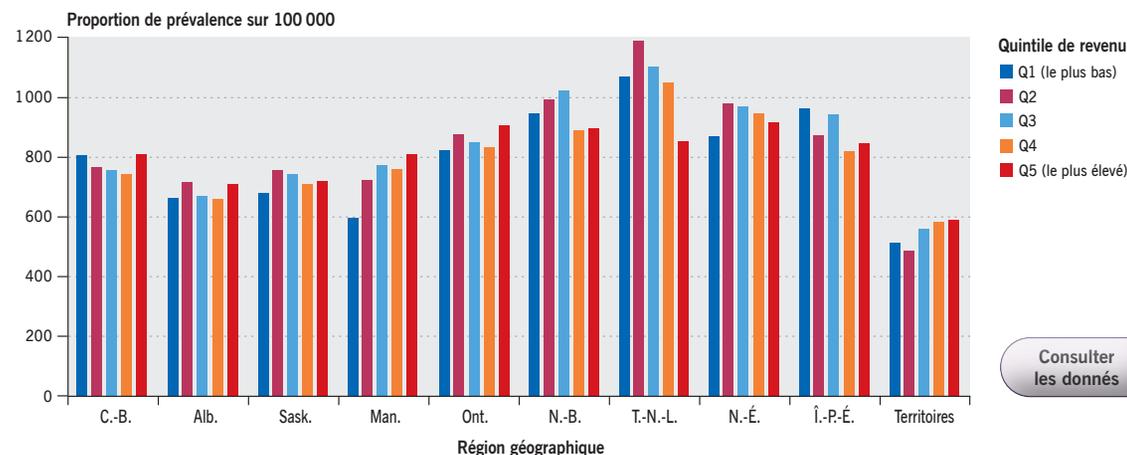
Par type de cancer, nous avons observé une tendance à l'augmentation de la prévalence suivant l'augmentation du quintile de revenu pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, tant pour la prévalence sur deux ans que sur cinq ans. En ce qui concerne le cancer du sein, les programmes de dépistage disponibles peuvent signifier que les personnes appartenant à des groupes aux revenus plus élevés sont plus susceptibles de se faire tester, diagnostiquer et traiter à des stades plus précoces que celles appartenant à des groupes de revenus plus faibles⁽¹⁹⁾. En outre, les femmes ayant un statut socio-économique élevé sont plus susceptibles d'avoir une parité plus faible, ce qui peut augmenter leur risque de cancer du sein⁽²⁰⁾. Pour le cancer de la prostate, les hommes ayant un revenu élevé sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic que ceux ayant un revenu plus faible, ce qui augmente la prévalence⁽²¹⁾.

Cependant, les tendances de la prévalence sont inversées pour le cancer colorectal et le cancer du poumon. En d'autres termes, la prévalence de ces cancers est plus élevée dans les groupes à faibles revenus que dans les groupes à revenus

Quintile de revenu

Mesure du statut socio-économique d'un quartier qui divise la population en cinq groupes de revenus (du revenu le plus faible au revenu le plus élevé) de sorte qu'environ 20 % de la population se trouve dans chaque groupe.

FIGURE 5a Prévalence brute sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* confondus, selon le quintile de revenu et la région géographique (à l'exclusion du Québec†), 1^{er} janvier 2018



* « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

† Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Remarque : Les quintiles de revenu des quartiers ont été dérivés à partir des codes postaux à l'aide du fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+)

Analyse : Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

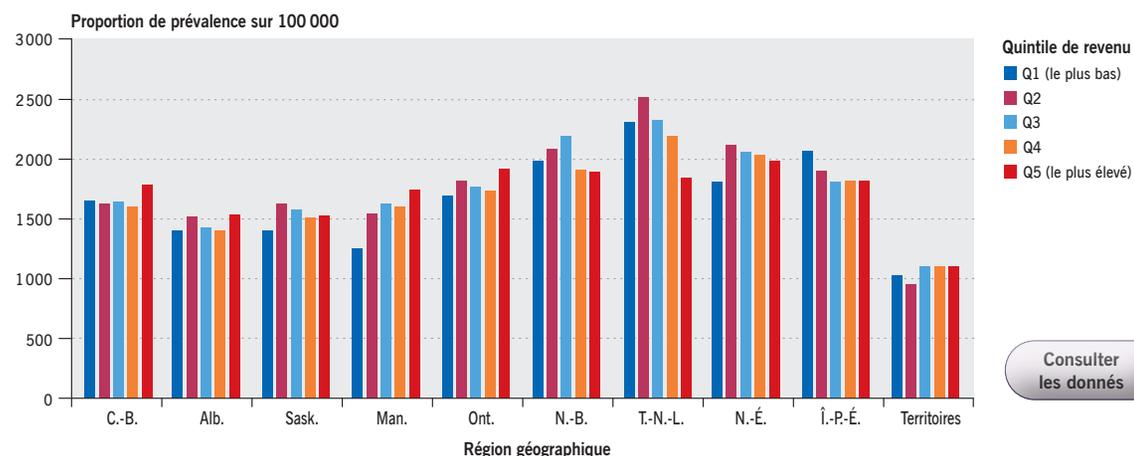
plus élevés. Les personnes appartenant à des groupes à faibles revenus ont moins de chances de survivre à ces types de cancers que les personnes appartenant à des groupes à revenus plus élevés⁽²²⁾ (ce qui fait baisser la prévalence). Toutefois, les personnes appartenant aux groupes à faibles revenus sont toujours beaucoup plus susceptibles de recevoir un nouveau diagnostic pour ces cancers (ce qui augmente la prévalence)^(23, 24). L'incidence plus élevée peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment les obstacles à l'accès aux soins primaires⁽²⁵⁾ et la participation plus faible aux programmes de dépistage du cancer colorectal⁽²⁶⁾, qui permettent de détecter et d'enlever les polypes⁽²⁷⁾. Certains facteurs de risque modifiables, comme le tabagisme (un facteur de risque principal pour le cancer du poumon et le cancer colorectal), sont plus fréquents dans les groupes à faibles revenus⁽²⁸⁾. Il est toutefois plus difficile d'interpréter certains risques de cancer colorectal, comme l'obésité, le comportement sédentaire et l'alimentation, car ils ne varient pas toujours selon les groupes de revenus⁽²⁹⁾.

Pour tous les cancers confondus, la proportion de prévalence brute fondée sur la personne sur deux ans était plus élevée chez les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé (837,1 pour 100 000) que chez celles appartenant au quintile de revenu le plus faible (813,3 pour 100 000). Toutefois, on n'a pas observé de tendance linéaire claire dans l'augmentation de la prévalence en fonction du quintile de revenu pour tous les cancers confondus. Nous avons également observé une prévalence brute plus élevée dans les provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard)

[figures 5a et 5b], probablement en raison des populations plus âgées dans ces régions géographiques⁽³⁰⁾.

Les personnes atteintes d'un cancer qui ont un revenu plus élevé sont plus susceptibles d'avoir un meilleur accès à un médecin de premiers recours et à des services de santé, ce qui peut permettre un diagnostic et un traitement précoces⁽³¹⁾. Par conséquent, cela peut améliorer le taux de survie, ce qui augmente la prévalence.

FIGURE 5b Prévalence brute sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* confondus, selon le quintile de revenu et la région géographique (à l'exclusion du Québec[†]), 1^{er} janvier 2018



* « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

† Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Remarque : Les quintiles de revenu des quartiers ont été dérivés à partir des codes postaux à l'aide du fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+)

Analyse : Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

Prévalence selon le statut urbain ou rural

Les proportions de prévalence brute fondée sur la personne après deux ans et cinq ans ont été examinées selon le statut urbain ou rural (veuillez consulter la définition et l'*annexe*). Pour tous les cancers confondus, la proportion de prévalence brute fondée sur la personne sur deux ans était plus élevée chez les personnes vivant dans les zones rurales (944,5 pour 100 000) que chez les personnes vivant dans les zones urbaines (805,9 pour 100 000), et une tendance similaire a été observée pour la prévalence sur cinq ans (figures 6a et 6b). Cette tendance a également été observée pour les quatre types de cancer les plus fréquemment diagnostiqués, bien qu'elle soit moins prononcée pour le cancer du sein. La proportion plus élevée dans les zones rurales est probablement due aux différences d'âge. Les personnes vivant dans les zones rurales sont généralement plus âgées que celles vivant dans les zones urbaines au Canada, et il y a donc plus de diagnostics de cancer parmi ces populations plus âgées⁽³²⁾.

Zone urbaine et zone rurale

Aux fins du présent rapport, les zones urbaines ont été définies comme les [subdivisions de recensement](#) situées à l'intérieur des [régions métropolitaines de recensement](#) ou des [agglomérations de recensement](#). Toutes les autres subdivisions de recensement dont la taille de la population ou la densité de population est plus faible ont été considérées comme étant rurales. Des détails supplémentaires figurent dans l'*annexe*.

FIGURE 6a Prévalence brute fondée sur la personne sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* et certains cancers, selon le statut urbain ou rural, Canada†, 1^{er} janvier 2018

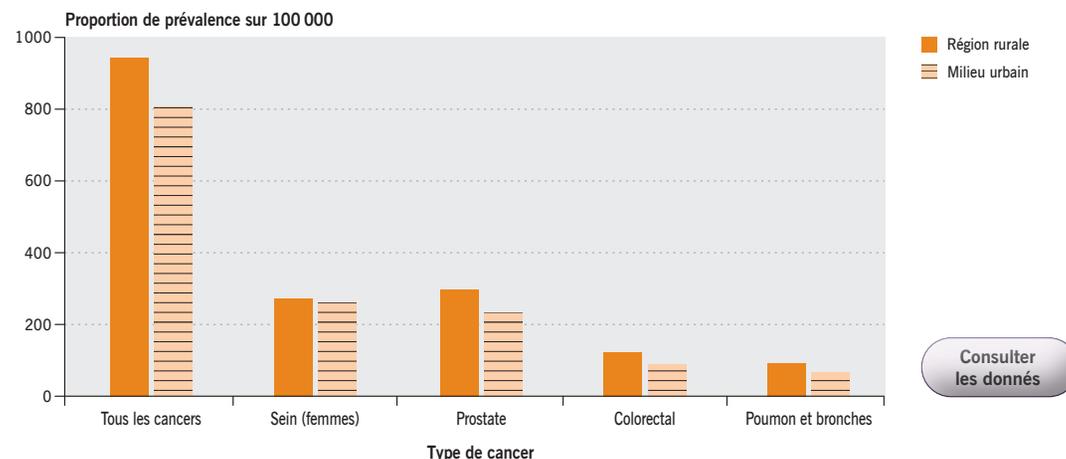
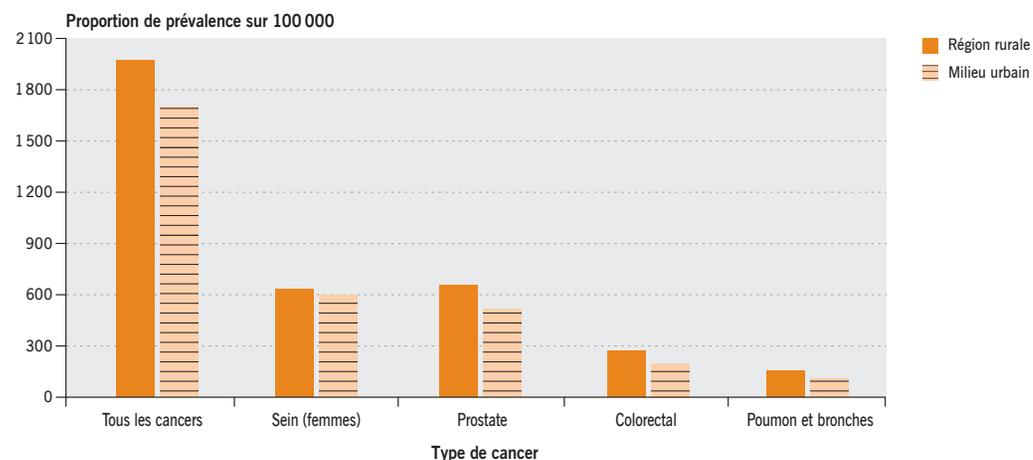


FIGURE 6b Prévalence brute fondée sur la personne sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* et certains cancers, selon le statut urbain ou rural, Canada†, 1^{er} janvier 2018



* « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

† La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Remarque : Les zones urbaines et rurales ont été dérivées des codes postaux à l'aide du fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+)

Analyse : Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

La prévalence du cancer sur deux ans par région géographique montre également que les personnes vivant dans des régions principalement rurales ont une prévalence plus élevée, sauf au Manitoba où la prévalence est comparable dans les zones rurales et les zones urbaines (figure 7a). La différence dans la prévalence entre les zones rurales et les zones urbaines était la plus importante à Terre-Neuve-et-Labrador. Les résultats étaient similaires pour la prévalence sur cinq ans (figure 7b). Notez que pour le Nunavut, toutes les zones résidentielles ont été considérées comme étant rurales.

Outre les différences d'âge entre les populations urbaines et les populations rurales, d'autres facteurs peuvent contribuer à une prévalence plus élevée dans les zones rurales. Par exemple, les facteurs de risque établis pour le cancer, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité, ont tendance à être plus fréquents chez les personnes vivant dans les zones rurales que chez les personnes vivant dans les zones urbaines, ce qui contribue à une incidence plus élevée du cancer⁽³³⁻³⁵⁾. L'accès au dépistage et aux soins peut être plus difficile pour les personnes vivant dans les zones rurales en raison de la distance à parcourir pour se rendre



La proportion de prévalence fondée sur la personne sur deux ans était plus élevée chez les personnes vivant dans les zones rurales.

FIGURE 7a Prévalence brute sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* confondus, selon le statut urbain ou rural et la région géographique (à l'exclusion du Québec[†]), 1^{er} janvier 2018

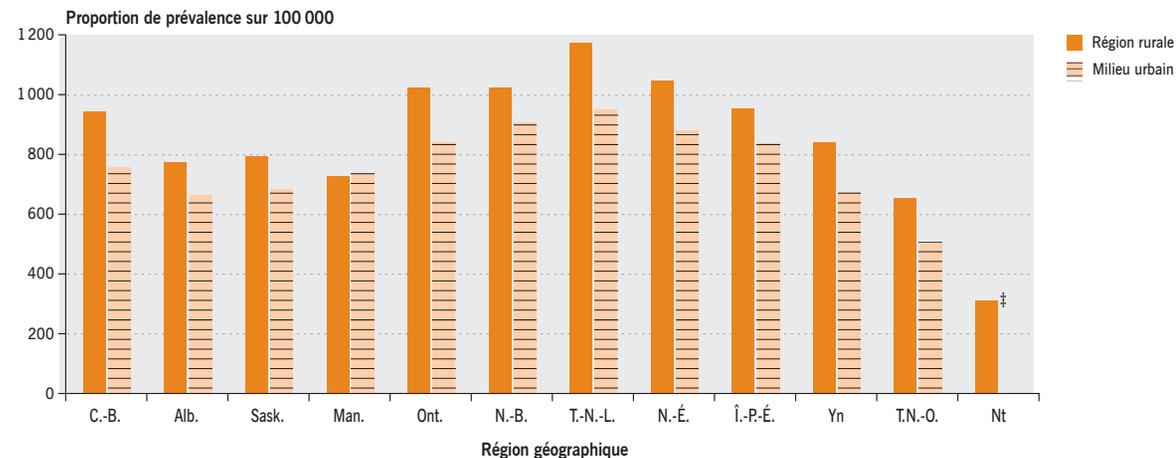
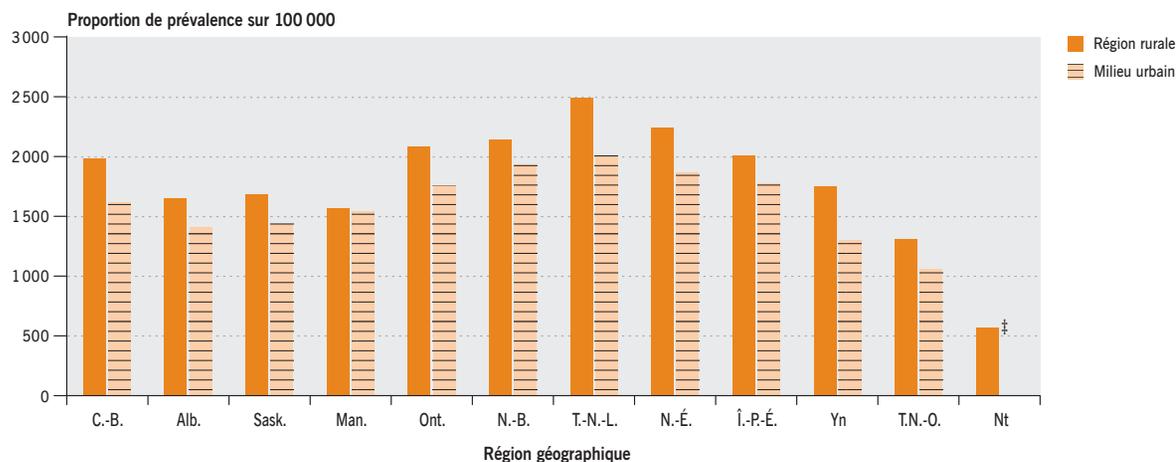


FIGURE 7b Prévalence brute sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* confondus, selon le statut urbain ou rural et la région géographique (à l'exclusion du Québec[†]), 1^{er} janvier 2018



* « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

† Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

‡ La prévalence pour les zones urbaines du Nunavut a été supprimée en raison des petits nombres.

Remarque : Les zones urbaines et rurales ont été dérivées des codes postaux à l'aide du fichier de conversion des codes postaux Plus (FCCP+)

Analyse : Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

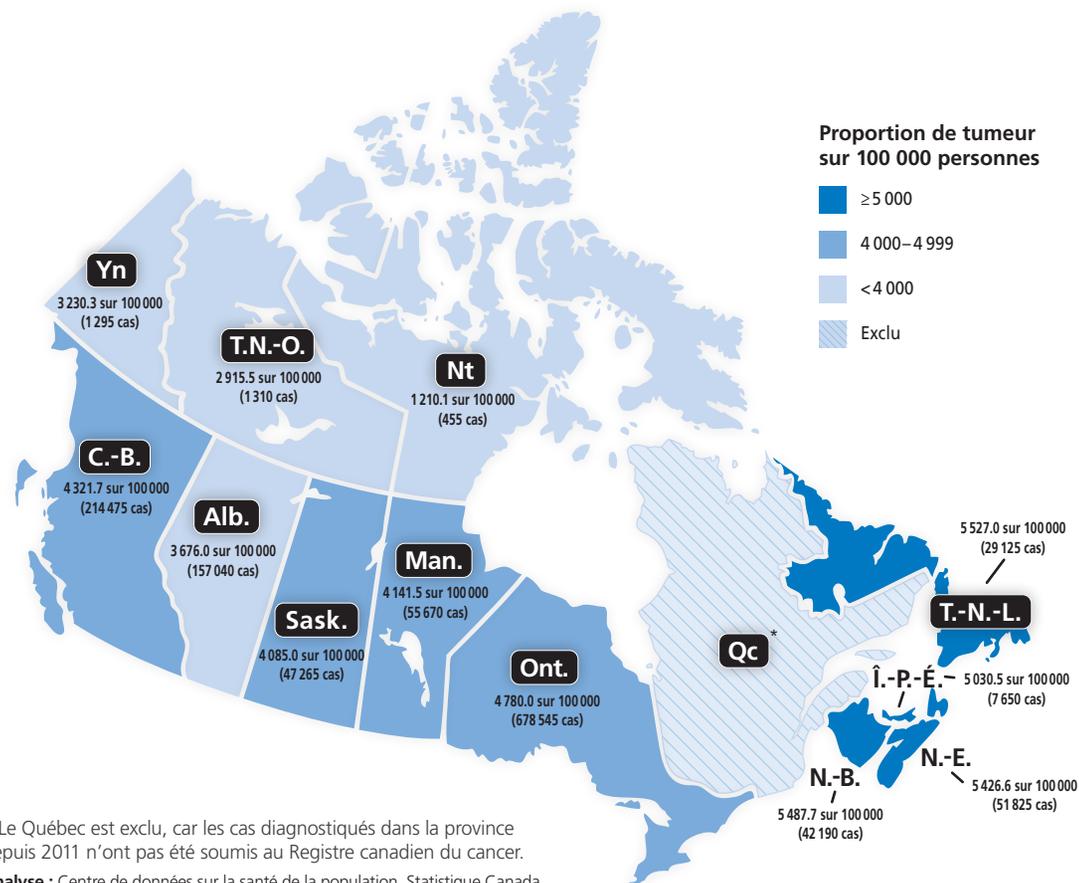
dans un établissement de soins de santé⁽³⁶⁾, ce qui peut avoir un effet sur l'incidence du cancer et la survie.

Prévalence selon la région géographique

Le nombre de cas prévalents de cancer varie considérablement au Canada en raison des différences importantes dans la taille de la population entre les provinces et les territoires (figures 8a et 8b). Il est à noter que les données du Québec n'ont pas été incluses dans ces analyses. Au 1^{er} janvier 2018, un total de 678 545 cas prévalents avaient été diagnostiqués en Ontario au cours des 25 dernières années, ce qui représente environ 40 % de tous les cas prévalents au Canada. La Colombie-Britannique (214 475 cas) et l'Alberta (157 040 cas) suivent quant au nombre de cas prévalents de cancer, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard (7 650 cas) et les territoires (3 060 cas confondus) enregistrent le moins de cas. La proportion de cas sur 25 ans qui ont été diagnostiqués au cours des cinq dernières années était généralement similaire dans la plupart des provinces (37 % à 42 %) et légèrement plus élevée au Yukon (44 %) et au Nunavut (47 %). Le nombre de survivants du cancer sur 25 ans par région géographique est disponible dans les [tableaux supplémentaires en ligne](#).

Les différences dans la taille des populations, la répartition par âge et les profils des facteurs de risque entre les régions canadiennes⁽³⁷⁾ influent sur le nombre de cas prévalents signalés dans une région géographique donnée. Les proportions de prévalence brute (le nombre de cas prévalents pour 100 000 personnes) permettent de comparer les régions avec un dénominateur de population similaire. Les proportions de prévalence ne

FIGURE 8a Répartition géographique des chiffres et des proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans, selon la province ou le territoire*, pour les deux sexes, au 1^{er} janvier 2018



* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

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

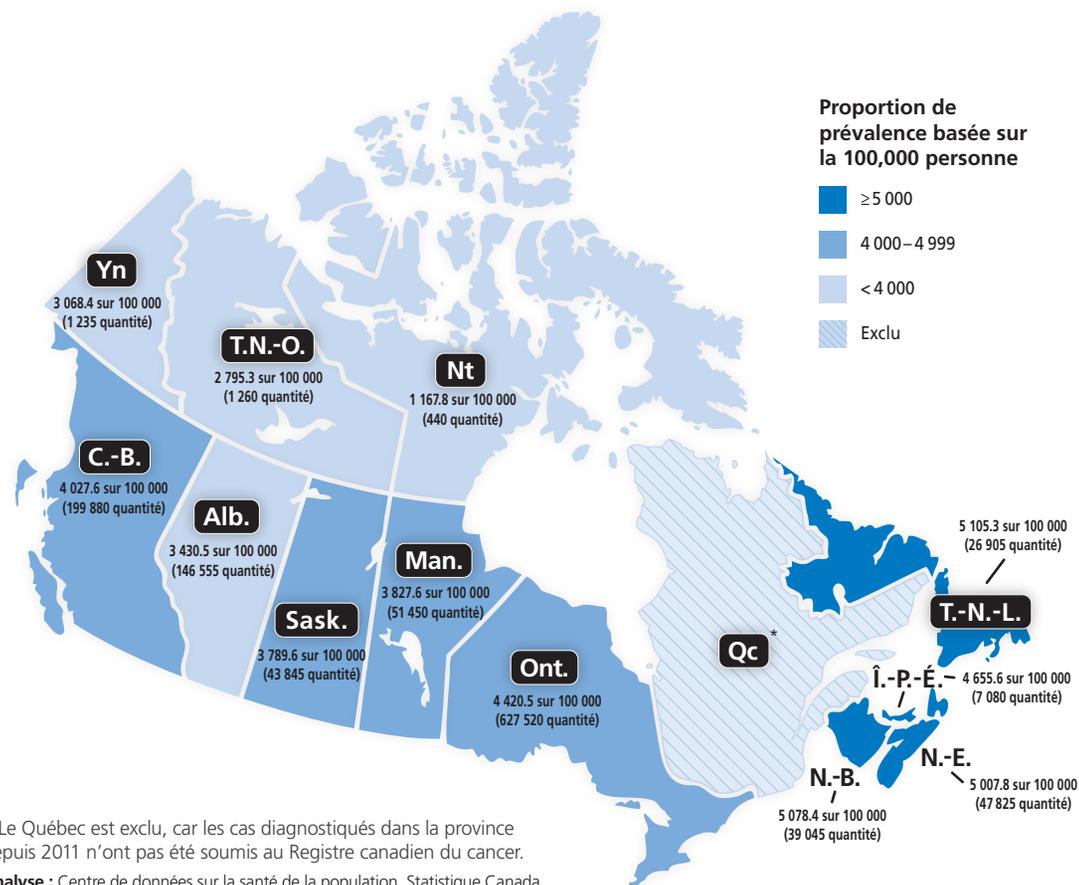
Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

tiennent pas compte des différences de répartition par âge entre les régions, car ces mesures sont destinées à faire état des différences naturelles de la charge de morbidité entre les régions. Les proportions de prévalence des cas diagnostiqués au cours des 25 dernières années étaient les plus élevées dans les provinces de l'Est, et généralement plus faibles dans les provinces centrales et les provinces de l'Ouest (figure 8a). C'est à Terre-Neuve-et-Labrador que la proportion de prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans était la plus élevée (5 527 pour 100 000 personnes), suivie du Nouveau-Brunswick (5 488 pour 100 000 personnes) et de la Nouvelle-Écosse (5 427 pour 100 000 personnes). Les régions canadiennes présentant les proportions de prévalence fondée sur les tumeurs les plus faibles étaient l'Alberta (3 676 pour 100 000 personnes) et les territoires (tous inférieurs à 3 250 pour 100 000 personnes). Ces chiffres reflètent étroitement les tendances



Les proportions de prévalence des cas diagnostiqués au cours des 25 dernières années étaient les plus élevées dans les provinces de l'Est, et généralement plus faibles dans les provinces centrales et les provinces de l'Ouest.

FIGURE 8b Répartition géographique des chiffres et des proportions de prévalence fondée sur la personne sur 25 ans, selon la province ou le territoire*, pour les deux sexes, au 1^{er} janvier 2018



* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

signalées dans le rapport sur l'incidence du cancer au Canada^(1, 4). Ces différences sont probablement le reflet de différences dans les facteurs de risque et les structures d'âge au Canada.

Le cancer du sein était le cancer prévalent le plus fréquent sur 25 ans dans toutes les régions géographiques, sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, où le cancer de la prostate était le plus fréquent. Si l'on regarde la prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans, le cancer colorectal s'est classé au troisième rang dans toutes les régions, sauf au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, où il était respectivement au premier et au deuxième rang (veuillez consulter les [tableaux supplémentaires en ligne](#)).

Prévalence des cancers diagnostiqués pendant l'enfance

Au 1^{er} janvier 2018, la population canadienne comptait près de 18 000 personnes ayant reçu un diagnostic de cancer avant l'âge de 15 ans au cours des 25 dernières années ([tableau 5](#)). Parmi ces personnes, environ une sur quatre (24 %) avait reçu un diagnostic de cancer au cours des cinq dernières années, et une sur dix (10 %) au cours des deux dernières années. Dans l'ensemble, un peu plus d'hommes (54 %) que de femmes (46 %) ont reçu un diagnostic de cancer. La différence entre les chiffres de prévalence fondée sur les tumeurs et de prévalence fondée sur la personne est très faible puisque seuls les cancers infantiles diagnostiqués avant l'âge de 15 ans ont été pris en considération.

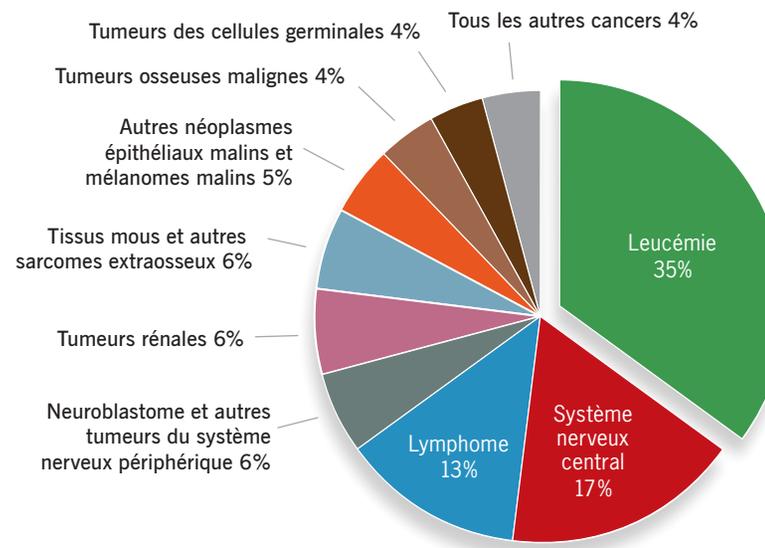
Les tumeurs malignes du sang et du cerveau représentaient une grande partie du nombre total de cas chez les survivants d'un cancer infantile. Dans l'ensemble, la leucémie était le diagnostic

le plus fréquent, soit plus d'un cas sur trois (35 %) [figure 9], tandis que différents types de tumeurs du système nerveux central, comme les astrocytomes et autres gliomes, représentaient 17 % des cas. Les autres cancers prévalents comprenaient les lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens (13 %), ainsi que les neuroblastomes et autres tumeurs du système nerveux périphérique (6 %), les tumeurs rénales (6 %) et les sarcomes des tissus mous (6 %). Certains de ces cancers ont un pronostic plutôt favorable (par exemple, le lymphome de Hodgkin), tandis que d'autres, notamment certains types de cancer du cerveau, des os, du foie et des tissus mous, présentent encore des chances de survie relativement faibles⁽³⁸⁾.

La plupart des survivants d'un cancer infantile ont

un risque cumulé pendant leur vie entière de se voir diagnostiquer une deuxième tumeur maligne primitive au cours de leur vie. Ce risque accru peut être dû à des prédispositions génétiques ou à certains effets indésirables induits par la toxicité des traitements. Par conséquent, les survivants d'un cancer infantile doivent être suivis de près jusqu'à la fin de leur vie⁽³⁹⁾. De plus, on s'attend à ce que la proportion de prévalence à long terme du cancer chez les enfants (sur une période de 10 ans ou plus) augmente au sein de la population canadienne en raison de l'amélioration des résultats de survie pour de nombreux cancers qui touchent les enfants, plus particulièrement ceux du sang et de la moelle osseuse⁽³⁸⁾.

FIGURE 9 Prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans, selon le groupe de diagnostic du cancer infantile, chez les enfants âgés de 0 à 14 ans au moment du diagnostic, Canada*, 1^{er} janvier 2018



* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

Nota : Les cancers ont été classés selon la mise à jour du programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) de la Classification internationale du cancer chez les enfants, troisième édition (ICC-3). Seuls les sous-groupes sélectionnés au sein de chaque groupe de diagnostic sont répertoriés.

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

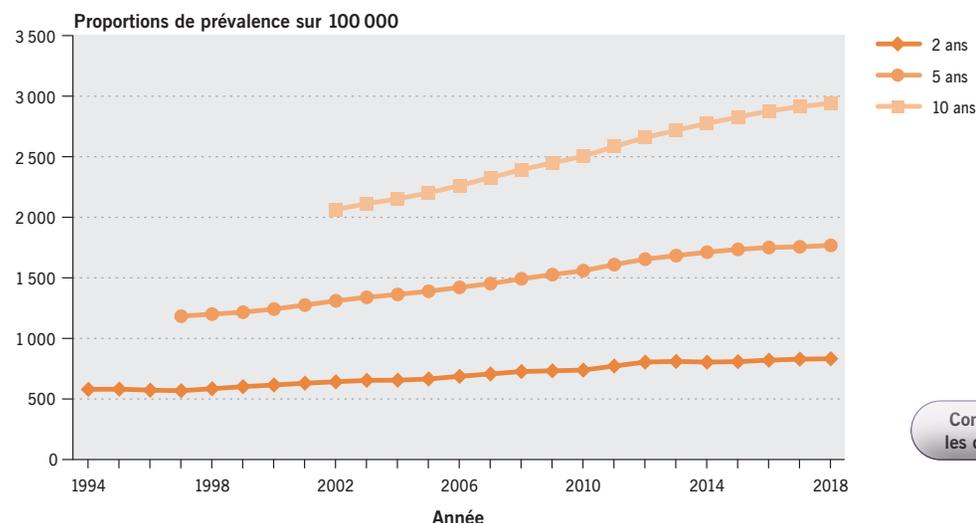
Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

Proportions de prévalence dans le temps

Les tendances des proportions de prévalence sur deux, cinq et dix ans pour tous les cancers confondus sont présentées dans les figures 10a-c. Pour ces trois périodes, le nombre de cancers prévalents pour 100 000 personnes a augmenté entre 1994 et 2018. Cette augmentation de la prévalence est probablement due au vieillissement de la population, au dépistage du cancer et à l'amélioration des traitements et de la prise en charge clinique de la maladie, qui ont entraîné une amélioration de la survie pour plusieurs types de cancer.

Le [tableau 6](#) présente la prévalence fondée sur la personne sur 25 ans, exprimée en pourcentage de la population canadienne pour les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués et tous les cancers confondus. Au 1^{er} janvier 2018, 4,2 % de la population canadienne (1 personne sur 24) avait reçu un diagnostic de cancer au cours des 25 dernières années et était toujours en vie. Comme pour les autres mesures de la prévalence présentées dans ce rapport, on peut observer les effets relatifs de l'incidence et de la survie pour les différents types de cancer. Par exemple, malgré une charge d'incidence élevée, le cancer du poumon a une faible proportion de prévalence (0,2 % ou 1 personne sur 562) chez les hommes et les femmes, par rapport au cancer de la prostate chez les hommes (1,6 % ou 1 personne sur 62) ou au cancer du sein chez les femmes (1,7 % ou 1 personne sur 58), étant donné leurs taux de survie à long terme comparativement plus élevés. La liste des types de cancer du [tableau 6](#) est élargie dans les [tableaux supplémentaires en ligne](#) aux 22 cancers recensés dans [Statistiques canadiennes sur le cancer 2021](#).

FIGURE 10a Proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur deux, cinq et dix ans pour 100 000 personnes, tous cancers confondus Canada (à l'exclusion du Québec)*, 1994-2018



Consulter les données

* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

FIGURE 10b Proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur deux, cinq et dix ans pour 100 000 hommes, tous cancers confondus Canada (à l'exclusion du Québec)*, 1994-2018

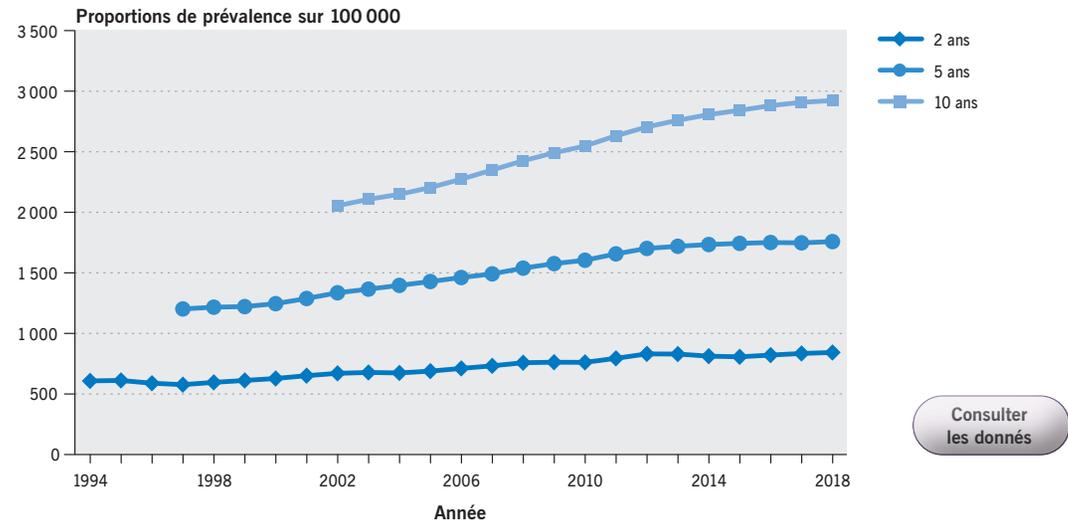
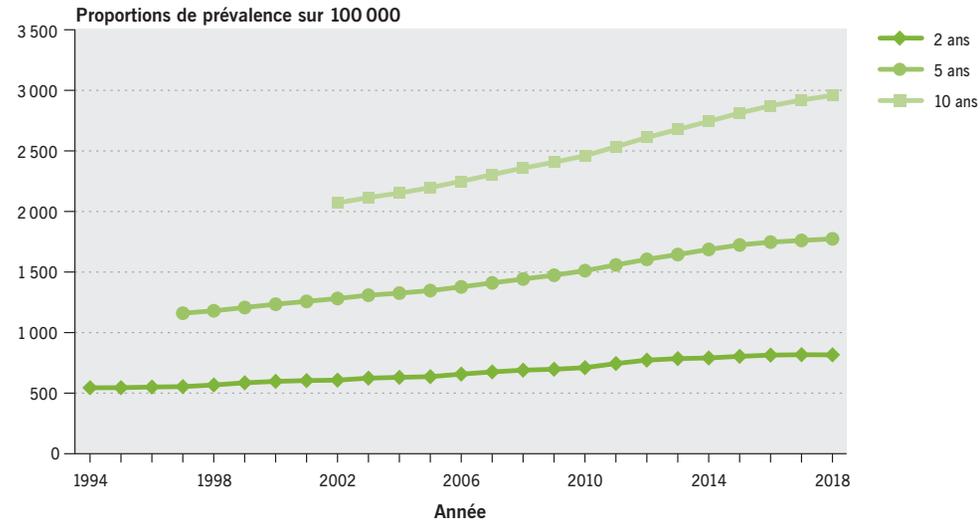


FIGURE 10c Proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur deux, cinq et dix ans pour 100 000 femmes, tous cancers confondus Canada (à l'exclusion du Québec)*, 1994-2018



* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

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

Sources : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

Conclusion

Comment utiliser ces statistiques?

Les statistiques sur la prévalence permettent de déterminer et de quantifier le fardeau du cancer dans une population. La ventilation de la prévalence en fonction de la durée permet d'estimer les coûts à court et à long terme associés aux soins donnés aux personnes atteintes de cancer et à l'allocation des ressources. Une étude récente, utilisant une approche fondée sur la prévalence pour quantifier les coûts annuels directs des soins liés au cancer de 2005 à 2012, a révélé que ces coûts ont augmenté de façon continue, passant de 2,9 milliards à 7,5 milliards de dollars durant cette période⁽⁴⁰⁾. Une étude basée sur des simulations a récemment estimé que les coûts systémiques directs en 2021 pourraient atteindre 22,8 milliards de dollars. Cette hausse des coûts est attribuable à l'augmentation des coûts de toutes les phases de soins données aux personnes atteintes de cancer, du diagnostic aux soins initiaux et continus, jusqu'aux soins palliatifs⁽⁴¹⁾.

Les mesures de la prévalence du cancer dans différents pays indiquent généralement que le Canada est semblable aux autres pays à ressources élevées. Bien que nous n'ayons pas comparé d'estimations normalisées selon l'âge, des comparaisons générales peuvent être faites. Par exemple, au 1^{er} janvier 2018, 5,0 % de la population des États-Unis (16 353 421 personnes) vivaient avec un cancer diagnostiqué au cours des

25 dernières années ou avaient survécu à un tel cancer⁽⁴²⁾, contre 4,2 % au Canada. En Australie, au 1^{er} janvier 2017, 4,9 % de la population (1 176 285 personnes) avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 35 dernières années (de 1982 à 2016)⁽⁴³⁾.



Les estimations de la prévalence peuvent aider les administrations à planifier l'allocation des ressources régionales en matière de soins aux personnes atteintes de cancer, de coordination avec les soins primaires, de dépistage du cancer, d'initiatives de prévention et de soins aux survivants.

Les estimations de la prévalence, en particulier celles à court terme, peuvent aider les administrations à planifier l'allocation des ressources régionales en matière de soins aux personnes atteintes de cancer, de coordination

avec les soins primaires, de dépistage du cancer, d'initiatives de prévention (telles que le renoncement au tabac) et d'élaboration de lignes directrices de pratique clinique. Les estimations de la prévalence peuvent également aider les administrations à assurer la disponibilité du soutien psychosocial, des soins aux survivants, du suivi des patients et du traitement. Les programmes publics provinciaux et territoriaux de remboursement du coût des médicaments utilisent les données sur la prévalence aux fins de planification et de prévisions budgétaires.

Les estimations de la prévalence à long terme peuvent contribuer à la planification de la survie, ce qui signifie que les soins de santé et autres services peuvent être conçus pour répondre aux besoins uniques des survivants du cancer. Ces estimations permettent également de déterminer les domaines de préoccupation chez les personnes ayant des antécédents de cancer et dont les activités quotidiennes peuvent encore être touchées par les effets à long terme de leur diagnostic, de leur traitement ou des deux. La crainte d'une récurrence, la dépression, la douleur chronique, les dysfonctionnements cognitifs, les maladies cardiaques et l'altération de l'état fonctionnel sont quelques-uns des défis durables auxquels les survivants du cancer peuvent être confrontés⁽⁴⁴⁾. En outre, ces personnes peuvent avoir besoin d'aide pour reprendre le travail ou l'école, se rendre à leurs rendez-vous et en revenir, et payer leurs factures de soins de santé⁽⁴¹⁾. Les soins de suivi à long terme doivent

être adaptés à divers facteurs, notamment le sexe, l'âge au moment du diagnostic et le type de cancer, ainsi que le type et la durée du traitement.

Longtemps après la fin du traitement du cancer, les personnes concernées peuvent encore avoir besoin de services de réadaptation et de soins de soutien pour faire face aux conséquences physiques, émotionnelles et autres du cancer. Pour répondre à la demande croissante et à la complexité accrue des besoins de santé des survivants du cancer, nous devons planifier et mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins faisant appel à des équipes multidisciplinaires.

Les résultats du cancer ne sont pas uniformément répartis entre les Canadiens

Les résultats du cancer se sont généralement améliorés au Canada au cours des dernières décennies. Toutefois, ces améliorations ne sont pas nécessairement réparties de manière égale entre les différents groupes de la population. Des différences dans des facteurs tels que le statut socio-économique du quartier, le profil racial et ethnique et la localité sont des facteurs déterminants importants des résultats du cancer⁽⁴⁵⁾. Le présent rapport offre un aperçu de la relation entre la prévalence du cancer et le revenu du quartier, une mesure importante du statut socio-économique. Il met également en évidence des différences entre les personnes vivant en zone rurale et celles vivant en zone urbaine. Ces différences peuvent avoir des conséquences sur l'allocation des ressources visant à améliorer l'accès au dépistage et aux soins, en particulier dans les zones rurales⁽³⁶⁾ et les zones à faibles revenus^(25, 26). Cependant, les données nationales nécessaires pour mesurer rigoureusement et

comprendre l'influence plus large des conditions sociales, matérielles et environnementales sur les résultats en matière de santé dans divers sous-groupes de la population canadienne sont limitées ou inexistantes.

Les personnes ayant collaboré à ce rapport et d'autres membres de la communauté de la lutte contre le cancer investissent dans des efforts visant à accroître la collecte, la disponibilité et l'accessibilité des données afin de combler ces lacunes cruciales. Par exemple, la Société canadienne du cancer codirige actuellement une stratégie pancanadienne de données sur le cancer avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), qui vise à améliorer la collecte, l'intégration et l'utilisation des données afin d'améliorer la lutte contre le cancer et les résultats pour tous les Canadiens. La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer de 2019 à 2029 comprend plusieurs investissements clés dans le renforcement des capacités de collecte de données par les partenaires, y compris les partenaires qui se concentrent sur les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. L'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada s'efforcent de mieux intégrer les données socio-économiques et ethnoculturelles avec les données sur les résultats de différents cancers. De plus, ils ont récemment lancé d'importantes initiatives de collecte de données afin d'améliorer la qualité et la cohérence des données dans tout le pays. Leur objectif est de combler les lacunes critiques dans la collecte de données et de veiller à ce que les données soient accessibles aux chercheurs. Parallèlement à ces efforts, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a approuvé la collecte de données sur la race et l'ethnicité dans une publication de 2020 qui présente les normes proposées pour la collecte de données, afin de faciliter

l'établissement de meilleurs rapports sur les groupes qui connaissent généralement un accès et des résultats différents du reste de la population. Les membres de la communauté de la lutte contre le cancer travaillent de concert pour tenter de combler ces lacunes importantes en matière de données et de connaissances afin de mieux cerner les disparités dans les résultats qui nécessitent une attention et des investissements accrus.

Expérience des personnes atteintes du cancer

Les données et les estimations incluses dans le présent rapport donnent un aperçu de l'effet du cancer au niveau de la population au Canada. Mais il est également important de prendre en compte l'expérience des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer et de leur famille, car le cancer peut avoir des répercussions sur toutes les facettes de la vie. Nous espérons qu'en examinant ces estimations basées sur des échantillons souvent importants de la population, nos lecteurs noteront que chaque cas prévalent peut représenter une expérience longue et significative pour une personne et sa famille.

Le cancer peut nuire à la santé mentale d'une personne pendant et après son traitement. Des répercussions sur la santé mentale et le besoin d'un soutien supplémentaire ont été signalés chez des survivants du cancer de tous âges⁽⁴⁷⁾. Par exemple, les effets sur la santé mentale les plus fréquemment signalés étaient la dépression et l'anxiété chez les survivants d'un cancer infantile⁽⁴⁸⁾. Leurs inquiétudes reflètent l'incertitude de vivre après un diagnostic de cancer. De nombreux jeunes confrontés au cancer se demandent : « Quel effet un tel diagnostic aura-t-il sur ma capacité à avoir des enfants? » En effet, certains cancers ou leurs traitements ont des

répercussions sur le système reproducteur, ce qui peut entraîner des problèmes de fertilité⁽⁴⁹⁾.

Le fait de vivre avec le cancer et d'y survivre a également des répercussions économiques considérables sur les personnes atteintes et leur famille. Les différentes phases du traitement du cancer, de sa prise en charge et de la survie entraînent des coûts pour la personne atteinte, et peuvent également limiter ses possibilités d'emploi et de revenus. Un examen des données économiques laisse entendre que les personnes atteintes d'un cancer et les soignants dans les pays à revenu élevé comme le Canada ont consacré 16 % de leur revenu annuel à des frais remboursables pendant les traitements du cancer. Les systèmes de santé ont la possibilité d'améliorer la couverture des coûts médicaux et non médicaux pour les personnes atteintes de cancer afin de contribuer à alléger ce fardeau et de garantir un accès équitable aux soins⁽⁵⁰⁾. Selon un rapport de 2018 du PCCC, 4 personnes atteintes de cancer sur 10 ont déclaré avoir rencontré des difficultés pratiques et financières après la fin de leurs traitements⁽⁵¹⁾. Ces défis comprenaient souvent des difficultés à retourner



Il est important de prendre en compte l'expérience des personnes atteintes de cancer et de leur famille, car le cancer peut avoir des répercussions sur toutes les facettes de la vie.

à l'école ou au travail. Les services de réadaptation après le cancer peuvent aider à répondre à ces préoccupations afin que les survivants puissent reprendre les activités qu'ils aiment.

Les effets de la COVID-19 sur la lutte contre le cancer

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur les efforts de lutte contre le cancer dans tous les domaines. Les données présentées ici ne tiennent pas compte d'éventuels changements dans le diagnostic ou la lutte contre le cancer dus à la COVID-19, car elles ne comprennent que les données déclarées jusqu'à la fin de 2017. Bien qu'il soit encore trop tôt pour rendre compte avec précision de l'effet de la COVID-19, plusieurs initiatives sont en cours aux niveaux provincial et national pour comprendre ses répercussions sur les diagnostics, les résultats et la prévalence du cancer.

Des initiatives internationales indiquent que les diagnostics de cancer ont diminué de 40 % entre le 9 mars et le 17 mai 2020, par rapport à la moyenne des diagnostics établis sur la même période en 2018 et 2019⁽⁵²⁾. En ce qui concerne le dépistage, nous savons que les interruptions des programmes auront des répercussions notables sur la survie au cancer. Nous aborderons ces répercussions dans de futures versions de nos analyses. Les premiers rapports sur les analyses provinciales montrent que les programmes de dépistage ont été interrompus et que les biopsies, les renvois vers des services chirurgicaux et même les visites aux services d'urgence sont en baisse. De plus, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur le nombre de chirurgies liées au cancer montrent une réduction au cours des quatre premiers mois de la pandémie⁽⁵³⁾. Il est important de

noter que la COVID-19 a touché certaines populations plus que d'autres, exacerbant ainsi les inégalités auxquelles sont confrontées de nombreuses personnes, notamment la population autochtone, les communautés racialisées et les personnes LGBTQ2+.

Tableaux



TABLEAU 1 Classement relatif de certains cancers en ce qui concerne l'incidence, la survie, ainsi que la prévalence sur cinq et 25 ans, Canada (à l'exception du Québec*), périodes sélectionnées[†]

Rang	Incidence (2018)	Survie observée à 5 ans (2015-2017)	Prévalence sur 5 ans (2018)	Prévalence sur 25 ans (2018)
	Les deux sexes	Les deux sexes	Les deux sexes	Les deux sexes
1	Sein	Testicule	Sein	Sein
2	Poumon et bronches	Glande thyroïde	Prostate	Prostate
3	Prostate	Lymphome de Hodgkin	Colorectal	Colorectal
4	Colorectal	Sein	Vessie	Mélanome
5	Vessie	Prostate	Poumon et bronches	Glande thyroïde
6	Lymphome non hodgkinien	Mélanome	Mélanome	Vessie
7	Mélanome	Utérus (corps, SAI)	Lymphome non hodgkinien	Lymphome non hodgkinien
8	Utérus (corps, SAI)	Col de l'utérus	Glande thyroïde	Utérus (corps, SAI)
9	Rein et bassinnet du rein	Rein et bassinnet du rein	Utérus (corps, SAI)	Poumon et bronches
10	Glande thyroïde	Vessie	Rein et bassinnet du rein	Rein et bassinnet du rein
11	Tête et cou	Lymphome non hodgkinien	Tête et cou	Tête et cou
12	Leucémie	Tête et cou	Leucémie	Leucémie
13	Pancréas	Colorectal	Myélome multiple	Col de l'utérus
14	Estomac	Leucémie	Ovaire	Testicule
15	Myélome multiple	Myélome multiple	Estomac	Ovaire
16	Encéphale/SNC	Ovaire	Col de l'utérus	Lymphome de Hodgkin
17	Ovaire	Estomac	Pancréas	Myélome multiple
18	Foie	Encéphale/SNC	Testicule	Estomac
19	Œsophage	Foie	Encéphale/SNC	Encéphale/SNC
20	Col de l'utérus	Poumon et bronches	Lymphome de Hodgkin	Pancréas
21	Testicule	Œsophage	Foie	Foie
22	Lymphome de Hodgkin	Pancréas	Œsophage	Œsophage

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Le classement de l'incidence est basé sur les cas diagnostiqués en 2018; le classement de la survie est basé sur la survie prédite pour la période de 2015 à 2017; le classement de la prévalence est basé sur la date indice du 1^{er} janvier 2018. La prévalence sur cinq ans fait référence aux cas diagnostiqués de 2013 à 2017, la prévalence sur 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2017 (veuillez consulter la section [Méthodologie](#)).

Remarque : Les classements de la prévalence étaient identiques pour la prévalence fondée sur les tumeurs et la prévalence fondée sur la personne. La définition complète des différents cancers énumérés ici se trouve dans le [tableau A1](#).

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

Source : Registre canadien du cancer et fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

TABLEAU 2 Prévalence fondée sur la personne de certains cancers, selon la durée de la prévalence et le sexe, Canada*, 1^{er} janvier 2018

	Prévalence sur 25 ans (diagnostiqué depuis 1993)			Prévalence sur 5 ans (diagnostiqué depuis 2013)			Prévalence sur 2 ans (diagnostiqué depuis 2016)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers[†]	1,573,960	747,875	826,085	635,185	312,540	322,645	302,300	152,005	150,300
Poumon et bronches	67,155	29,090	38,060	42,600	18,910	23,690	25,575	11,740	13,825
Sein	329,805	1,960	327,840	111,795	840	110,955	48,645	405	48,240
Colorectal	188,160	101,340	86,820	76,820	42,755	34,060	34,640	19,340	15,300
Prostate	301,820	301,820	—	96,590	96,590	—	43,740	43,735	—
Vessie	77,625	58,150	19,475	37,315	28,635	8,685	17,595	13,535	4,055
Lymphome non hodgkinien	77,180	41,125	36,060	32,915	18,070	14,845	15,320	8,455	6,865
Mélanome	93,895	46,475	47,420	34,715	18,435	16,275	15,555	8,470	7,085
Utérus (corps, SAI)	74,900	—	74,900	27,820	—	27,820	12,690	—	12,685
Rein et bassinnet du rein	54,295	33,245	21,050	23,035	14,840	8,195	10,590	6,885	3,705
Tête et cou	47,700	33,560	14,135	20,350	14,720	5,625	9,875	7,185	2,690
Pancréas	7,500	3,865	3,635	5,375	2,890	2,480	3,845	2,080	1,765
Leucémie	47,055	27,300	19,760	19,310	11,500	7,805	8,590	5,155	3,435
Glande thyroïde	83,915	18,575	65,345	28,925	7,280	21,645	11,160	2,925	8,235
Estomac	13,555	8,375	5,180	6,940	4,465	2,480	3,945	2,590	1,355
Myélome multiple	15,030	8,475	6,555	9,570	5,495	4,075	4,960	2,865	2,095
Foie	6,825	5,115	1,705	4,265	3,260	1,000	2,485	1,955	530
Encéphale/SNC	13,385	7,175	6,210	5,075	2,840	2,230	2,875	1,610	1,260
Ovaire	20,040	—	20,040	8,100	—	8,100	3,935	—	3,935
Œsophage	5,100	3,810	1,280	3,235	2,470	760	2,170	1,670	495
Col de l'utérus	22,235	—	22,235	5,695	—	5,695	2,630	—	2,635
Testicule	20,090	20,090	—	5,135	5,135	—	2,135	2,130	—
Lymphome de Hodgkin	16,180	8,730	7,455	4,260	2,365	1,890	1,820	1,010	805
Tous les autres cancers	104,940	51,260	53,680	49,310	24,670	24,635	25,570	12,940	12,630

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

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

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

Source : Fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

TABLEAU 3 Prévalence fondée sur les tumeurs de certains cancers, selon la durée de la prévalence et le sexe, Canada*, 1^{er} janvier 2018

	Prévalence sur 25 ans (diagnostiqué depuis 1993)			Prévalence sur 5 ans (diagnostiqué depuis 2013)			Prévalence sur 2 ans (diagnostiqué depuis 2016)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers[†]	1,698,255	814,545	883,710	663,370	328,420	334,950	312,190	157,720	154,465
Poumon et bronches	68,785	29,630	39,155	43,285	19,160	24,125	25,810	11,840	13,970
Sein	330,085	1,960	328,125	111,855	845	111,010	48,665	405	48,255
Colorectal	191,520	103,370	88,150	78,230	43,615	34,620	35,175	19,665	15,510
Prostate	301,835	301,840	—	96,600	96,595	—	43,740	43,740	—
Vessie	77,735	58,240	19,490	37,355	28,660	8,695	17,605	13,545	4,055
Lymphome non hodgkinien	77,245	41,165	36,080	32,945	18,090	14,855	15,320	8,460	6,870
Mélanome	93,890	46,480	47,415	34,715	18,440	16,280	15,555	8,470	7,085
Utérus (corps, SAI)	74,955	—	74,955	27,850	—	27,850	12,700	—	12,700
Rein et bassinnet du rein	54,455	33,355	21,100	23,120	14,900	8,225	10,635	6,910	3,720
Tête et cou	48,885	34,405	14,485	20,840	15,085	5,755	10,145	7,380	2,765
Pancréas	7,520	3,880	3,645	5,390	2,900	2,490	3,855	2,085	1,770
Leucémie	47,125	27,340	19,780	19,330	11,515	7,820	8,600	5,155	3,440
Glande thyroïde	84,760	18,790	65,970	29,170	7,350	21,820	11,200	2,940	8,260
Estomac	13,640	8,435	5,200	6,995	4,500	2,490	3,980	2,615	1,365
Myélome multiple	15,030	8,475	6,555	9,575	5,495	4,075	4,960	2,865	2,095
Foie	6,835	5,130	1,705	4,270	3,265	1,000	2,490	1,960	535
Encéphale/SNC	13,430	7,205	6,230	5,100	2,860	2,235	2,895	1,625	1,270
Ovaire	20,055	—	20,055	8,110	—	8,110	3,945	—	3,945
Œsophage	5,110	3,825	1,285	3,240	2,475	765	2,175	1,675	500
Col de l'utérus	22,270	—	22,270	5,710	—	5,710	2,645	—	2,645
Testicule	20,090	20,090	—	5,135	5,135	—	2,135	2,130	—
Lymphome de Hodgkin	16,185	8,730	7,455	4,255	2,365	1,890	1,820	1,015	805
Tous les autres cancers	106,805	52,210	54,590	50,300	25,175	25,120	26,145	13,235	12,910

—Not applicable; CNS=central nervous system; NOS=not otherwise specified

* Prevalence for Quebec has been imputed because cases diagnosed in Quebec from 2011 onward had not been submitted to the Canadian Cancer Registry.

† "All cancers" includes *in situ* bladder tumours and excludes non-melanoma skin cancer (neoplasms, NOS; epithelial neoplasms, NOS; basal and squamous cell carcinomas).

Analysis by: Centre for Population Health Data, Statistics Canada

Data sources: Canadian Cancer Registry death-linked analytic file (1992–2017) at Statistics Canada

TABLEAU 4 Répartition selon l'âge de la prévalence fondée sur la personne sur 25 ans pour les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, selon le sexe, Canada*, 1^{er} janvier 2018†

Âge (années)	Tous les cancers [‡]			Poumon et bronches			Colorectal			Prostate	Sein
	Les deux sexes N=1 573 960	Hommes N=747 875	Femmes N=826 085	Les deux sexes N=67 155	Hommes N=29 090	Femmes N=38 060	Les deux sexes N=188 160	Hommes N=101 340	Femmes N=86 820	Hommes N=301 820	Femmes N=327 840
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
0-14	0.4	0.5	0.4	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15-29	1.4	1.6	1.3	0.2	0.2	0.2	0.4	0.3	0.5	0.0	0.1
30-39	2.7	2.3	3.1	0.5	0.5	0.5	1.0	0.9	1.1	0.0	1.3
40-49	6.0	4.3	7.6	1.6	1.6	1.7	3.0	2.9	3.2	0.3	6.2
50-59	15.0	11.8	17.9	9.7	8.7	10.4	11.0	11.1	10.8	5.9	18.8
60-69	25.9	25.8	26.1	27.6	27.4	27.9	23.2	24.8	21.3	25.7	28.1
70-79	27.8	31.5	24.5	37.2	37.8	36.7	30.5	32.7	27.9	39.6	26.6
80-89	16.6	18.8	14.7	20.1	20.9	19.5	24.0	22.6	25.6	24.4	14.6
90+	3.9	3.5	4.3	3.1	2.9	3.2	7.0	4.8	9.6	4.1	4.2
	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité	quantité
50-74	878,465	404,415	474,050	37,875	16,010	21,870	92,795	53,135	39,660	155,900	202,270
65+	984,885	512,880	472,000	51,175	22,610	28,565	140,450	75,520	64,930	254,270	197,875

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La prévalence sur 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2017 (veuillez consulter la section [Méthodologie](#)).

‡ « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

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

Source : Fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

TABLEAU 5 Dénombrement de la prévalence fondée sur les tumeurs et de la prévalence fondée sur la personne des cancers diagnostiqués entre 0 et 14 ans, selon le sexe et les années depuis le diagnostic, Canada*, 1^{er} janvier 2018

Type de prévalence / Années depuis le diagnostic [†]	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Quantité	Total cumulatif	Quantité	Total cumulatif	Quantité	Total cumulatif
Fondée sur les tumeurs						
≤2 ans	1,800	1,800	1,000	1,000	800	800
>2 ans à 5 ans	2,550	4,350	1,385	2,385	1,165	1,965
>5 ans à 10 ans	3,985	8,335	2,090	4,475	1,895	3,860
>10 ans à 25 ans	9,635	17,970	5,200	9,675	4,435	8,295
Fondée sur la personne						
≤2 ans	1,760	1,760	980	980	780	780
>2 ans à 5 ans	2,525	4,285	1,375	2,355	1,150	1,930
>5 ans à 10 ans	3,905	8,190	2,060	4,415	1,845	3,775
>10 ans à 25 ans	9,570	17,760	5,155	9,570	4,415	8,190

TABLEAU 6 Proportions de prévalence fondée sur la personne sur 25 ans pour les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, selon le sexe, Canada*, 1^{er} janvier 2018[†]

	Pourcentage de la population canadienne			1 sur :		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers[‡]	4.2	4	4.4	24	25	23
Prostate	—	1.6	—	—	62	—
Poumon et bronches	0.2	0.2	0.2	562	643	500
Sein (femme)	—	—	1.7	—	—	58
Colorectal	0.5	0.5	0.5	200	184	219

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† Pour les années depuis le diagnostic : 0 à 2 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 2016 à 2017; >2 à 5 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 2013 à 2015; >5 à 10 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 2008 à 2012; >10 à 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2007 (veuillez consulter Méthodologie).

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

Source : Fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada

— sans objet

* La prévalence pour le Québec a été imputée, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

† La prévalence sur 25 ans fait référence aux cas diagnostiqués de 1993 à 2017 (veuillez consulter Méthodologie).

‡ « Tous les cancers » inclut le carcinome *in situ* dans la vessie et exclut les cancers de la peau autres que les mélanomes (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux).

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

Source : Fichier analytique lié aux décès du Registre canadien du cancer (1992-2017) de Statistique Canada



Sources des données et définitions

Prévalence

Les analyses de la prévalence ont été effectuées à partir d'un fichier analytique préexistant : le fichier lié aux décès du Registre canadien du cancer (RCC). Ce dernier a été créé en reliant les cas du RCC diagnostiqués de 1992 à 2017 aux données sur la mortalité complètes jusqu'au 31 décembre 2017, par l'intermédiaire de l'Environnement de couplage des données sociales de Statistique Canada⁽⁵⁴⁾. Le RCC est une base de données basée sur la population qui comprend les cas diagnostiqués chez les résidents canadiens depuis 1992⁽⁵⁵⁾. Les données sur la mortalité ont été tirées du RCC lui-même, de la Base canadienne de données de l'état civil sur les décès (BCDECD) de Statistique Canada – qui englobe actuellement tous les décès au Canada⁽⁵⁶⁾ – et du fichier maître des particuliers T1 (selon les déclarations de revenus). L'utilisation des renseignements sur les décès figurant dans les déclarations de revenus a facilité l'identification d'autres événements de décès dans le RCC qui n'avaient peut-être pas été inclus dans la BCDECD, comme les décès à l'étranger. Les déclarations de revenus ont également été utilisées pour valider la date du décès lorsque des divergences existaient entre les dates figurant dans le RCC et dans la BCDECD.

Le fichier analytique respectait les règles de codage primaire multiple du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)⁽⁵⁷⁾. Les cas ont été définis en fonction de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition, et classés selon les définitions de regroupement du programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results)⁽¹¹⁾. Lorsque tous les cancers sont considérés ensemble, les cas de carcinome *in situ* dans la vessie sont inclus, mais les cancers de la peau autres que les mélanomes sont exclus⁽⁵⁵⁾.

Prévalence en fonction du revenu et de la zone de résidence

Les statistiques sur la prévalence rapportées dans la section examinant le revenu et le statut urbain ou rural sont fondées sur la personne. Les proportions de prévalence brute à durée limitée sur deux et cinq ans sont fondées sur le nombre de personnes vivant avec un cancer ou y ayant survécu au cours des deux dernières années (2016-2017) et des cinq dernières années (2013-2017) et qui étaient en vie au 1^{er} janvier 2018. Les estimations de la prévalence normalisée selon l'âge en fonction du revenu et de la zone de résidence sont disponibles dans les [tableaux supplémentaires en ligne](#).

Population

Les estimations de la population selon le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire au 1^{er} janvier 2018 ont été calculées en établissant la moyenne des données de mi-année sur la population de 2017 et de 2018 selon le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire⁽⁵⁹⁾.

Pour les estimations de la population infraprovinciale et infraterritoriale fondées sur les données du recensement, un taux de croissance provincial moyen standard⁽⁶⁰⁾ a été utilisé pour projeter les données sur la population le jour du recensement (16 mai 2016) jusqu'au 1^{er} janvier 2018, en supposant une croissance exponentielle de la population.

Analyse statistique

Ce rapport se base à la fois sur des chiffres et des proportions de prévalence fondée sur la personne et de prévalence fondée sur les tumeurs. Les estimations de la prévalence à durées limitées de deux, cinq, dix et vingt-cinq ans sont fondées sur le nombre de cancers diagnostiqués au cours des deux, cinq, dix et vingt-cinq dernières années chez les personnes encore en vie à la date de référence donnée du 1^{er} janvier 2018 (c'est-à-dire la date indice). Les quatre durées de prévalence font référence aux cancers diagnostiqués de 2016 à 2017, de 2013 à 2017, de 2008 à 2017 et de 1993 à 2017, respectivement. L'estimation de la prévalence nécessite des données à jour et précises à la fois sur l'incidence du cancer et sur

l'état vital des individus qui ont reçu un diagnostic de cancer au cours de la période de référence. Comme aucunes données sur l'incidence du cancer au Québec n'ont été soumises au RCC après 2011, l'approche suivante a été utilisée :

- Les estimations de la prévalence à durée limitée fondée sur les tumeurs selon le type de cancer, le sexe et l'âge, pour l'ensemble du Canada à l'exception du Québec, ont été déterminées directement à partir de la méthode de dénombrement^(61, 62). Plus précisément, tous les cancers primitifs infiltrants (y compris les cancers *in situ* de la vessie) diagnostiqués chez des personnes résidant au Canada, mais à l'extérieur du Québec, pendant la période pertinente et en vie au 1^{er} janvier 2018 ont été comptabilisés, qu'il s'agisse de la première tumeur maligne primitive diagnostiquée chez une personne ou d'un diagnostic de cancer ultérieur.
- Les chiffres de prévalence à durée limitée fondée sur la personne ont été estimés en comptant les individus plutôt que les tumeurs pour chaque type de cancer. Par exemple, une femme chez qui on a diagnostiqué consécutivement deux tumeurs primitives du sein ne contribuerait qu'une seule fois au calcul de la prévalence fondée sur la personne pour le cancer du sein. À l'inverse, si les deux diagnostics consécutifs de cancer touchent des sièges du cancer différents (par exemple, la glande thyroïde et le sein), la personne sera comptée une fois pour chaque siège. Cependant, l'estimation fondée sur la personne pour tous les cancers confondus ne compte chaque personne qu'une seule fois et est systématiquement inférieure à l'estimation fondée sur les tumeurs. Dans le présent rapport, le premier cancer

primitif, par type de cancer pour la durée de prévalence considérée, a été retenu pour l'estimation des chiffres et des proportions de prévalence fondée sur la personne. Pour tous les cancers confondus, seul le premier cancer primitif a été retenu.

- Les proportions de prévalence à durée limitée (pour 100 000 personnes) par type de cancer, sexe et âge, pour l'ensemble du Canada à l'exclusion du Québec, ont ensuite été estimées en divisant les chiffres de prévalence par la population estimée du Canada, à l'exclusion du Québec, au 1^{er} janvier 2018, et en multipliant par 100 000.
- Les proportions de prévalence pour le Canada à l'exclusion du Québec ont ensuite été appliquées aux estimations de la population pour l'ensemble du Canada afin d'estimer le nombre total de cas à l'échelle nationale. L'hypothèse sous-jacente est que les proportions de prévalence à durée limitée par âge, sexe et type de cancer pour le Canada à l'exclusion du Québec sont les mêmes que pour le Canada avec le Québec.
- Les groupes d'âge considérés dans ce rapport font référence à l'âge atteint de la personne au 1^{er} janvier 2018, et non à l'âge au moment du diagnostic, ce qui est généralement le cas lorsque l'incidence est le principal objet d'analyse.

TABLEAU a1 Genres de la Classification des secteurs statistiques (CSS) utilisés pour classer le statut urbain et rural

Région géographique	Genre de la CSS	Description du genre de la CSS
Zone urbaine	1	Subdivision de recensement située à l'intérieur d'une région métropolitaine de recensement
	2	Subdivision de recensement située à l'intérieur d'une agglomération de recensement comportant au moins un secteur de recensement
	3	Subdivision de recensement située à l'intérieur d'une agglomération de recensement ne comportant aucun secteur de recensement
Région rurale	4	Subdivision de recensement située à l'extérieur de la région métropolitaine de recensement et de la zone d'agglomération de recensement ayant une forte influence métropolitaine
	5	Subdivision de recensement située à l'extérieur de la région métropolitaine de recensement et de la zone d'agglomération de recensement ayant une influence métropolitaine modéré
	6	Subdivision de recensement située à l'extérieur de la région métropolitaine de recensement et de la zone d'agglomération de recensement ayant une influence métropolitaine faible
	7	Subdivision de recensement située à l'extérieur de la région métropolitaine de recensement et de la zone d'agglomération de recensement n'ayant aucune influence métropolitaine
	8	Subdivision de recensement dans les territoires, située à l'extérieur des agglomérations de recensement

Analyse statistique de la prévalence en fonction du revenu et de la zone de résidence

Les analyses ont porté sur tous les cancers confondus et sur les quatre types de cancer les plus fréquemment diagnostiqués : sein (femme), prostate, colorectal, poumon et bronches. Les analyses ont été stratifiées par quintile de revenu du quartier et par zone de résidence (urbaine ou rurale) pour le Canada (y compris le Québec) et par région géographique (à l'exclusion du Québec). Le code postal du lieu de résidence de la personne atteinte de cancer au moment du diagnostic, disponible dans le Registre canadien du cancer, a été utilisé pour attribuer les quintiles de revenu après impôt du quartier et les zones résidentielles au moyen du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+ v7B). La [Classification des secteurs statistiques \(CSS\)](#) ⁽⁶³⁾ a été utilisée pour définir les zones urbaines et rurales, les genres de la CSS 1 à 3 étant classés comme étant urbains et les genres 4 à 8, comme étant ruraux ([tableau A1](#)). Les limites des subdivisions de recensement sont celles du Recensement de 2016. En utilisant cette approche, les superficies désignées comme étant urbaines ont tendance à être beaucoup plus grandes que lorsque l'urbanité est déterminée à l'aide des centres de population de Statistique Canada. La même catégorisation a été utilisée dans un rapport précédent qui examinait la relation entre l'incidence du cancer du poumon et l'équité⁽²⁴⁾.

Les estimations de population ont été agrégées aux mêmes strates à partir du recensement de 2016 et projetées au 1^{er} janvier 2018. La Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil a été utilisée pour identifier les personnes qui étaient encore en vie au 1^{er} janvier 2018.

Le Fichier de conversion des codes postaux plus

L'objectif du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) est de fournir un lien entre les codes postaux à six caractères produits par Postes Canada, les régions géographiques normalisées du recensement de 2016 (comme les aires de diffusion, les subdivisions de recensement et les secteurs de recensement) produites par Statistique Canada, et les régions administratives supplémentaires et les quintiles de revenu des quartiers.

Les codes postaux ne respectent pas les limites géographiques du recensement et peuvent donc être liés à plus d'une zone géographique normalisée ou être assignés à plus d'un ensemble de coordonnées. Par conséquent, un code postal peut être représenté par plus d'un enregistrement. Le produit FCCP, produit par Statistique Canada, établit des liens entre les codes postaux et toutes les correspondances enregistrées avec la classification géographique du recensement.

Le FCCP+ améliore le FCCP en appliquant un processus d'appariement pondéré en fonction de la population à certains codes postaux résidentiels lorsque plus d'un code géographique est possible. Le FCCP+ fournit également des routines pour les codes postaux institutionnels et pour les codes postaux historiques.

Données du Québec

Les données du Québec ont été imputées comme suit :

- Les chiffres de prévalence fondée sur la personne pour l'ensemble du Canada, à l'exception du Québec, ont été déterminés directement en utilisant la méthode de dénombrement^(61, 62), qu'il s'agisse d'un cancer

primitif ou d'un second cancer primitif au cours de la période concernée.

- Les proportions de prévalence à durée limitée par type de cancer, sexe, âge, quintile de revenu ou zone résidentielle, pour l'ensemble du Canada à l'exception du Québec, ont ensuite été estimées en divisant les chiffres de prévalence par les estimations de population appropriées.
- Les chiffres de prévalence par type de cancer, sexe, âge, quintile de revenu ou zone résidentielle, pour l'ensemble du Canada avec le Québec, ont ensuite été estimés en appliquant ces proportions de prévalence aux mêmes strates de la population canadienne, qui inclut le Québec, puis en faisant la somme de toutes les strates.

Limites

Pour ces analyses, comme nous ne disposons que des renseignements sur le code postal au moment du diagnostic de cancer, nous avons supposé que les personnes atteintes de cancer n'avaient pas déménagé dans d'autres régions géographiques ou à l'extérieur du Canada au cours des périodes de deux ans (2016-2017) et de cinq ans (2013-2017). De même, nous avons également supposé dans le cadre de cette analyse que les classifications des revenus et des zones résidentielles des quartiers n'avaient pas changé depuis le diagnostic.

Les définitions d'urbain et de rural suivent celles de Statistique Canada selon lesquelles les genres de la CSS 1 à 3 ont été classés comme étant urbains, et 4 à 8 comme étant ruraux. Toutefois, les termes « urbain » et « rural » peuvent prendre un sens différent dans les petites provinces et les territoires.

Dans les éditions précédentes de la publication Statistiques canadiennes sur le cancer, il a été noté que les données provenant de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) pouvaient être influencées par une sous-déclaration des cas en raison d'un couplage incomplet des données sur le cancer et des statistiques de l'état civil. Le registre du cancer de Terre-Neuve-et-Labrador a mis en œuvre des processus d'élimination des décès afin d'améliorer la constatation des cas, et a amélioré le signalement des cas dans les régions infraprovinciales qui, auparavant, sous-déclaraient les cas. Grâce aux améliorations apportées au registre du cancer de Terre-Neuve-et-Labrador, la constatation des cas dans les données s'est améliorée à partir de 2006. Cependant, la sous-déclaration persiste dans cette province pour les années antérieures à 2006. Par exemple, le nombre total de cas signalés au RCC par Terre-Neuve-et-Labrador pour 2005 est inférieur de 21 % au chiffre correspondant pour 2006.

Au moment de cette publication, aucune données sur l'incidence du cancer au Québec n'avaient été soumises au Registre canadien du cancer après l'année de diagnostic 2011. Par conséquent, le Québec a été exclu des analyses portant sur la prévalence dans l'ensemble des régions géographiques. Dans toutes les autres analyses, les données pour le Québec ont été imputées.

Évaluation par les pairs

Le processus d'évaluation par les pairs a été supervisé par le Groupe de travail sur la prévalence du cancer du Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer. Le groupe de travail a recruté trois examinateurs en fonction de leur expertise dans les domaines clinique et épidémiologique. Une version préliminaire complète du présent rapport (comprenant le texte, les tableaux, les figures et la description des sources de données et de la méthodologie) a été transmise aux personnes ayant accepté de participer. Ayant disposé de deux semaines pour examiner le document, les examinateurs ont ensuite fait parvenir leurs commentaires par écrit au groupe de travail. Le groupe de travail a pris connaissance des commentaires, en a discuté en groupe, puis a convenu des changements à apporter d'après les commentaires reçus.

Références

1. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer [En ligne]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021. Toronto, Ont. : Société canadienne du cancer. 2021. Sur Internet : <https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2021-statistics/2021-pdf-fr-final.pdf> (consulté en avril 2022).
2. De Angelis, R., E. Grande, R. Inghelmann, S. Francisci, A. Micheli, P. Baili, et al. « Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010 ». *Tumori*. 2007;93(4):392-397.
3. Ellison, L.F. et K. Wilkins. « Tendances de la prévalence du cancer au Canada ». *Rapports sur la santé*. 2021;Mar 23(1):7-16.
4. Brenner, D.R., A. Poirier, R.R. Woods, L.F. Ellison, J.M. Billette, A.A. Demers, et al. « Projected estimates of cancer in Canada in 2022 ». *CMAJ*. 2022;194(17):E601-E607.
5. Brenner, D.R., H.K. Weir, A.A. Demers, L.F. Ellison, C. Louzado, A. Shaw, et al. « Projected estimates of cancer in Canada in 2020 ». *CMAJ*. 2020;192(9):E199-E205.
6. Ellison, L.F. « Indice de survie au cancer : mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer pour aider à évaluer les initiatives de lutte contre le cancer au Canada ». *Rapports sur la santé*. 2021;32(9):14-26.
7. Organisation mondiale de la Santé. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2002.
8. Shapiro, C.L. « Cancer survivorship ». *N Engl J Med*. 2018;379(25):2438-2450.
9. Ellison, L.F. et K. Wilkins. « La prévalence du cancer dans la population canadienne ». *Rapports sur la santé*. 2009;20(1):7-19.
10. Ellison, L.F. et K. Wilkins. « La prévalence du cancer dans la population canadienne ». *Rapports sur la santé*. 2012;23(1):7-16.
11. Howlader, N., G. Forjaz, M.J. Mooradian, R. Meza, C.Y. Kong, K.A. Cronin, et al. « The effect of advances in lung-cancer treatment on population mortality ». *N Engl J Med*. 2020;383(7):640-649.
12. van Putten, M., J. de Vos-Geelen, G. Nieuwenhuijzen, P. Siersema, V. Lemmens, C. Rosman, et al. « Long-term survival improvement in esophageal cancer in the Netherlands ». *Ann Oncol*. 2017;28(3):iii13.
13. Kojima, T., K. Muro, E. Francois, C.-H. Hsu, T. Moriwaki, S.-B. Kim, et al. « Pembrolizumab versus chemotherapy as second-line therapy for advanced esophageal cancer: Phase III KEYNOTE-181 study ». *J Clin Oncol*. 2019;37(4 suppl):2-2.
14. Chau, I., Y. Doki, J.A. Ajani, J. Xu, L. Wyrniewicz, S. Motoyama, et al. « Nivolumab (NIVO) plus ipilimumab (IP) or NIVO plus chemotherapy (chemo) versus chemo as first-line (1L) treatment for advanced esophageal squamous cell carcinoma (ESCC): first results of the CheckMate 648 study ». *J Clin Oncol*. 2021;39(18 suppl):LBA4001.
15. Pulte, D., L. Jansen et H. Brenner. « Changes in long term survival after diagnosis with common hematologic malignancies in the early 21st century ». *Blood Cancer J*. 2020;10(5):56.
16. Équipe du contenu médical et éditorial de l'American Cancer Society. Lung cancer survival rates 2022. Sur Internet : <https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html> (consulté en juillet 2022).
17. Yao, C. et J. Billette. « Prévalence à court terme du cancer au Canada, 2018 ». *Rapports sur la santé*. 2022;33(3):15-21.
18. Poirier, A.E., Y. Ruan, K.D. Volesky, W.D. King, D.E. O'Sullivan, P. Gogna, 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.
19. Kumachev, A., M.E. Trudeau et K.K. Chan. « Associations among socioeconomic status, patterns of care and outcomes in breast cancer patients in a universal health care system: Ontario's experience ». *Cancer*. 2016;122(6):893-898.
20. Akinyemiju, T.F., M. Pisu, J.W. Waterbor et S.F. Altekruze. « Socioeconomic status and incidence of breast cancer by hormone receptor subtype ». *Springerplus*. 2015;4:508.
21. Hajizadeh, M., A. Whelan, G.M. Johnston et R. Urquhart. « Socioeconomic gradients in prostate cancer incidence among canadian males: a trend analysis from 1992 to 2010 ». *Cancer Control*. 2021;28:10732748211055272.
22. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Ont. : Partenariat contre le cancer. 2016.
23. Decker, K.M., P. Lambert, J. Bravo, A. Demers et H. Singh. « Time trends in colorectal cancer incidence rates by income and age at diagnosis in Canada from 1992 to 2016 ». *JAMA Netw Open*. 2021;4(7):e2117556.
24. Partenariat canadien contre le cancer [En ligne]. Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie. Toronto, Ont. : Partenariat canadien contre le cancer. 2020. Sur Internet : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/> (consulté en avril 2022).
25. Olah, M.E., G. Gaisano et S.W. Hwang. « The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study ». *CMAJ*. 2013;185(6):E263-269.
26. Blair, A., L. Gauvin, S. Ouédraogo et G.D. Datta. « Area-level income disparities in colorectal screening in Canada: evidence to inform future surveillance ». *Curr Oncol*. 2019;26(2):e128-e137.
27. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care ». *CMAJ*. 2016;188(5):340-348.
28. Statistique Canada [En ligne]. Tabagisme, 2017. 2018. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54974-fra.htm> (consulté en avril 2022).
29. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé. Obésité au Canada. Ottawa, Ont. : Agence de la santé publique du Canada. 2011. Sur Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf> (consulté en juillet 2022).
30. Statistique Canada [En ligne]. Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe – Tableau : 17-10-0005-01. 2021. Sur Internet : https://www150.statcan.gc.ca/11/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr (consulté en avril 2022).
31. Booth, C.M., G. Li, J. Zhang-Salomons et W.J. Mackillop. « The impact of socioeconomic status on stage of cancer at diagnosis and survival: a population-based study in Ontario, Canada ». *Cancer*. 2010;116(17):4160-4167.
32. Statistique Canada [En ligne]. Un Canada de plus en plus urbain. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2015004-fra.htm> (consulté en avril 2022).
33. Statistique Canada [En ligne]. Tabagisme 2008. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2010001/article/11110-fra.htm> (consulté en avril 2022).
34. Statistique Canada [En ligne]. Consommation abusive d'alcool, 2018. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.htm> (consulté en avril 2022).
35. Statistique Canada [En ligne]. Atlas des facteurs de risque au Canada (AFRC). Sur Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/atlas-facteurs-risque-canada/> (consulté en avril 2021).
36. Shete, S., Y. Deng, J. Shannon, B. Faseru, D. Middleton, R. Lachan, et al. « Differences in breast and colorectal cancer screening adherence among women residing in urban and rural communities in the United States ». *JAMA Netw Open*. 2021;4(10):e2128000.
37. Statistique Canada [En ligne]. Estimations de la population, trimestrielles – Tableau : 17-10-0009-01. 2021. Sur Internet : https://www150.statcan.gc.ca/11/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&request_locale=fr (consulté en avril 2022).
38. Ellison, L.F., L. Xie et L. Sung. « Tendances de la survie au cancer chez les enfants au Canada, 1992 à 2017 ». *Rapports sur la santé*. 2021;32(2):3-15.
39. Zakaria, D., A. Shaw et L. Xie. « Risk of a second cancer in Canadians diagnosed with a first cancer in childhood or adolescence ». *EclinicalMedicine*. 2019;16:107-120.
40. de Oliveira, C., S. Weir, J. Rangrej, M.D. Krahn, N. Mittmann, J.S. Hoch, et al. « The economic burden of cancer care in Canada: a population-based cost study ». *CMAJ Open*. 2018;6(1):E1-E10.
41. Garaszczuk, R., J.H.E. Yong, Z. Sun et C. de Oliveira. « The economic burden of cancer in Canada from a societal perspective ». *Curr Oncol*. 2022;29(4):2735-2748.
42. National Institutes of Health [En ligne]. All cancer sites combined people alive with cancer (U.S. prevalence) on January, 2019. Sur Internet : https://seer.cancer.gov/explorer/application.html?site=1&data_type=5&graph_type=11&compareBy=sex&chk_sex_1=1&chk_sex_3=3&chk_sex_2=2&series=9&age_range=1&advopt_compprev_y_axis_var=0&advopt_display=2 (consulté en avril 2022).
43. Cancer in Australia statistics [En ligne]. All cancers in Australia 2021. 2021. Sur Internet : <https://www.canceraustralia.gov.au/impacted-cancer/what-cancer/cancer-australia-statistics> (consulté en avril 2022).
44. Hewitt, M. et P.A. Ganz PA, éd. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition – an American Society of Clinical Oncology and Institute of Medicine Symposium. Washington, D.C. : The National Academies Press. 2006.
45. Hwee, J. et E. Bougie. « Au Canada, les taux d'incidence du cancer et de mortalité attribuable au cancer diffèrent-ils selon l'origine ethnique? ». *Rapports sur la santé*. 2021;32(8):3-17.
46. Abdillahi, I. et A. Shaw. Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu. Ottawa, Ont. : Agence de la santé publique du Canada. 2020. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/determinants-sociaux-iniquites-canadiens-noirs-apercu.html> (consulté en juillet 2022).
47. Cardoso, G., J. Graca, C. Klut, B. Trancas et A. Papoila. « Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study ». *Psychol Health Med*. 2016;21(5):562-570.
48. McDonnell, G., C. Baily, T. Schuler et H. Verdelli. « Anxiety among adolescent survivors of pediatric cancer: a missing link in the survivorship literature ». *Palliat Support Care*. 2015;13(2):345-349.
49. Société canadienne du cancer [En ligne]. Vivre avec un cancer. Sur Internet : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Living-with-cancer-report-patient-experience-FR.pdf> (consulté en juillet 2022).
50. Iragorri, N., C. de Oliveira, N. Fitzgerald et B. Essue. « The out-of-pocket cost burden of cancer care – a systematic literature review ». *Curr Oncol*. 2021;28(2):1216-1248.

References

51. Partenariat canadien contre le cancer [En ligne]. Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie. Toronto, Ont. : Partenariat canadien contre le cancer. 2018. Sur Internet : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/> (consulté en avril 2022).
52. De Vincentiis, L., R.A. Carr, M.P. Mariani et G. Ferrara. « Cancer diagnostic rates during the 2020 “lockdown,” due to COVID-19 pandemic, compared with the 2018–2019: an audit study from cellular pathology ». *J Clin Pathol.* 2021;74(3):187-189.
53. Institut canadien d'information sur la santé. Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2021 : Regard sur les 6 premiers mois de la pandémie de COVID-19. Ottawa, Ont. : Institut canadien d'information sur la santé. 2021.
54. Statistique Canada [En ligne]. Environnement de couplage de données sociales (ECDS). Sur Internet : <https://www.statcan.gc.ca/fr/ecds/index> (consulté en avril 2021).
55. Statistique Canada [En ligne]. Registre canadien du cancer (RCC). 2021. Sur Internet : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207 (consulté en avril 2022).
56. Statistique Canada [En ligne]. Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD). 2021. Sur Internet : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=3233 (consulté en avril 2022).
57. Centre International de Recherche sur le Cancer. International Rules for Multiple Primary Cancers (Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^e éd). Lyon, France : Centre International de Recherche sur le Cancer. 2004.
58. Fritz, A., C. Percy, A. Jack, K. Shanmugaratnam, L. Sobin, D. Parkin, et al. Classification internationale des maladies pour l'oncologie. 3^e éd., 1^{re} révision. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2013.
59. Statistique Canada [En ligne]. Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe – Tableau : 17-10-0005-01 (Canada, Province ou territoire). Sur Internet : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr (consulté en avril 2022).
60. Statistique Canada [En ligne]. Estimations de la population du Canada : Population totale, 1^{er} juillet, 2018. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180927/cq-c002-fra.htm> (consulté en avril 2022).
61. Feldman, A.R., L. Kessler, M.H. Myers et M.D. Naughton. « The prevalence of cancer. Estimates based on the Connecticut Tumor Registry ». *N Engl J Med.* 1986;315(22):1394-1397.
62. Gail, M.H., L. Kessler, D. Midthune et S. Scoppa. « Two approaches for estimating disease prevalence from population-based registries of incidence and total mortality ». *Biometrics.* 1999;55(4):1137-1144.
63. Statistique Canada [En ligne]. Spécifications techniques. 2015. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-151-g/20111001/tech-fra.htm> (consulté en avril 2022).

Index des tableaux et des figures



Tableau

1	Classement relatif de certains cancers en ce qui concerne l'incidence, la survie, ainsi que la prévalence sur cinq et 25 ans, Canada (à l'exception du Québec), périodes sélectionnées	27
2	Prévalence fondée sur la personne de certains cancers, selon la durée de la prévalence et le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	28
3	Prévalence fondée sur les tumeurs de certains cancers, selon la durée de la prévalence et le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	29
4	Répartition selon l'âge de la prévalence fondée sur la personne sur 25 ans pour les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, selon le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	30
5	Dénombrement de la prévalence fondée sur les tumeurs et de la prévalence fondée sur la personne des cancers diagnostiqués entre 0 et 14 ans, selon le sexe et les années depuis le diagnostic, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	31
6	Proportions de prévalence fondée sur la personne sur 25 ans pour les cancers les plus fréquemment diagnostiqués, selon le sexe, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	31
a1	Genres de la Classification des secteurs statistiques (CSS) utilisés pour classer le statut urbain et rural.	33

Figures

1	Distribution de la prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans pour certains cancers, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	10
2a	Prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans chez les hommes	11
2b	Prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans chez les femmes	11
3a	Prévalence fondée sur les tumeurs pour tous les cancers confondus, par durée de prévalence, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	12
3b	Prévalence fondée sur les tumeurs pour les quatre cancers les plus courants, selon la durée de prévalence, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	13
4a	Prévalence brute fondée sur la personne sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers et certains cancers, par quintile de revenu, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	14
4b	Prévalence brute fondée sur la personne sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers et certains cancers, par quintile de revenu, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	14
5a	Prévalence brute sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers* confondus, selon le quintile de revenu et la région géographique (à l'exclusion du Québec), 1 ^{er} janvier 2018	15
5b	Prévalence brute sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers confondus, selon le quintile de revenu et la région géographique (à l'exclusion du Québec), 1 ^{er} janvier 2018	16
6a	Prévalence brute fondée sur la personne sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers et certains cancers, selon le statut urbain ou rural, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	17
6b	Prévalence brute fondée sur la personne sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers et certains cancers, selon le statut urbain ou rural, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	17
7a	Prévalence brute sur deux ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers confondus, selon le statut urbain ou rural et la région géographique (à l'exclusion du Québec), 1 ^{er} janvier 2018	18
7b	Prévalence brute sur cinq ans pour 100 000 personnes pour tous les cancers confondus, selon le statut urbain ou rural et la région géographique (à l'exclusion du Québec), 1 ^{er} janvier 2018	18
8a	Répartition géographique des chiffres et des proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans, selon la province ou le territoire, pour les deux sexes, au 1 ^{er} janvier 2018	19
8b	Répartition géographique des chiffres et des proportions de prévalence fondée sur la personne sur 25 ans, selon la province ou le territoire, pour les deux sexes, au 1 ^{er} janvier 2018	20
9	Prévalence fondée sur les tumeurs sur 25 ans, selon le groupe de diagnostic du cancer infantile, chez les enfants âgés de 0 à 14 ans au moment du diagnostic, Canada, 1 ^{er} janvier 2018	21
10a	Proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur deux, cinq et dix ans pour 100 000 personnes, tous cancers confondus Canada (à l'exclusion du Québec), 1994-2018	22

10b Proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur deux, cinq et dix ans pour 100 000 hommes, tous cancers confondus Canada (à l'exclusion du Québec), 1994-2018	23
10c Proportions de prévalence fondée sur les tumeurs sur deux, cinq et dix ans pour 100 000 femmes, tous cancers confondus Canada (à l'exclusion du Québec), 1994-2018	23

Pour nous joindre



Collaborateurs

Société canadienne du cancer

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

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Pour obtenir des renseignements sur les maladies chroniques, y compris le cancer, leurs déterminants, et leurs facteurs de risque et de protection au Canada, veuillez consulter le site canada.ca/fr/santépublique.html ou envoyer un courriel à phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca.

Statistique Canada

On peut obtenir des renseignements plus détaillés sur la méthodologie utilisée dans la présente publication en s'adressant au Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada, Ligne nationale de renseignements (1-800-263-1136), ou aux Services à la clientèle du Centre de données sur la santé de la population (statcan.hd-ds, statcan@canada.ca ou 613-951-1746).

Conseil canadien des registres du cancer

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

[Terre-Neuve et Labrador](#)

[Île-du-Prince-Édouard](#)

[Nouvelle-Écosse](#)

[Nouveau Brunswick](#)

[Québec](#)

[Ontario](#)

[Manitoba](#)

[Saskatchewan](#)

[Alberta](#)

[Colombie-Britannique](#)

[Nunavut](#)

[Territoires du Nord-Ouest](#)

[Yukon](#)

[Statistique Canada](#)

Conseil de la statistique de l'état civil du Canada

Les données sur la mortalité sont fournies à Statistique Canada par les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil pour former la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (BCDECD). Le système canadien de statistiques de l'état civil est régi par le Conseil de la statistique de l'état civil du Canada (CSECC) depuis 1945. Le CSECC est une collaboration entre les 13 registraires provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil et le gouvernement fédéral représenté par le Centre de données sur la santé de la population de Statistique Canada. Des renseignements détaillés sur le CSECC et la BCDECD se trouvent sur le site [Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès \(BCDECD\)](#).

Des questions sur le cancer?

Pour en savoir plus sur le cancer, appelez la ligne d'aide et d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

1-888-939-3333 du lundi au vendredi

cancer.ca



Société
canadienne
du cancer