

# Statistiques canadiennes sur le cancer

## 2023



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 sur le cancer fournies par les registres provinciaux et territoriaux du cancer au moyen du Registre canadien du cancer.

[cancer.ca/statistiques](https://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 2023. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2023.

Disponible à l'adresse : [cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2023-FR](https://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2023-FR) (consulté le [date]).

Novembre 2023

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](https://cancer.ca/statistiques). Visitez le site Web pour obtenir la version la plus récente de cette publication et des ressources supplémentaires, notamment les données supplémentaires et l'archive 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](mailto:stats@cancer.ca).

# Membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

---

## **Darren Brenner, Ph. D. (coprésident)**

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

## **Jennifer Gillis, Ph. D. (coprésidente)**

Surveillance, Société canadienne du cancer, Vancouver (Colombie-Britannique)

## **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 pédiatrie, 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.**

Analyses avancées du cancer, Cancer Care Alberta, Organisme de santé publique Alberta Health Services, Calgary, Alberta

## **Donna Turner, Ph. D.**

Oncologie de la population, CancerCare Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

## **Ryan Woods, Ph. D.**

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

## **Responsable analytique**

### **Larry Ellison, M. Sc.**

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

## **Analyses supplémentaires**

**Jean-Michel Billette, Ph. D.;** Statistique Canada

**Alain Demers, Ph. D.;** Agence de la santé publique du Canada

**JiaQi Leon Liu,** maîtrise en santé publique; Statistique Canada

**Shary Xinyu Zhang, M. Sc.;** Statistique Canada

## **Gestion de projet**

### **Monika Dixon**

Surveillance, Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

## **Remerciements**

Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer tient à remercier les personnes et les équipes suivantes pour l'aide qu'ils ont apportée à l'élaboration de cette publication :

**Chantalle Carbonell, B.H. Sc.;** Université de Calgary, Calgary (Alberta)

**Équipe responsable des politiques de santé;** Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

# Table des matières

---

## Sommaire

Nouvelles statistiques intéressantes ..... 8

## À propos de la publication

Objet et publics cibles ..... 9

Nouveautés ou faits intéressants ..... 10

## Chapitre 1

### Combien de personnes au Canada sont atteintes du cancer?

Principales constatations ..... 12

Probabilité de développer un cancer ..... 13

Nouveaux cas de cancer projetés en 2023 ..... 14

Incidence selon le sexe ..... 14

Incidence selon l'âge ..... 15

Incidence selon la région géographique ..... 17

Incidence au fil du temps ..... 21

Que signifient ces statistiques? ..... 25

## Chapitre 2

### Combien de personnes meurent du cancer au Canada?

Principales constatations ..... 37

Probabilité de mourir d'un cancer ..... 38

Prévisions des décès par cancer en 2023 ..... 38

Mortalité selon le sexe ..... 39

Mortalité selon l'âge ..... 40

Mortalité selon la région géographique ..... 42

Mortalité au fil du temps ..... 43

Que signifient ces statistiques? ..... 50

## Chapitre 3

### Quelle est la probabilité de survie au cancer au Canada?

Principales constatations ..... 61

Survie nette à cinq et dix ans ..... 62

Survie selon le sexe ..... 63

Survie selon l'âge ..... 64

Survie selon la région géographique ..... 64

Survie au fil du temps ..... 65

Survie nette conditionnelle ..... 68

Survie au cancer par stade au moment du diagnostic ..... 69

Que signifient ces statistiques? ..... 69

## Chapitre 4

### Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

Le cancer est la première cause de décès au Canada .....	76
Le cancer est une maladie complexe .....	77
Le cancer impose un fardeau économique considérable aux Canadiens et à la société canadienne .....	78
Le Canada se classe favorablement dans la lutte contre le cancer, mais il y a des points à améliorer .....	78
Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure .....	78
Comment les statistiques peuvent-elles contribuer à orienter la lutte contre le cancer? .....	83

## ANNEXE I

### Ressources connexes

Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer .....	88
Surveillance des maladies chroniques .....	90
Surveillance du cancer chez les enfants .....	90
Rendement du système de lutte contre le cancer .....	90
Prévention du cancer .....	90
Surveillance du cancer dans le monde .....	91

## ANNEXE II

### Sources des données et méthodologies

Résumé .....	92
Sources des données .....	93
Méthodologies .....	95
Problèmes liés aux données et à la méthodologie .....	101

**Index des tableaux et des figures** ..... 108

**Pour nous joindre** ..... 110

# Sommaire

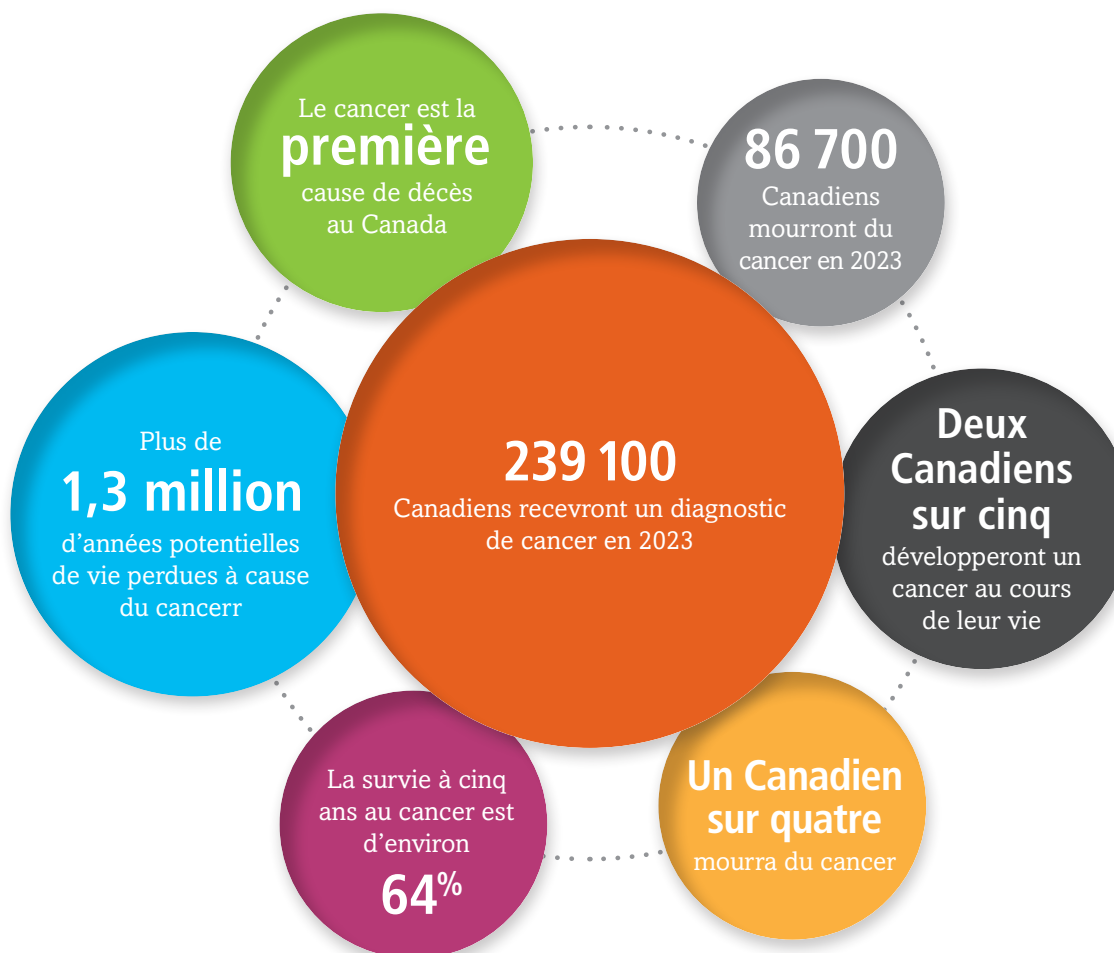
La publication Statistiques canadiennes sur le cancer présente des estimations exhaustives et à jour du fardeau du cancer au Canada.

Nous estimons qu'environ deux Canadiens sur cinq développeront un cancer au cours de leur vie et qu'environ un Canadien sur quatre en mourra.

- En 2023 seulement, on s'attend à ce que 239 100 Canadiens recevront un diagnostic de cancer et que 86 700 en mourront.
- Le cancer du poumon et des bronches (poumon), le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer colorectal représentent près de la moitié des nouveaux cas de cancer diagnostiqués.
- Le cancer est de loin la première cause de décès au Canada, avec une estimation de 1,3 million d'années potentielles de vie perdues en raison de décès prématurés dus au cancer entre 2018 et 2020.

Ces dernières années, les taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon et du cancer colorectal ont diminué de manière significative.

- Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer : il entraîne environ un décès par cancer sur quatre au Canada. Malgré cette forte incidence, nous avons observé au cours de la dernière décennie une baisse importante de l'incidence du cancer du poumon et des taux de mortalité chez les personnes de sexe masculin à la naissance (ci-après appelées « hommes ») et



chez les personnes de sexe féminin à la naissance (ci-après appelées « femmes »).

- De même, l'incidence du cancer colorectal et les taux de mortalité ont diminué tant chez les hommes que chez les femmes, en particulier ces dernières années. En fait, le taux d'incidence du cancer colorectal diminue aujourd'hui plus rapidement que celui de tout autre type de cancer.
- Grâce aux progrès réalisés dans la lutte contre le cancer du poumon, le cancer colorectal et d'autres cancers, les taux de mortalité par cancer ont diminué de 39 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes depuis le sommet atteint en 1988.

La survie au cancer a augmenté, mais elle varie considérablement selon le type de cancer et le stade au moment du diagnostic.

- Au début des années 1990, la survie nette à cinq ans, tous cancers confondus, n'était que de 55 %, mais des estimations récentes montrent qu'elle a atteint 64 %.
- La survie a également augmenté pour la plupart des types de cancer, les augmentations les plus importantes étant observées pour les cancers hématologiques.
- Cependant, la survie varie considérablement en fonction du type de cancer et du stade au moment du diagnostic. Les résultats récemment publiés par Statistique Canada(1) ont révélé que la survie diminuait avec l'augmentation du stade au moment du diagnostic. Par exemple, la survie nette estimée à cinq ans pour le cancer du sein féminin était de près de 100 % pour les femmes diagnostiquées au stade I, de 92 % pour le stade II, de 74 % pour le stade III et de 23 %

pour le stade IV. Pour le cancer du poumon, les estimations de survie étaient de 62 % pour les personnes diagnostiquées au stade I, 39 % au stade II, 16 % au stade III et seulement 3 % environ au stade IV.

Si plusieurs types de cancer ont connu des avancées notables, d'autres ont encore beaucoup de progrès à faire.

- Peu de progrès ont été réalisés dans la réduction du taux de mortalité par cancer du pancréas au cours des 20 dernières années, et le cancer du pancréas est la troisième cause de décès par cancer.
- Les cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques ont un faible taux de survie. Plus précisément, seulement 6 % des personnes diagnostiquées avec un cancer des voies biliaires intrahépatiques devraient vivre cinq ans après le diagnostic.
- L'augmentation récente du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus nous rappelle également que des efforts continus sont nécessaires pour garantir l'accès aux stratégies de prévention disponibles, comme le dépistage du cancer du col utérin et la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), et pour que ces stratégies soient adoptées.
- D'une manière générale, les résultats en matière de survie par stade nous rappellent que le dépistage précoce et le traitement efficace sont essentiels pour améliorer les résultats de toutes les personnes touchées par le cancer.

Les mesures de l'incidence du cancer au Canada sont essentielles pour un grand nombre de parties prenantes. Elles guident l'élaboration

et l'évaluation des politiques de santé, aident les décideurs à évaluer le type et la quantité de ressources de santé requises et à orienter les priorités de la recherche en matière de santé. Les données sont également essentielles pour orienter et évaluer les activités de prévention primaire et secondaire, et pour déterminer les répercussions de la détection précoce et des traitements sur l'évolution des cancers. Enfin, les statistiques peuvent être utiles pour établir les priorités des services afin d'aider les Canadiens atteints de cancer et leurs familles, qui pourraient avoir besoin de soutien à la fin de leur traitement.

L'effet de la pandémie de COVID-19 sur le diagnostic et la lutte contre le cancer est une question importante qui sera étudiée lorsque les données d'incidence seront disponibles pour 2020 et 2021. Cette publication est toutefois l'une des premières à inclure des données sur la mortalité jusqu'à la fin de 2020. Les dix premiers mois de la pandémie de COVID-19 ont eu une incidence limitée sur la mortalité spécifique au cancer. Cependant, l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur les efforts de lutte contre le cancer devrait avoir des effets à plus long terme sur des résultats comme la mortalité. Cette question est abordée plus en détail dans le [chapitre 4](#) et sera évaluée dans les années à venir.

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

## Nouvelles statistiques intéressantes

Comparativement à la dernière publication complète Statistiques canadiennes sur le cancer 2021, plusieurs nouvelles tendances se sont dégagées. En voici quelques-unes :

- De tous les types de cancer signalés, c'est le cancer colorectal dont le taux d'incidence diminue le plus rapidement. Toutefois, on s'attend encore à ce que 24 100 personnes reçoivent un diagnostic de cancer colorectal en 2023.
- Ces dernières années, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus a augmenté. Il s'agit de la première augmentation significative depuis 1984.
- On s'attend à ce qu'un peu plus de femmes (15 800) que d'hommes (15 300) reçoivent un diagnostic de cancer du poumon en 2023.
- Le taux de mortalité du cancer du poumon diminue au rythme le plus rapide jamais enregistré et plus rapidement que tout autre type de cancer. L'ampleur de la baisse est comparable entre les deux sexes. Toutefois, on s'attend encore à ce que 20 600 personnes meurent d'un cancer du poumon en 2023.

## Référence

1. Ellison LF, Saint-Jacques N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. 2023;34(1):3-15.



# À propos de la publication



Statistiques canadiennes sur le cancer 2023 est la plus récente publication d'une série inaugurée en 1987 pour décrire le fardeau du cancer au Canada. La publication a été produite dans le cadre d'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 de la surveillance du cancer et de l'épidémiologie sous la forme du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

## Objet et publics cibles

La présente publication fournit le résumé le plus récent des principaux indicateurs de surveillance au Canada. Elle comprend des renseignements détaillés sur l'incidence, la mortalité, la survie et d'autres mesures des effets du cancer pour certains types de cancer au Canada. Ces renseignements sont présentés selon le sexe à la naissance (ci-après « sexe »), le groupe d'âge, la région géographique et la période.

Ces statistiques sont produites à partir du Registre canadien du cancer (RCC),<sup>(1)</sup> l'un des systèmes nationaux de registres du cancer basés sur la population de la plus haute qualité au monde,<sup>(2)</sup> ainsi que de la Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès (BCDECD),<sup>(3)</sup> un recensement de tous les décès survenant au Canada chaque année. Ces renseignements de surveillance complets et fiables nous permettent de suivre de près les tendances relatives au cancer et de déterminer les secteurs où des

## Encadré 1 Utilisations possibles de ces statistiques

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

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

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

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

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

**Survie nette :** facilite les comparaisons entre les populations au fil du temps; utile pour faire le suivi des effets du dépistage précoce et du diagnostic et du traitement sur l'issue du cancer.

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

Mentionnons que la publication est la seule source d'estimations nationales de l'incidence et de la mortalité du cancer projetées pour l'année en cours (2023). L'objectif des projections

relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer est d'estimer les incidences sous-jacentes projetées du cancer jusqu'en 2023. Ainsi, les projections de l'incidence présentées dans la présente publication ne tiennent pas compte d'éventuels changements dans le diagnostic ou la lutte contre le cancer dus à la pandémie de COVID-19. Bien que les estimations projetées doivent être interprétées avec prudence (encadré 2), elles donnent un portrait plus à jour du fardeau du cancer au Canada que toute autre

information disponible, ce qui est important pour la planification des services de santé et l'affectation des ressources.

La présente publication est conçue pour aider les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs à prendre des décisions et à cerner les mesures prioritaires dans leurs domaines. Toutefois, l'information qui y est présentée est pertinente pour un public beaucoup plus vaste; elle peut être utile aux représentants des médias, aux éducateurs et aux membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

## Nouveautés ou faits intéressants

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

### 1. Statistiques actualisées sur l'incidence, la mortalité et la survie

Dans l'édition de 2021, les estimations de l'incidence ont été basées sur les données de 2017. Au moment de la présente publication, Statistique Canada a publié des données sur l'incidence du cancer jusqu'en 2019. Par conséquent, les projections d'incidence présentées dans cette publication sont basées sur des données allant jusqu'en 2019. (Les exceptions sont le Québec, où les données sur l'incidence du cancer soumises au Registre canadien du cancer allaient jusqu'en 2010 au moment de la publication, et la Nouvelle-Écosse, où les données sur l'incidence du cancer allaient jusqu'en 2018).

## Encadré 2 Projection du fardeau du cancer en 2023

**La présente publication vise à fournir les statistiques les plus à jour. Cependant, étant donné le temps qu'exigent la déclaration, la compilation, la vérification, l'analyse et la publication des données de surveillance, les données les plus récentes accusent un retard de plusieurs années par rapport à l'année de la publication. Pour cette publication, on a utilisé les données réelles sur l'incidence du cancer jusqu'en 2019 (sauf pour le Québec et la Nouvelle-Écosse, où les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010 et 2018, respectivement) et les données sur les décès par cancer jusqu'en 2020. Ces données historiques ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer et les décès par cancer jusqu'en 2023.**

**Important :** Les estimations projetées ne sont pas des prévisions exactes. Elles servent plutôt à donner une indication de ce à quoi on pourrait s'attendre si les hypothèses analytiques se confirmaient

au cours de la période projetée d'après les meilleures données disponibles.

Les projections présentées ici sont basées sur des données historiques validées (jusqu'en 2019) et reflètent les tendances sous-jacentes de l'incidence du cancer dans la population, et non les changements probables dans les modèles de diagnostic en raison de la COVID-19. Les projections de mortalité présentées ici sont également basées sur des données historiques de qualité et incluent des données jusqu'en 2020. La première année de la pandémie de COVID-19 a eu une incidence limitée sur la mortalité par cancer. On s'attend à ce que la COVID-19 ait eu une incidence sur le diagnostic du cancer et potentiellement sur les résultats du cancer au Canada, ce qui pourrait avoir des effets sur les données réelles en matière d'incidence et de mortalité pour 2020 et 2021. Ces incidences sont examinées plus en détail dans le [chapitre 4](#) et seront évaluées dans le cadre d'analyses ultérieures.

Ces données permettent d'examiner les tendances plus récentes de l'incidence du cancer au Canada, qui sont présentées dans le [chapitre 1](#).

De même, les estimations de la mortalité par cancer dans la publication de 2021 étaient basées sur des données allant jusqu'en 2018. Statistique Canada a récemment publié des données sur la mortalité par cancer jusqu'en 2020, ce qui a permis d'examiner les tendances plus récentes de la mortalité par cancer au Canada. Ces statistiques de mortalité actualisées

sont présentées en détail dans le [chapitre 2](#). Les projections de mortalité jusqu'en 2023 ont été basées sur les données de mortalité jusqu'en 2020.

Les données de survie figurant dans le [chapitre 3](#) sont basées sur les mêmes années de données que dans la publication de 2021 (jusqu'en 2017). Des estimations de survie ont été incluses pour un type de cancer nouvellement ajouté : les tissus mous (y compris le cœur). La définition du cancer

du foie a également été mise à jour pour inclure le cancer des voies biliaires intrahépatiques. Afin d'améliorer encore ce chapitre pour la publication de cette année, les résultats de la littérature canadienne récemment publiée sur la survie au cancer<sup>(4-6)</sup>, y compris l'indice de survie au cancer et la survie par stade ont été inclus.

## 2. Changement de la catégorie du cancer du foie

Le cancer des voies biliaires intrahépatiques – qui figurait auparavant dans la catégorie « tous les autres cancers » – est désormais inclus dans le cancer du foie, tant pour l'incidence que pour la mortalité. Notre définition du cancer du foie (y compris des voies biliaires intrahépatiques) est désormais comparable à la définition utilisée par d'autres agences internationales, d'autres pays et par la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer au Canada.

## 3. Nouvelle catégorie : tissus mous (y compris le cœur)

Après avoir examiné les données les plus récentes sur l'incidence réelle (nombre de cas), les tissus mous (y compris le cœur) comme type de cancer ont été inclus dans la présente publication. C'est la raison pour laquelle les tissus mous sont désormais inclus dans tous les tableaux et figures. En conséquence, les tissus mous (y compris le cœur) ont été retirés de la catégorie « tous les autres cancers ».

## Références

1. Statistique Canada. Registre canadien du cancer (RCC) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2023. Accès : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207) (consulté en avril 2023).
2. Centre international de recherche sur le cancer. Cancer Registries: Why, what and how? [en ligne]. Genève (Suisse) : Union for International Cancer Control. Accès : <https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC%20Cancer%20Registries-%20why%20what%20how.pdf> (consulté en avril 2023).
3. Statistique Canada. Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD) [en ligne]. Ottawa (Ontario); 2023. Accès : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=3233](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=3233) (consulté en avril 2023).
4. Ellison LF, Saint-Jacques N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. *Rapports sur la santé*. 2023;34(1):3-16.
5. Ellison LF. Mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer dans les provinces canadiennes : étendre l'indice de survie au cancer pour améliorer l'évaluation des efforts de lutte contre le cancer. *Rapports sur la santé*. 2022;33(6):18-31.
6. Ellison LF. 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; 15 septembre, 32(9).

## Chapitre 1

# Combien de personnes au Canada sont atteintes du cancer?

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



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

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

### Principales constatations

- Selon les estimations, 45 % des Canadiens recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie.
- 239 100 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2023. Le nombre de cas attendus chez les hommes (124 200) est plus élevé que chez les femmes (114 900).
- Ensemble, les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (cancer du poumon, cancer du sein, cancer de la prostate et cancer colorectal) devraient représenter 46 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2023.
- Le nombre de cas de cancer diagnostiqués chaque année a augmenté, principalement en raison de la croissance et du vieillissement de la population. Lorsque l'effet de l'âge et de la taille de la population est éliminé, le risque de cancer diminue.
- Globalement, les taux de cancer ont diminué de -1,2 % par an depuis 2011 pour les hommes et de -0,4 % par an depuis 2012 pour les femmes.
- Le taux de nouveaux cas de cancer augmente considérablement avec l'âge. On s'attend à ce que 93 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 87 % chez les femmes soient diagnostiqués chez les Canadiens âgés de 50 ans et plus.
- Le taux de mélanome (cancer de la peau) continue d'augmenter, bien qu'il s'agisse d'un cancer largement évitable.
- Ces dernières années, le taux de cancer du col de l'utérus a augmenté, bien qu'il s'agisse également d'un cancer évitable.
- En général, les taux d'incidence du cancer sont plus faibles dans les provinces de l'Ouest et les territoires, et plus élevés dans les provinces du Centre et de l'Est. La Nouvelle-Écosse devrait avoir le taux d'incidence le plus élevé du Canada, suivie de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Ontario.

## Probabilité de développer un cancer

La probabilité de développer un type particulier de cancer dépend de nombreux facteurs, dont l'âge, le sexe, les facteurs de risque et l'espérance de vie. La probabilité estimée de développer un cancer présentée ici reflète l'expérience moyenne des personnes au Canada et ne tient pas compte des différences individuelles et des facteurs de risque; elle ne doit donc pas être interprétée comme un risque individuel. Les chiffres présentés dans cette section indiquent la probabilité pour un Canadien à sa naissance de développer un cancer au cours de sa vie. Ces estimations sont basées uniquement sur la dernière année de données disponibles (c.-à-d. 2019 pour la présente publication, sauf la

Nouvelle-Écosse et le Québec) et peuvent donc varier d'une année à l'autre et d'une publication à l'autre.

- 45 % des Canadiens devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie (figure 1.1).
- La probabilité de développer un cancer est similaire pour les hommes (45 %) et les femmes (44 %).

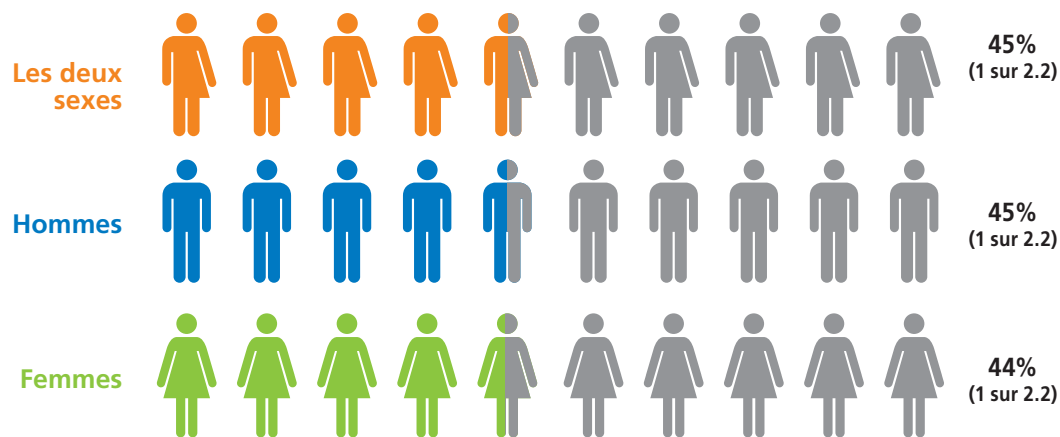
Comme le montre le [tableau 1.1](#), la probabilité de développer un cancer varie selon le type de cancer.

- Si nous tenons compte des hommes et des femmes ensemble, les Canadiens sont plus

susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon et des bronches que de tout autre cancer. On estime qu'un Canadien sur 14 (7 %) devrait recevoir un diagnostic de cancer du poumon au cours de sa vie.

- Un homme sur huit (12 %) devrait recevoir un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie.
- Une femme sur huit (13 %) devrait recevoir un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie.
- La probabilité à vie de développer un cancer du sein, un cancer de la prostate, un cancer colorectal ou un cancer du poumon au cours de sa vie reste élevée.

**FIGURE 1.1** Probabilité d'être atteint du cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse\*), 2019



### Probabilité de développer un cancer

Le risque de développer un cancer mesuré au cours de la vie. La probabilité de développer un cancer au cours de la vie est exprimée en pourcentage ou de risque (p. ex. 20 % ou une personne sur cinq).



En 2023, 27 Canadiens devraient recevoir un diagnostic de cancer toutes les heures.

\* Le Québec et la Nouvelle Écosse sont exclus car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 et en Nouvelle Écosse en 2019 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment où les analyses ont été faites.

**Nota :** La probabilité de développer un cancer est calculée en fonction des taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon l'âge et le sexe au Canada, à l'exclusion du Québec et de la Nouvelle Écosse, en 2019. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#). Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et base canadienne de données sur l'état civil – Décès à Statistique Canada

## Nouveaux cas de cancer projetés en 2023

Les données sur l'incidence du cancer utilisées pour la présente publication sont celles de 1984 à 2019 (1984 à 2018 pour la Nouvelle-Écosse et de 1984 à 2010 pour le Québec). Il s'agit des données les plus récentes disponibles au moment où les analyses ont commencé. Les données à partir de 1995 ont été utilisées pour projeter les taux et les dénombrements jusqu'en 2023 (à l'exception de la Nouvelle-Écosse, où les données à partir de 1994 ont été utilisées).

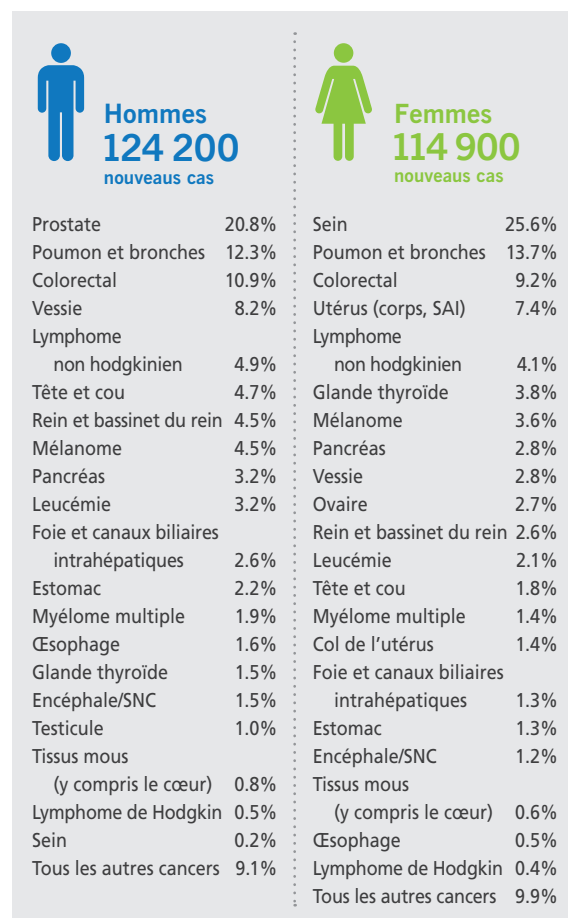
Selon les estimations, 239 100 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2023 (tableau 1.2).

- Le cancer du poumon devrait être le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada, avec un nombre de cas estimé à 31 000 en 2023. Il est suivi par le cancer du sein (29 700), le cancer de la prostate (25 900) et le cancer colorectal (24 100).
- Les quatre cancers les plus diagnostiqués devraient représenter environ la moitié (46 %) de tous les cancers diagnostiqués en 2023.



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

FIGURE 1.2 Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada\*, 2023



SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

\* Le Québec est inclus dans les cas, en raison de son importance dans la détermination du nombre total national projeté.

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer à Statistique Canada

## Incidence

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

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

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

## Incidence projetée

Les données réelles sur l'incidence du cancer étaient disponibles jusqu'en 2019 pour l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec (données disponibles jusqu'en 2010) et de la Nouvelle-Écosse (données disponibles jusqu'en 2018). Les données à partir de 1995 ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer jusqu'en 2023, à l'exception de la Nouvelle-Écosse où les données à partir de 1994 ont été utilisées.

## Incidence selon le sexe

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

- Plus d'hommes (124 200) que de femmes (114 900) risquent de recevoir un diagnostic de cancer en 2023.

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) chez les hommes (555,3 pour 100 000) devrait être supérieur d'environ 15 % à celui des femmes (481,2 pour 100 000).
- Un nombre légèrement plus élevé de femmes (15 800) que d'hommes (15 300) devrait recevoir un diagnostic de cancer du poumon.
- Le taux de diagnostic du cancer devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les types de cancer, à l'exception des cancers du sein et de la thyroïde.

La [figure 1.2](#) montre la répartition prévue des cas de cancer chez les hommes et les femmes en 2023.

- Chez les hommes, le cancer de la prostate devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué, représentant environ un cas sur cinq (21 %). Il est suivi par le cancer du poumon (12 %), le cancer

colorectal (11 %), le cancer de la vessie (8 %) et le lymphome non hodgkinien (5 %).

- Chez les femmes, le cancer du sein devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué, représentant environ un cas sur quatre (26 %). Il est suivi par le cancer du poumon (14 %), le cancer colorectal (9 %), le cancer de l'utérus (7 %) et le lymphome non hodgkinien (4 %).
- Les quatre cancers les plus couramment diagnostiqués devraient représenter environ 46 % de tous les cancers en 2023, soit le même pourcentage que dans *Statistiques canadiennes sur le cancer 2021*.

## Incidence selon l'âge

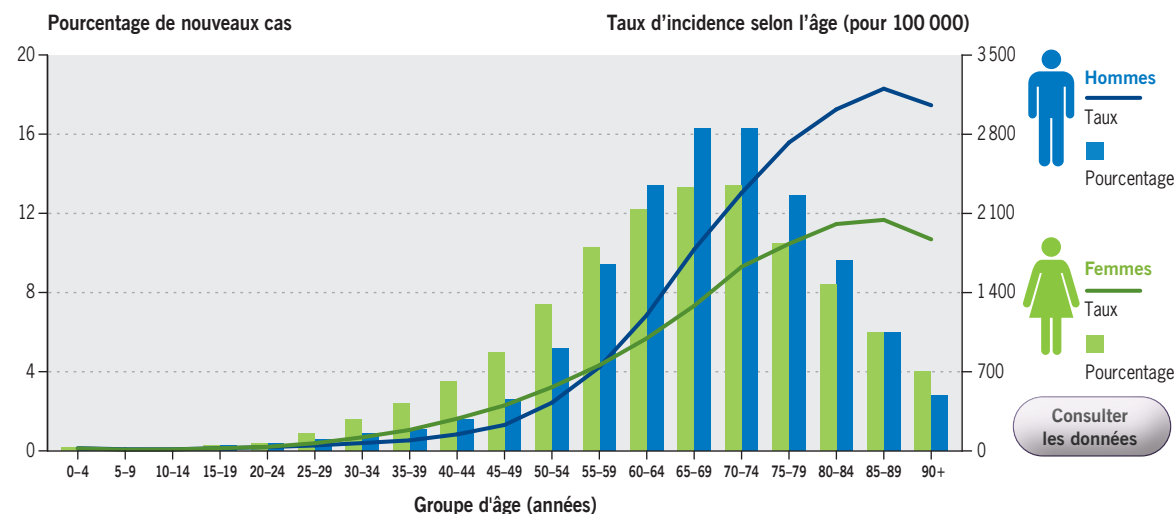
L'âge est le facteur de risque le plus important pour le cancer. La figure 1.3 montre l'augmentation spectaculaire des taux de cancer selon l'âge.

- Les taux de cancer atteignent leur maximum chez les hommes et les femmes âgés de 85 à 89 ans.
- Chez les hommes comme chez les femmes, le pourcentage le plus élevé de nouveaux cas de cancer est diagnostiqué entre 65 et 74 ans.
- Entre 15 et 59 ans, le taux de cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Dans tous les autres groupes d'âge, les taux sont plus élevés chez les hommes.

Le [tableau 1.3](#) présente le nombre projeté de cas par groupe d'âge en 2023.

- Neuf cancers sur 10 devraient être diagnostiqués chez les Canadiens âgés de 50 ans et plus.
- Parmi tous les cancers diagnostiqués, on prévoit que 3 950 cas (près de 2 %) seront diagnostiqués chez les enfants et les jeunes adultes (de 0 à 29 ans) et 154 700 cas (65 %) chez les personnes âgées (65 ans et plus).
- Presque tous les cancers du poumon et de la prostate (98 % pour les deux types de cancer) devraient toucher des personnes de 50 ans et plus.
- Plus de la moitié (54 %) des cas de cancer colorectal devraient se produire chez les Canadiens qui appartiennent à la tranche d'âge couverte par les lignes directrices sur le dépistage (50 à 74 ans)<sup>(1)</sup>. On s'attend à ce que 8 % des cas de cancer colorectal soient diagnostiqués chez des personnes âgées de moins de 50 ans.

**FIGURE 1.3** Pourcentage de nouveaux cas et taux d'incidence selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada (à l'exception du Québec\*), 2017-2019



\* Le Québec est exclu de 2017 à 2019 et la Nouvelle Écosse en 2019 car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 et en Nouvelle Écosse en 2019 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment où les analyses ont été faites.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Sources :** Registre canadien du cancer à Statistique Canada

- On s'attend à ce que 36 % des cas de cancer du sein soient diagnostiqués chez les femmes âgées de 30 à 59 ans, ce qui explique en partie pourquoi les taux globaux de cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans ce groupe d'âge.

La distribution des types de cancer varie selon l'âge. En général, les cancers embryonnaires et hématologiques sont plus fréquents chez les enfants, tandis que les tumeurs épithéliales sont plus fréquentes chez les adultes. Les cancers observés chez les adolescents et les jeunes adultes sont un mélange de tumeurs infantiles et adultes.

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

- Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la leucémie (35 %), suivie des cancers du système nerveux central (17 %), des lymphomes (14 %), des neuroblastomes et autres tumeurs des SNC (7 %), des tumeurs muqueuses (y compris le cœur) (7 %), des autres tumeurs épithéliales malignes (5 %), des tumeurs rénales (4 %), des tumeurs osseuses malignes (4 %), des tumeurs germinales† (4 %) et d'autres (3 %).

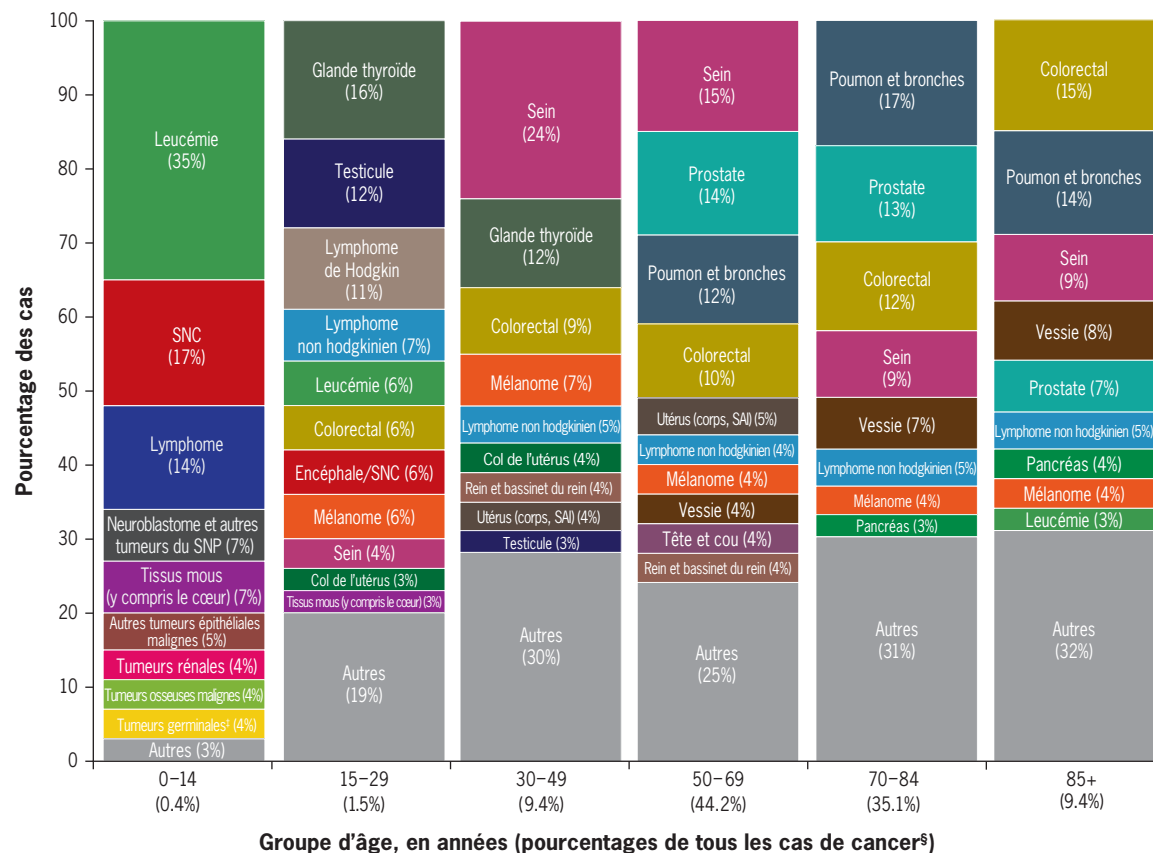


## Les types de cancers les plus souvent diagnostiqués varient selon le groupe d'âge.

SNC = système nerveux central

\*Le choix des cancers dans chacun des groupes d'âge est basé sur un pourcentage non arrondi d'au moins 3%. Étant donné que les pourcentages présentés dans le tableau sont arrondis, leurs sommes dans chacun des groupes ne s'additionnent pas nécessairement à 100%. Dans les publications précédentes, la valeur d'inclusion était de 2.5%.

FIGURE 1.4 Distribution des nouveaux cas de cancer de certains cancers\*, selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec†), 2015-2019



† Le Québec est exclu de 2015 à 2019 et la Nouvelle Écosse est exclue en 2019, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 et les cas diagnostiqués en Nouvelle Écosse en 2019 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment où les analyses ont été faites.

‡ Comprend également les tumeurs trophoblastiques et gonadiques.

§ Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de cas sur cinq ans (2015 à 2019) pour chaque groupe d'âge. Les cas âgés de 0 à 14 ans ne correspondant pas à un groupe principal de diagnostic du cancer chez l'enfant ont été exclus.

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

Les cancers diagnostiqués chez les personnes plus âgées ont été classés selon la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition (CIM-O-3). Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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



cellules nerveuses périphériques (7 %) et des tissus mous (7 %).

- Chez les jeunes et les jeunes adultes (âgés de 15 à 29 ans), les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la thyroïde (16 %), les testicules (12 %), le lymphome hodgkinien (11 %) et le lymphome non hodgkinien (7 %).
- Chez les Canadiens âgés de 30 à 49 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient

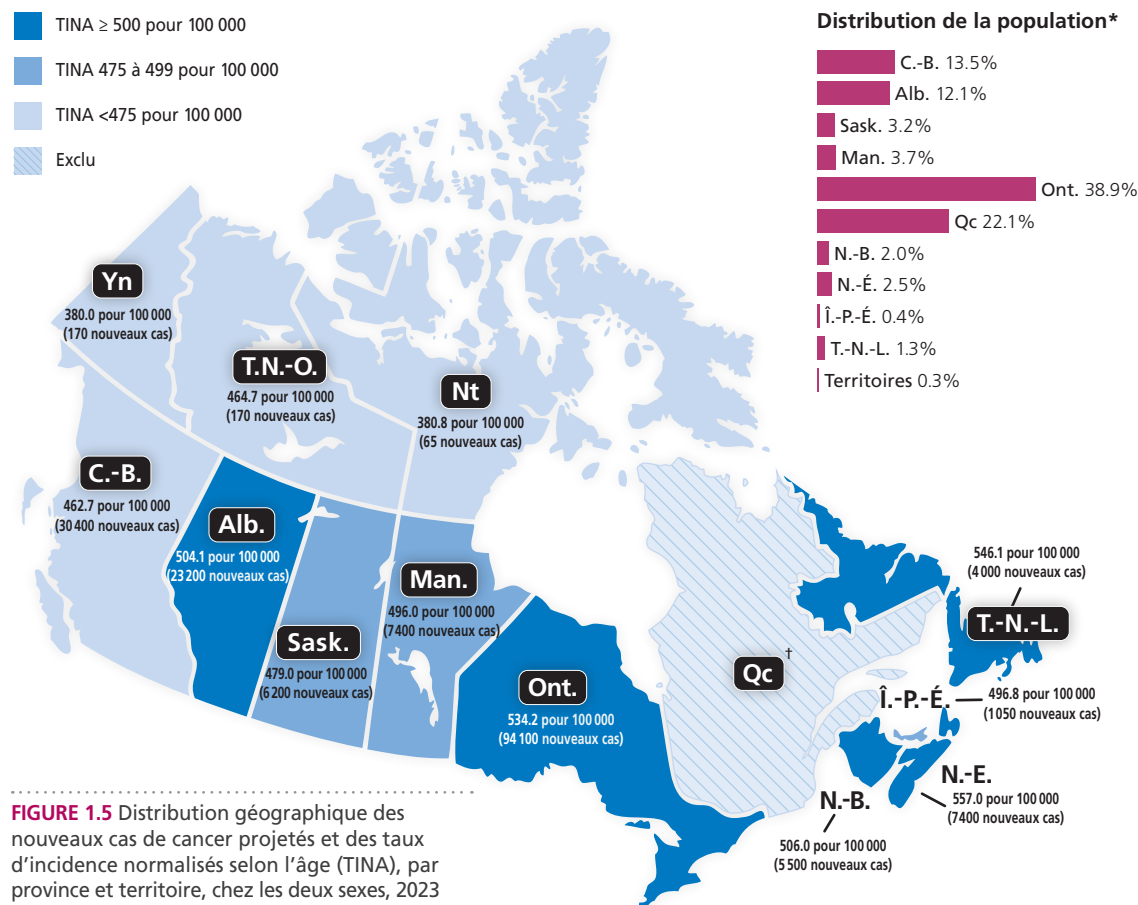
le cancer du sein (24 %), le cancer de la glande thyroïde (12 %), le cancer colorectal (9 %) et le mélanome (7 %).

- Entre 50 et 84 ans, les cancers du poumon, du sein, de la prostate et colorectal étaient les plus fréquemment diagnostiqués. Chez les personnes âgées de 85 ans et plus, le cancer de la vessie est supérieur au cancer de la prostate, le quatrième cancer le plus fréquemment diagnostiqué.

## Incidence selon la région géographique

La figure 1.5 montre la distribution prévue du cancer dans l'ensemble du Canada en 2023. Les estimations pour le Québec n'ont pas été incluses parce qu'une approche de projection différente a été utilisée pour le Québec, ce qui signifie que ces taux ne sont pas comparables aux autres.

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



**FIGURE 1.5** Distribution géographique des nouveaux cas de cancer projetés et des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), par province et territoire, chez les deux sexes, 2023

- En général, il est estimé que les taux d'incidence du cancer pour 2023 soient les plus élevés dans l'Est et le Centre du Canada. Pour les deux sexes combinés, la Nouvelle-Écosse devrait avoir le TINA le plus élevé en 2023, suivie de près par Terre-Neuve-et-Labrador.

Les projections du TINA (tableau 1.4) et du nombre de nouveaux cas (tableau 1.5) par type de cancer pour chaque province et territoire montrent qu'il existe des différences d'incidence partout au Canada.

On s'attend à ce que la Nouvelle-Écosse affiche le plus haut TINA chez les hommes (616,3 pour 100 000) et Terre-Neuve-et-Labrador le taux le plus élevé chez les femmes (536,7 pour 100 000).

- Pour les hommes et les femmes, les taux les plus élevés de cancer colorectal sont prévus à Terre-Neuve-et-Labrador (100,8 pour 100 000 et 66,3 pour 100 000, respectivement), tandis que les taux les plus élevés de cancer du poumon pour les hommes et les femmes sont prévus en Nouvelle-Écosse (81,7 pour 100 000 et 75,4 pour 100 000, respectivement).
- On s'attend à ce que les taux de cancer de la prostate dans l'ensemble du pays varient d'un minimum de 106,4 pour 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador à un maximum de 138,2 pour 100 000 habitants en Alberta.
- Les taux de cancer du sein chez les femmes devraient être les plus bas au Nouveau-Brunswick (116,8 pour 100 000) et les plus élevés en Alberta (141,0 pour 100 000).

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

Fait important, ces estimations ne comprennent pas de mesure de précision, comme les intervalles de confiance ou les valeurs p, de sorte que nous ne pouvons déterminer si les différences déclarées sont statistiquement significatives. De plus, les estimations des provinces moins peuplées et des territoires doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent varier considérablement d'une année à l'autre.

### Variation annuelle en pourcentage (VAP)

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

### Année de référence

L'année correspondant à la première année du segment de la VAP.

### Signification statistique

Désigne un résultat dont il est peu probable qu'il soit le fruit du hasard, en supposant qu'il n'y avait pas d'autres sources de biais, étant donné un seuil prédéterminé (p. ex., moins d'une fois sur 20, qui s'exprime comme  $p < 0,05$ ).

### Limites de confiance (LC)

Valeurs supérieure et inférieure d'un intervalle (intervalle de confiance) qui donne une indication de la précision d'une estimation. Les intervalles de confiance sont habituellement de 95 %. Cela signifie qu'en cas d'échantillonnage répété pour une étude, et en supposant qu'il n'y ait pas d'autres sources de biais, 95 % des intervalles de confiance résultants contiendraient la vraie valeur de la statistique estimée.

## Incidence au fil du temps

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

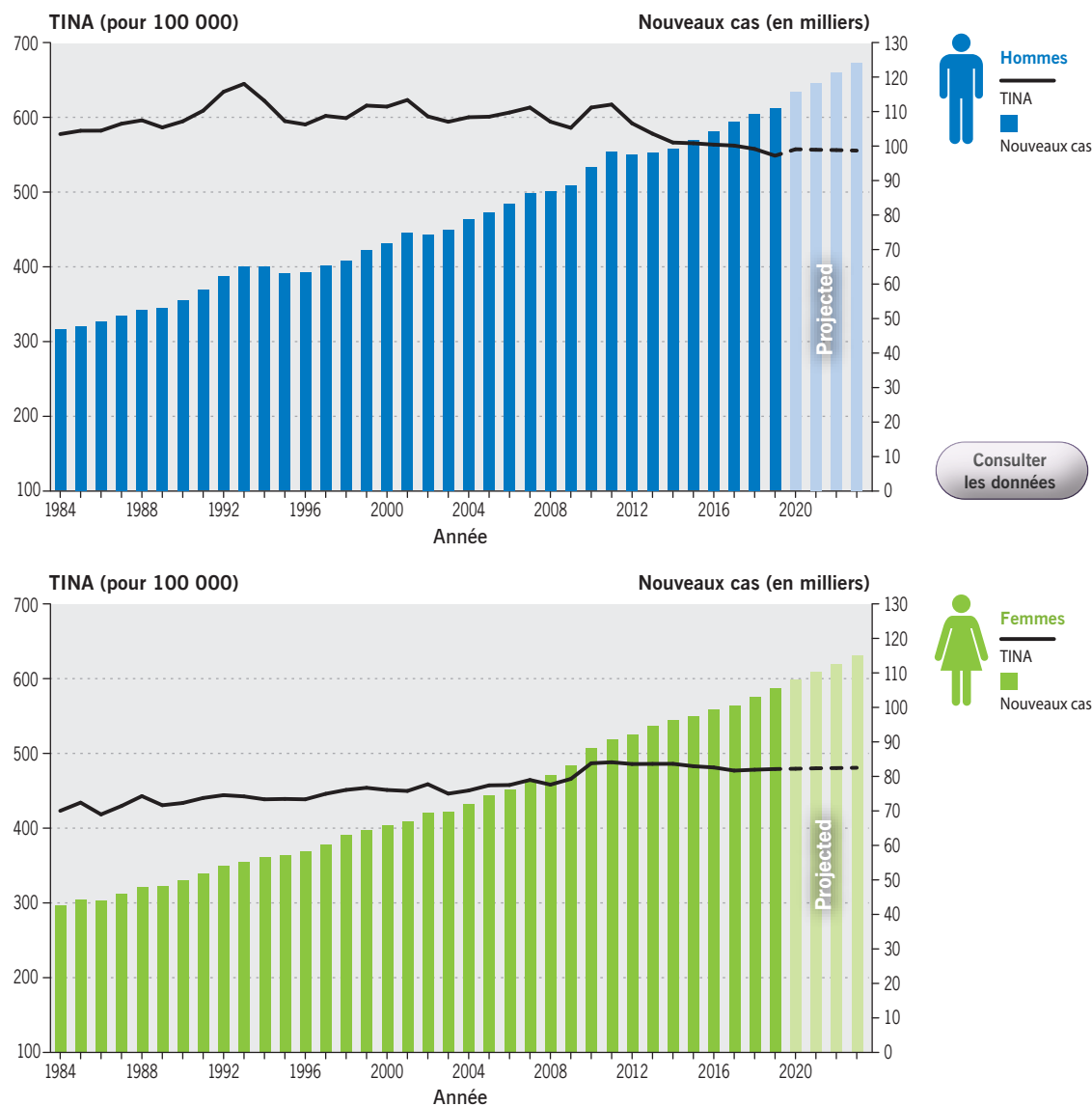
La [figure 1.6](#) montre les nombres et les taux pour tous les cancers confondus, selon le sexe.

- En 1984, le TINA pour tous les cancers combinés chez les hommes était de 577,4 pour 100 000 et devrait être de 555,3 pour 100 000 en 2023, ce qui représente une diminution de 3,8 %. Pour les femmes, il était de 423,6 en 1984 et devrait être de 481,2 pour 100 000 en 2023, soit une augmentation de 13,6 %.
- Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année a augmenté régulièrement, passant de 46 700 en 1984 à 124 200 prévus en 2023 chez les hommes (soit une augmentation de 164 %), et de 42 500 à 114 900 prévus chez les femmes (soit une augmentation de 170 %). L'augmentation constante du nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année est principalement attribuable à la croissance et au vieillissement de la population canadienne.<sup>(2-4)</sup>

\* Le Québec est inclus dans les cas, en raison de son importance dans la détermination du nombre total national projeté. Le Québec est exclu des taux, parce qu'une méthode de projection différente de celle des autres régions a été utilisée pour cette province. Pour la Nouvelle Écosse, les cas sont inclus dans les totaux pour 2019 mais exclus des taux.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour la Nouvelle Écosse (dernière année 2018) et le Québec (dernière année 2010), pour lesquelles les données n'avaient pas encore été soumises au Registre canadien des cancers lors de l'analyse des données. Les estimés pour 2020 à 2023 sont projetés. Pour plus de détails, consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

FIGURE 1.6 Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers, Canada\*, 1984-2023



**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

- L'écart entre les taux de cancer chez les hommes et les femmes s'est réduit, en particulier depuis 2010. Cela est attribuable en partie à la diminution des taux de certains cancers chez les hommes, notamment les cancers du poumon et de la prostate, et à l'augmentation des taux de certains cancers chez les femmes, notamment le cancer du poumon.

## Tendances récentes

Le [tableau 1.6](#) fournit des détails sur les tendances entre 1984 et 2019 pour chaque type de cancer, selon le sexe, mesurées par variation annuelle en pourcentage (VAP). Le [tableau 1.7](#) présente les tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées à la [figure 1.7](#).

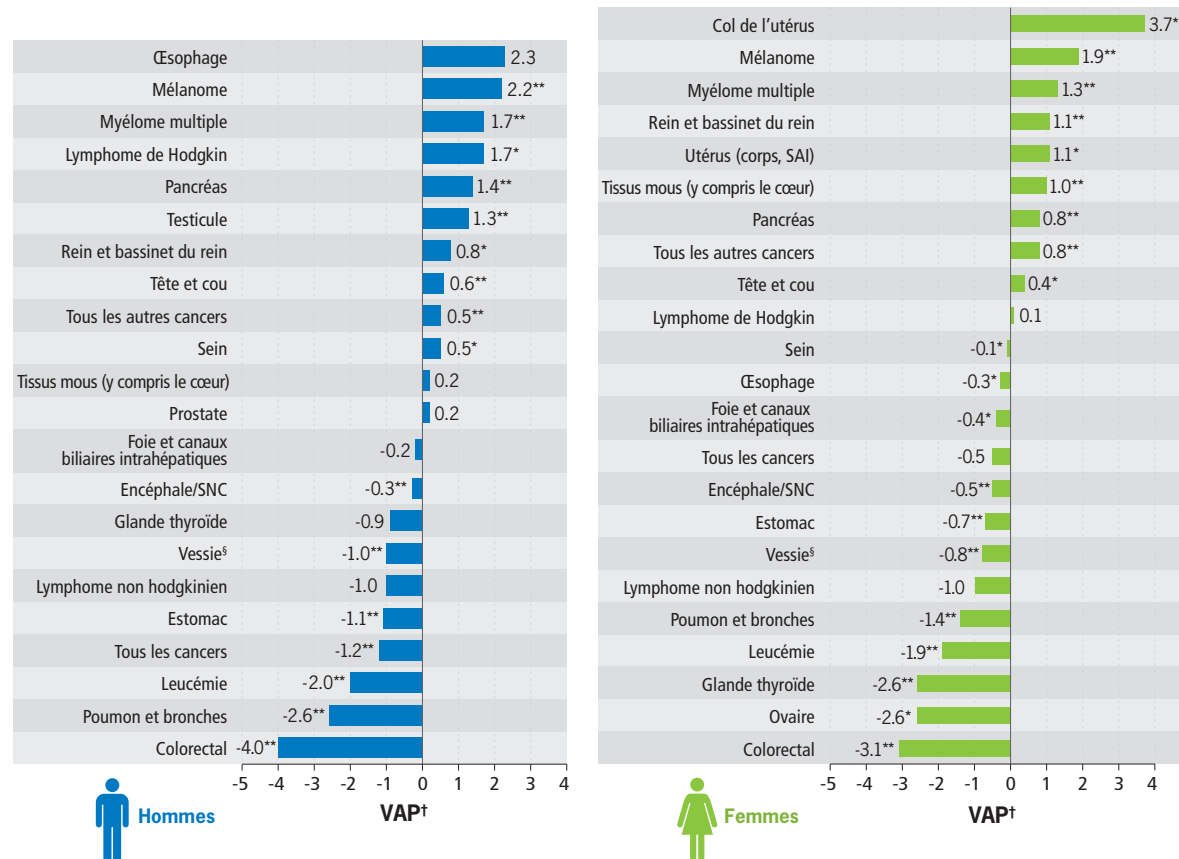
- Chez les hommes, les baisses significatives les plus importantes concernaient le cancer colorectal (-4,0 % par an depuis 2014), le cancer du poumon (-2,6 % par an depuis 2012) et la leucémie (-2,0 % par an depuis 2011).
- Chez les femmes, les baisses significatives les plus importantes concernaient les cancers colorectaux (-3,1 % par an depuis 2014), les cancers de l'ovaire (-2,6 % par an depuis 2014) et de la thyroïde (-2,6 % par an depuis 2012).
- L'augmentation significative la plus importante chez les hommes a été observée pour le mélanome (2,2 % par an depuis 1984). Chez les femmes, c'est le cancer du col de l'utérus qui a le plus augmenté (3,7 % par an depuis 2015).

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

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

**FIGURE 1.7** Variation annuelle en pourcentage (VAP)<sup>†</sup> la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec<sup>‡</sup>), 1984-2019



† La VAP a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Si un ou plusieurs changements importants dans la tendance des taux ont été détectés, la VAP tient compte de la tendance du changement important le plus récent (année de référence) à 2019. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2019). Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

‡ Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2019 excluent également les cas diagnostiqués en Nouvelle Écosse car ces cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses.

§ L'analyse des tendances pour le cancer de la vessie a été effectuée à l'aide du modèle de saut du programme de régression JoinPoint afin de tenir compte du changement artificiel dans le dénombrement des cancers introduit en 2010 lorsque l'Ontario a commencé à inclure les carcinomes *in situ* de la vessie dans sa collecte de données. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

**Nota :** L'année de référence pour chaque cancer figure dans le [tableau 1.7](#). Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

- Entre 2005 et 2013, le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques a connu une forte augmentation dans les deux sexes. Toutefois, depuis 2013, cette tendance s'est stabilisée (-0,2 % par an).

## Tendances à long terme

Les tendances à long terme fournissent un contexte supplémentaire pour comprendre les réalisations et les défis liés à la réduction de l'incidence du cancer. Le [tableau 1.6](#) présente les tendances des taux d'incidence entre 1984 et 2019 de tous les cancers et par type de cancer.

La tendance pour tous les cancers combinés chez les hommes a augmenté lentement jusqu'au début des années 1990 (0,9 % par an) et s'est ensuite stabilisée (-0,1 % par an). Depuis 2011, le taux a diminué de -1,2 % par an.

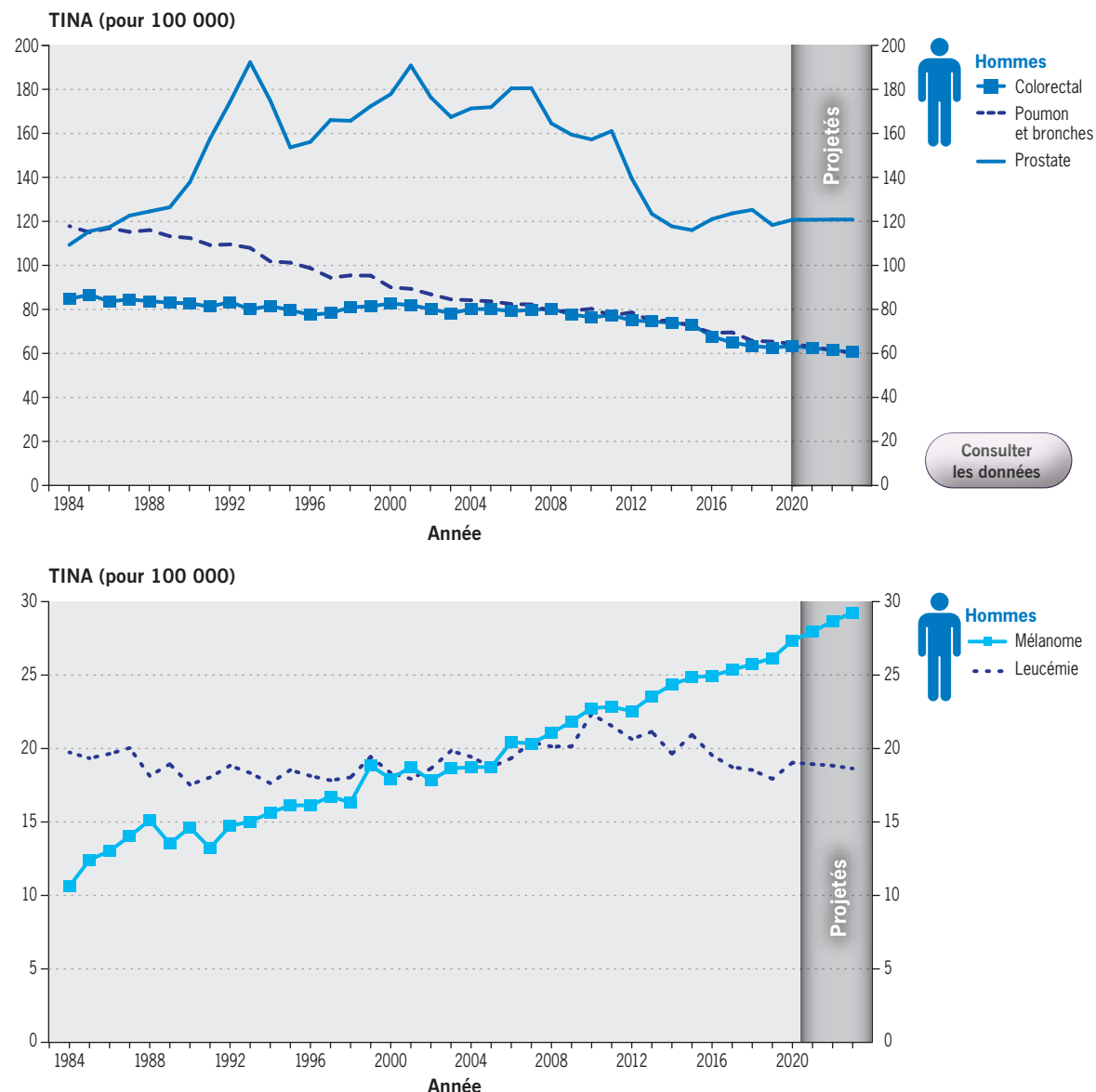
- La tendance pour tous les cancers combinés chez les femmes a augmenté lentement entre 1984 et 2007 (0,3 % par an), puis plus fortement entre 2007 et 2012 (1,3 % par an). Depuis 2012, le taux a légèrement diminué chez les femmes (-0,4 % par an).

\* Les trois cancers les plus fréquemment diagnostiqués chez les hommes et les cancers dont le taux d'incidence a connu une variation statistiquement significative d'au moins 2 % par an, mesurée par la variation annuelle en pourcentage la plus récente (voir le [tableau 1.7](#)).

† Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2019 de la Nouvelle Écosse sont exclues car les cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour la Nouvelle Écosse et le Québec. Les estimés pour 2020 à 2023 sont projetés. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**FIGURE 1.8** Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains\* cancers, hommes, Canada (à l'exception du Québec<sup>†</sup>), 1984-2023



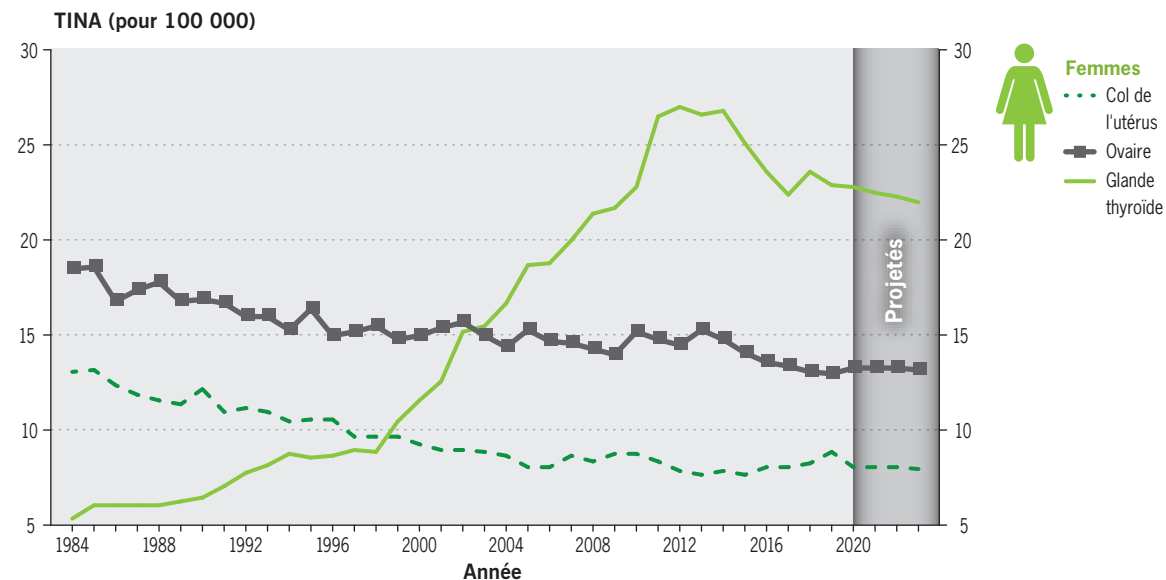
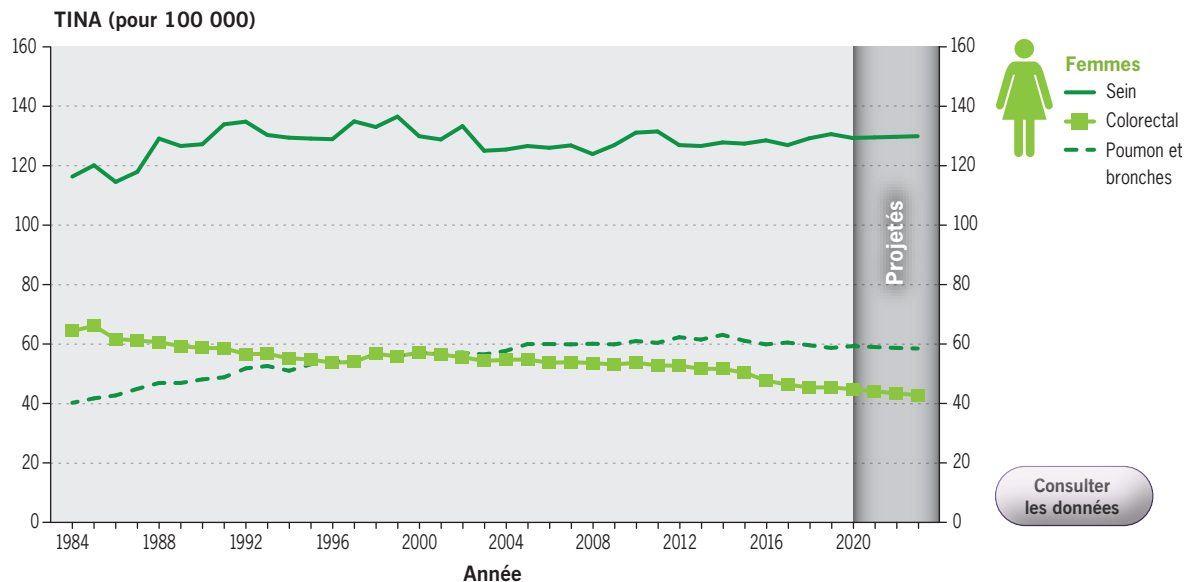
**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

Les figures 1.8 et 1.9 montrent le TINA au fil du temps (projeté jusqu'en 2023) pour les cancers les plus courants au Canada et les cancers qui ont connu une variation statistiquement significative de la VAP d'au moins 2 % dans la tendance la plus récente : mélanome et leucémie chez les hommes, et cancers du col de l'utérus, de l'ovaire et de la thyroïde chez les femmes.

Une brève discussion des tendances (fondées sur le tableau 1.6) pour chacun de ces cancers importants est présentée ci-dessous. La liste ne comprend pas le cancer de l'œsophage, malgré une VAP de 2,3 % depuis 2015 chez les hommes, car la tendance n'est pas statistiquement significative.

FIGURE 1.9 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains\* cancers, femmes, Canada (à l'exception du Québec†), de 1984-2023



\* Les trois cancers les plus fréquemment diagnostiqués chez les femmes et les cancers dont le taux d'incidence a connu une variation statistiquement significative d'au moins 2 % par an, mesurée par la variation annuelle en pourcentage la plus récente (voir le tableau 1.7).

† Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2019 de la Nouvelle Écosse sont exclues car les cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour la Nouvelle Écosse et le Québec. Les estimés pour 2020 à 2023 sont projetés. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

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

Sources : Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

## Cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon)

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon a diminué depuis 1990. Pour les périodes 1990-2003 et 2003-2012, le taux a diminué respectivement de -2,2 % et de -1,0 % par an. Depuis 2012, le taux d'incidence du cancer du poumon affiche une baisse plus marquée, avec une diminution de -2,6 % par an. En 2023, le taux d'incidence normalisé selon l'âge chez les hommes devrait être inférieur de 49 % à ce qu'il était lors de son pic en 1984. Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté de manière significative entre 1984 et 1988 (4,0 % par an). L'augmentation s'est poursuivie, mais plus lentement, de 1988 à 1998 (1,8 % par an) et de 1998 à 2014 (0,7 % par an). Depuis 2014, le taux a diminué de -1,4 % par an.

Les différences dans les tendances des taux de cancer du poumon chez les hommes et les femmes correspondent aux différences passées relativement au tabagisme, qui est le principal facteur de risque de ce cancer<sup>(5)</sup>. Chez les hommes, la prévalence des fumeurs quotidiens a commencé à diminuer au milieu des années 1960 au Canada, soit quelque vingt ans avant la diminution de l'incidence du cancer du poumon<sup>(6)</sup>. Chez les femmes, la baisse du tabagisme n'a été observée qu'au milieu des années 1980. Par conséquent, les taux de cancer du poumon chez les femmes n'ont commencé à diminuer que plus récemment. Ces résultats sont similaires à ceux observés aux États-Unis<sup>(7)</sup>.

Des efforts de lutte contre le tabagisme sont encore nécessaires pour réduire davantage l'incidence du cancer du poumon<sup>(8,9)</sup>, car environ 2,5 millions de personnes au Canada (8 %) continuent de fumer du tabac quotidiennement<sup>(10)</sup>. En outre, on craint de plus

en plus que le vapotage et l'utilisation de la cigarette électronique n'augmentent également le risque de cancer du poumon, bien qu'il n'existe pas encore de données définitives<sup>(11)</sup>. Les dispositifs de cigarette électronique et les liquides de vapotage contiennent des cancérogènes certains et probables, notamment des dérivés de la nicotine, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des métaux lourds et des composés organiques complexes comme les aldéhydes<sup>(11)</sup>. L'utilisation de la cigarette électronique et du vapotage est particulièrement populaire parmi les jeunes cohortes, ce qui suscite des inquiétudes pour l'avenir<sup>(12)</sup>. Parmi les jeunes (c.-à-d. les personnes âgées de 15 à 19 ans) en 2020, la prévalence du tabagisme était de 3 %, tandis que celle du vapotage était de 35 % au cours des 30 derniers jours de 14 %<sup>(10)</sup>.

## Cancer du sein (chez les femmes)

Au Canada, le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes a augmenté de 1,9 % par an entre 1984 et 1991. Depuis lors, il a enregistré une baisse légère, mais statistiquement significative de -0,1 % par an. La tendance au Canada est stable depuis près de 30 ans, ce qui contraste avec les tendances internationales récentes. Par exemple, les États-Unis affichent une augmentation faible, mais significative de 0,5 % par an des taux de cancer du sein entre 2014 et 2018<sup>(13,14)</sup>. Des augmentations similaires ont été observées ces dernières années dans plusieurs autres régions du monde. L'augmentation touche tous les groupes d'âge et se maintient dans la plupart des régions, même après ajustement des taux de fécondité<sup>(15)</sup>. Bien que les facteurs à l'origine des récentes tendances à la hausse n'aient pas encore été déterminés, la recherche suggère que l'obésité, la consommation d'alcool et l'âge plus avancé au moment du premier accouchement pourraient être responsables de l'augmentation de l'incidence aux États-Unis<sup>(13)</sup>.

## Cancer colorectal

En moyenne, les taux d'incidence du cancer colorectal ont diminué de -1,0 % par an entre 1984 et 2019 pour les deux sexes confondus. Les taux ont légèrement fluctué au fil du temps. Toutefois, un net recul peut être observé ces dernières années. En effet, depuis 2014, les taux d'incidence du cancer colorectal ont diminué de -4,0 % par an chez les hommes et de -3,1 % par an chez les femmes. Actuellement au Canada, le taux d'incidence du cancer colorectal est celui qui diminue le plus rapidement. La baisse récente des taux de cancer colorectal est probablement due en partie à l'augmentation du dépistage de la maladie, qui permet de détecter les polypes précancéreux traitables et de réduire l'incidence du cancer. Entre 2007 et 2016, le Yukon et toutes les provinces du Canada (à l'exception du Québec) ont mis en place des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal<sup>(16,17)</sup>. Toutefois, la baisse des taux d'incidence du cancer colorectal pourrait se limiter aux adultes plus âgés, qui sont admissibles au dépistage. Les taux d'incidence seraient en augmentation chez les adultes de moins de 50 ans au Canada<sup>(18,19)</sup>, aux États-Unis<sup>(20)</sup> et dans plusieurs autres pays à revenu élevé<sup>(21)</sup>.



L'incidence du cancer colorectal diminue plus rapidement que pour tout autre cancer au Canada.

## Cancer de la prostate

Le taux d'incidence du cancer de la prostate a augmenté rapidement de 1984 à 1993 (5,6 % par an), s'est stabilisé, puis a diminué fortement de 2008 à 2014 (-6,1 % par an) avant de se stabiliser de nouveau. Le taux d'incidence a atteint son maximum au milieu des années 1990 et au début des années 2000, ce qui correspond à l'intensification de l'utilisation du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) au Canada<sup>(22)</sup>. Le groupe américain US Preventive Services Task Force a déconseillé le dépistage de l'APS chez les hommes de plus de 75 ans en 2008, puis chez les hommes asymptomatiques de tous âges en 2011. Le Canada a publié des directives similaires en 2014<sup>(23,24)</sup>. Le déclin considérable du cancer de la prostate suite à ces changements dans les directives sur le test de l'APS a également été rapporté aux États-Unis<sup>(7,25)</sup>.

## Cancer du col de l'utérus

Après un déclin de 30 ans, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus augmente de 3,7 % par an depuis 2015. Le cancer du col de l'utérus est aujourd'hui le cancer qui augmente le plus rapidement chez les femmes. Des augmentations similaires sont également signalées dans plusieurs autres pays, dont le Japon, l'Italie, le Royaume-Uni, la Finlande, l'Estonie, la Suède, les Pays-Bas, l'Islande, le Danemark, l'Irlande, le Belarus, l'Australie, la Norvège, la Turquie, les États-Unis et la Chine<sup>(26,27)</sup>. Les moteurs de ces tendances sont multifactoriels et diffèrent selon les âges, les cohortes et les populations. Cette tendance à la hausse a été associée à une participation sous-optimale au dépistage, notamment un dépistage moins intensif ces dernières années, une couverture plus faible chez les jeunes femmes et un manque de suivi après le dépistage, ainsi qu'une prévalence plus élevée du virus du

papillome humain (VPH) en raison de l'évolution des pratiques sexuelles et d'une couverture sous-optimale de la vaccination contre le VPH<sup>(26,27)</sup>. La réussite des programmes de dépistage organisés et la participation à la vaccination contre le VPH sont essentielles pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. Toutefois, l'adhésion aux lignes directrices en matière de dépistage varie considérablement d'un pays à l'autre et la vaccination contre le VPH dans le cadre de programmes scolaires financés par l'État dans la majeure partie du Canada reste sous-optimale<sup>(28)</sup>.

## Leucémie

Les tendances du taux d'incidence de la leucémie ont varié au cours de la période de 1984 à 2019. Chez les hommes, le taux d'incidence de la leucémie a diminué de -0,8 % par an jusqu'en 1997, a augmenté de 1,4 % par an jusqu'en 2011, et a depuis diminué de -2,0 % par an. Chez les femmes, le taux de diminution modeste observé jusqu'en 2001 (-0,3 % par an) a été suivi d'une augmentation annuelle de 2,2 % jusqu'en 2010. Plus récemment, le taux a diminué de -1,9 % par an. Une tendance similaire du taux d'incidence de la leucémie a été signalée aux États-Unis<sup>(29)</sup> et dans le monde entier entre 1990 et 2017, bien que le taux de déclin varie selon les pays et les sous-types de leucémie<sup>(30,31)</sup>. Par exemple, l'incidence de tous les types de leucémie a diminué en Australie, alors que la plupart des pays ont connu une augmentation de la leucémie lymphocytaire chronique (LLC) et de la leucémie myéloïde aiguë (LMA)<sup>(32)</sup>. Les facteurs à l'origine des tendances de l'incidence de la leucémie ne sont pas bien compris, bien que certains suggèrent que des changements dans l'exposition environnementale aux agents cancérigènes (p. ex. benzène et radon), dans le mode de vie

(p. ex. tabagisme) et dans les comportements des parents (p. ex. consommation de folate avant la conception et pendant la grossesse) pourraient être en jeu<sup>(30,33)</sup>.

## Mélanome

Entre 1984 et 2019, le taux d'incidence du mélanome a augmenté en moyenne de 2,2 % par an chez les hommes. Chez les femmes, le taux d'incidence était stable entre 1984 et 1993, mais il a augmenté depuis lors de 1,9 % par an en moyenne. Des tendances similaires sont observées aux États-Unis<sup>(34)</sup> et dans le monde entier<sup>(35,36)</sup>. Actuellement, le mélanome a connu l'une des croissances les plus rapides de l'incidence parmi les cancers dans les pays développés<sup>(35,36)</sup>. L'exposition aux rayons ultraviolets (UV) du soleil, les lits de bronzage, les cabines de bronzage ou les lampes solaires est un facteur de risque bien établi pour le mélanome<sup>(37,38)</sup>. L'augmentation passée de l'exposition au soleil sans protection solaire adéquate explique probablement la hausse continue des taux de mélanome<sup>(39)</sup>. Une étude récente a révélé des variations géographiques notables dans l'incidence du mélanome et les taux de mortalité au Canada, où la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, le sud de l'Ontario, la Colombie-Britannique et certaines communautés côtières du Nouveau-Brunswick ont affiché une incidence et une mortalité plus élevées<sup>(40,41)</sup>. Dans cette étude, les chercheurs canadiens ont noté que les programmes visant à réduire l'exposition aux rayons UV se sont avérés efficaces pour freiner l'augmentation du cancer de la peau par mélanome en Australie, un pays où le taux de mélanome est l'un des plus élevés au monde. <sup>(41-43)</sup>



## Cancer de l’ovaire

Le taux d’incidence du cancer de l’ovaire a diminué (-1,5 % par an) entre 1984 et 1996, puis s’est stabilisé jusqu’en 2014. Depuis, il diminue rapidement (-2,6 % par an). En 2023, le TINA devrait être inférieur de 29 % à celui de 1984. Une baisse similaire a également été signalée dans la plupart des pays d’Europe, d’Amérique du Nord et d’Amérique du Sud<sup>(44,45)</sup>. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette tendance générale favorable, notamment des changements dans les facteurs de risque liés à la reproduction et à la protection, comme l’utilisation accrue de contraceptifs oraux et de dispositifs intra-utérins<sup>(46,47)</sup>, et la diminution de la prévalence du tabagisme, ainsi que des changements dans la classification des maladies (p. ex., depuis 2000, les néoplasmes ovariens ayant un potentiel de malignité limite ou faible ne sont plus considérés comme des tumeurs malignes)<sup>(44,48,49)</sup>. Cependant, alors que les tendances mondiales globales sont à la baisse, le cancer de l’ovaire augmente chez les jeunes femmes dans certains pays<sup>(45)</sup>. La prévalence croissante de l’obésité, du syndrome métabolique, de l’exposition aux œstrogènes et de la nulliparité chez les jeunes femmes pourrait faire augmenter le taux dans certains pays<sup>(45)</sup>.

## Cancer de la glande thyroïde

Les taux de cancer de la glande thyroïde ont augmenté rapidement chez les hommes entre 1984 et 2013, et encore plus chez les femmes entre 1984 et 2012. Les taux se sont depuis stabilisés chez les hommes, mais ils ont diminué de -2,6 % par an chez les femmes depuis 2012. Ces tendances reflètent étroitement celles observées aux États-Unis et dans le monde<sup>(50)</sup>. Les augmentations antérieures de l’incidence ont été largement attribuées au surdiagnostic résultant de l’examen de plus en plus minutieux

de la glande thyroïde grâce à des technologies de diagnostic améliorées telles que l’échographie et la ponction à l’aiguille fine<sup>(50,51)</sup>. Le surdiagnostic peut se produire lorsqu’un cancer est détecté alors qu’il n’entraînerait pas nécessairement une diminution de la qualité de vie ou la mort et qu’il n’aurait pas été diagnostiqué au cours de la vie d’une personne en l’absence de tests. De nombreux rapports ont trouvé des preuves à l’appui de l’hypothèse du surdiagnostic, notant qu’il y avait des augmentations principalement dans les petits cas papillaires indolents sans augmentation simultanée de la mortalité<sup>(52,53)</sup>. Par conséquent, la baisse des taux signalés ces dernières années peut être liée à un diagnostic moins agressif des petites tumeurs thyroïdiennes en raison d’une prise de conscience accrue des problèmes associés au surtraitement du cancer de la glande thyroïde à faible risque. Néanmoins, une vaste étude menée aux États-Unis auprès de personnes chez qui un cancer de la glande thyroïde a été diagnostiqué entre 1974 et 2013 fournit des preuves d’une augmentation concomitante des taux d’incidence et de mortalité pour le cancer papillaire de la glande thyroïde à un stade avancé au cours des années précédentes<sup>(54)</sup>. Cela suggère qu’une partie de

l’augmentation de l’incidence avant 2013 pourrait représenter une véritable augmentation du fardeau plutôt que d’être uniquement le résultat d’un surdiagnostic de tumeurs indolentes.

## Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le [tableau 1.6](#) présente également la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des cancers de 1984 à 2019. En résumant les différentes tendances au fil du temps, la VAMP permet de comparer l’évolution de l’incidence entre les différents cancers pour une même période définie. Les VAMP doivent être interprétées avec prudence, puisqu’elles ne reflètent pas nécessairement les tendances les plus récentes; il faut utiliser la VAP pour les tendances les plus récentes.

- Chez les hommes comme chez les femmes, les augmentations les plus importantes ont été observées pour le cancer de la glande thyroïde (3,9 % et 4,1 % par an, respectivement) et le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques (3,4 % et 3,2 % par an, respectivement). La diminution la plus importante, tant chez les hommes que chez les femmes, concerne le cancer de l’estomac (-1,8 % et -1,7 % par an, respectivement).
- Chez les hommes, la deuxième baisse la plus importante a été observée pour le cancer du poumon (-1,7 % par an).
- Selon la VAMP, l’une des plus fortes augmentations globales de l’incidence entre 1984 et 2019 a été observée pour les cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques (VAMP de 3,4 % par an); toutefois, la tendance la plus récente indique que l’incidence s’est stabilisée (VAP de -0,2 % par an depuis 2013).

### Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Moyenne pondérée des VAP en vigueur pendant une période donnée, les pondérations étant égales à la proportion de temps prise en compte par chaque VAP dans l’intervalle. La VAMP résume l’évolution des taux normalisés selon l’âge sur un intervalle donné. Elle s’exprime en pourcentage.

- De même, le cancer de la glande thyroïde a connu la plus forte augmentation d'incidence, globalement, de 1984 à 2019 chez les deux sexes (VAMP de 4,1 % par an); cependant, depuis 2012, l'incidence a diminué de -1,9 % par an.

## Que signifient ces statistiques?

Le cancer frappe de manière inégale les hommes et les femmes, les jeunes et les personnes âgées, ainsi que les habitants des différentes régions du Canada. Les statistiques présentées dans ce chapitre peuvent aider à prendre des décisions éclairées pour garantir que les services de soins de santé répondent aux besoins de populations spécifiques. Elles peuvent également aider à déterminer les possibilités de poursuivre les initiatives de prévention et de lutte contre le cancer.

Nous estimons qu'environ 45 % des Canadiens se verront diagnostiquer un cancer au cours de leur vie. Ce chiffre élevé s'explique par plusieurs facteurs, dont le fait que la population canadienne a une espérance de vie élevée. Il met l'accent sur la nécessité d'offrir des services de soutien aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs aidants naturels.

En 2023 seulement, on prévoit que 239 100 personnes seront diagnostiquées avec un cancer au Canada. Il convient de mettre davantage l'accent sur les efforts de prévention primaire afin de minimiser le risque de développer un cancer. Les efforts de prévention comprennent la vaccination, la sensibilisation à l'exposition au soleil, la lutte contre le tabagisme et la promotion d'une vie saine comme l'activité physique, une alimentation saine et la limitation de la consommation d'alcool. De plus, il faut continuer de se concentrer sur le dépistage

et la détection précoce pour diagnostiquer et traiter ces cancers plus tôt, au moment où les traitements sont plus efficaces et offrent de meilleures chances de réussite.

Le plus grand facteur de risque de cancer est l'âge, et la population canadienne vieillit<sup>(55)</sup>. Comme de nombreux autres pays développés, le Canada compte aujourd'hui une plus grande proportion d'ânés (personnes âgées de 65 ans ou plus) que jamais auparavant, et les ânés représentent le groupe d'âge dont la croissance est la plus rapide au Canada<sup>(56)</sup>. Par conséquent, le nombre de personnes chez qui l'on diagnostique un cancer augmente chaque année au Canada, une tendance qui devrait se poursuivre au moins jusqu'au début des années 2030<sup>(57)</sup>. L'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer entraînera une augmentation correspondante des besoins en matière de prévention primaire, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de services de soutien, y compris les soins palliatifs.

Il est également important de reconnaître que les priorités des personnes atteintes d'un cancer et leurs besoins en matière de services peuvent varier à différents moments du continuum de l'âge. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se voir diagnostiquer un cancer entre 25 et 59 ans, ce qui reflète les tendances pour des cancers spécifiques, comme le cancer du sein et de la glande thyroïde. En outre, environ 2 % des cancers sont diagnostiqués chez les enfants et les jeunes adultes (âgés de 0 à 29 ans), mais ces cancers touchent de façon significative et durable les individus et leurs aidants naturels.

Les taux d'incidence du cancer varient d'un bout à l'autre du pays, avec des taux généralement plus élevés à l'est et plus faibles à l'ouest. Ces données

peuvent aider à orienter les efforts de dépistage et de soutien. Pour mieux cibler les activités de prévention, ces différences de taux peuvent être mises en corrélation avec la prévalence des facteurs de risque, tels que la consommation de tabac et d'alcool, l'inactivité physique et les taux d'obésité.

Depuis le début des années 2010, les taux de cancer ont diminué plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, ce qui a contribué à réduire l'écart historiquement observé entre les hommes et les femmes. Les tendances des taux d'incidence de certains types de cancer révèlent les progrès réalisés en matière de prévention. Par exemple, les baisses récentes des cancers de la glande thyroïde et de la prostate reflètent probablement le succès de l'évolution des politiques de dépistage qui limitent le surdépistage et le surdiagnostic, tandis que la diminution de l'incidence du cancer du poumon reflète probablement le succès de la lutte antitabac. En outre, le déclin du cancer colorectal reflète probablement, du moins en partie, la mise en œuvre réussie des programmes de dépistage. En revanche, certains cancers, comme le mélanome, continuent d'augmenter de manière significative, tandis que d'autres, comme le cancer du col de l'utérus, ont connu des augmentations plus récentes. Cela souligne la nécessité d'efforts concertés pour atténuer ces augmentations.

## Ressources supplémentaires

Le site [cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques) contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. En voici quelques-unes :

- Feuilles de calcul Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#)
- Feuilles de calcul Excel avec des [statistiques supplémentaires](#)
- Images des [figures PowerPoint](#) utilisées dans ce chapitre

## Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal en soins primaires. *CMAJ*. 2016;188(5):340-348.
- Statistique Canada. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=QS2bLKFa> (consulté en avril 2023).
- Statistique Canada. Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170208/dq170208a-fra.htm> (consulté en avril 2023).
- Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de la population de 2021 [en ligne]. No 98-316-X2021001 au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2023. Accès : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (consulté le 20 avril 2023).
- Brenner DR, Friedenreich CM, Ruan Y, Poirier AE, Walter SD, King WD, et al. The burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Methods overview. *Prev Med*. 2019;122:3-8.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Fumeurs quotidiens (indicateur) [en ligne]. 2015. Accès : <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/fumeurs-quotidiens.htm> (consulté en avril 2023).
- Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17-48.
- Boer R, Moolgavkar SH, Levy DT. Chapter 15: Impact of tobacco control on lung cancer mortality in the United States over the period 1975-2000 – Summary and limitations. *Risk Anal*. 2012;32(Suppl 1):S190-S201.
- Fillon M. Tobacco control initiatives cut the number of lung cancer deaths in California by 28%. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(2):83-85.
- Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2020 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2020. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2020.html> (consulté en avril 2023).
- Bracken-Clarke D, Kapoor D, Baird AM, Buchanan PJ, Gately K, Cuffe S, et al. Vaping and lung cancer – A review of current data and recommendations. *Lung Cancer*. 2021;153:11-20.
- Schneller LM, Kasza KA, Hammond D, Bansal-Travers M, O'Connor R, Hyland A. E-cigarette and tobacco product use among NYS youth before and after a state-wide vaping flavour restriction policy, 2020-2021. *Tob Control*. 2022;31(Suppl 3):S161-S166.
- Cronin KA, Scott S, Firth AU, Sung H, Henley SJ, Sherman RL, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, part 1: National cancer statistics. *Cancer*. 2022;128(24):4251-4284.
- Ellington TD, Miller JW, Henley SJ, Wilson RJ, Wu M, Richardson LC. Trends in breast cancer incidence, by race, ethnicity, and age among women aged ≥20 years – United States, 1999-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(2):43-47.
- Lima SM, Kehm RD, Terry MB. Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *eClinicalMedicine*. 2021;38:100985.
- Action Cancer Ontario. L'incidence du cancer colorectal s'accroît chez les adolescents et les jeunes adultes [en ligne]. Toronto (Ontario) : Action Cancer Ontario; 2009. Accès : <https://www.cancercareontario.ca/fr/cancer-facts> (consulté en avril 2023).
- BC Cancer Registry. Age-standardized cancer incidence rates, relative to 1970, British Columbia, 1970-2016: Colorectal [en ligne]. Vancouver (Colombie-Britannique) : BC Cancer Agency; 2019. Accès : [http://www.bccancer.bc.ca/statistics-and-reports-site/Documents/2019\\_Colorectal\\_inc\\_trend\\_1970\\_2016\\_20190208.pdf](http://www.bccancer.bc.ca/statistics-and-reports-site/Documents/2019_Colorectal_inc_trend_1970_2016_20190208.pdf) (consulté en avril 2023).
- Brenner DR, Ruan Y, Shaw E, De P, Heitman SJ, Hilsden RJ. Increasing colorectal cancer incidence trends among younger adults in Canada. *Prev Med*. 2017;105:345-349.
- Brenner DR, Heer E, Sutherland RL, Ruan Y, Tinmouth J, Heitman SJ, et al. National trends in colorectal cancer incidence among older and younger adults in Canada. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e198090.
- Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(3):145-164.
- Araghi M, Soerjomataram I, Bardot A, Ferlay J, Cabasag CJ, Morrison DS, et al. Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: A population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4(7):511-518.
- LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada. *Rapports sur la santé*. 2019;30(4):14-20.
- Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène prostatique spécifique. *CMAJ*. 2014;186(16):1225-1234.
- Lin K, Crosswell JM, Koenig H, Lam C, Maltz A. Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: An evidence update for the US Preventive Services Task Force. Rockville (Maryland) : Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis); 2011.
- Henley SJ, Ward EM, Scott S, Ma J, Anderson RN, Firth AU, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer*. 2020;126(10):2225-2249.
- He W-Q, Li C. Recent global burden of cervical cancer incidence and mortality, predictors, and temporal trends. *Gynecol Oncol*. 2021;163(3):583-592.
- Lin L, Li Z, Yan L, Liu Y, Yang H, Li H. Global, regional, and national cancer incidence and death for 29 cancer groups in 2019 and trends analysis of the global cancer burden, 1990-2019. *J Hematol Oncol*. 2021;14(1):197.
- Caird H, Simkin J, Smith L, Van Niekerk D, Ogilvie G. The path to eliminating cervical cancer in Canada: Past, present and future directions. *Curr Oncol*. 2022;29(2):117-22.
- Yang X, Chen H, Man J, Zhang T, Yin X, He Q, et al. Secular trends in the incidence and survival of all leukemia types in the United States from 1975 to 2017. *J Cancer*. 2021;12(8):2326-2335.
- Dong Y, Shi Q, Zeng Q, Lu X, Wang W, Li Y, et al. Leukemia incidence trends at the global, regional, and national level between 1990 and 2017. *Exp Hematol Oncol*. 2020;9(1):14.
- Ning L, Hu C, Lu P, Que Y, Zhu X, Li D. Trends in disease burden of chronic myeloid leukemia at the global, regional, and national levels: A population-based epidemiologic study. *Exp Hematol Oncol*. 2020;9(1):29.
- Du M, Chen W, Liu K, Wang L, Hu Y, Mao Y, et al. The global burden of leukemia and its attributable factors in 204 countries and territories: Findings from the global burden of disease 2019 study and projections to 2030. *J Oncol*. 2022;2022:1-14.
- Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 4 : Incidence du cancer au Canada : tendances et projections (1983-2032) – Leucémie [en ligne]. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Printemps 2015;35(suppl. 1):2-196. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-35-no-1-2015/supplement/page-17.html> (consulté en avril 2023).
- National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Melanoma of the Skin [en ligne]. Bethesda (Maryland); 2022. Accès : <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html> (consulté en avril 2023).
- Raimondi S, Suppa M, Gandini S. Melanoma epidemiology and sun exposure. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(11):adv00136.
- Saginala K, Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of melanoma. *Med Sci (Bâle)*. 2021;9(4):63.
- Organisation mondiale de la Santé. Lits de bronzage artificiel : risques et recommandations [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé; 2004. Accès : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43000> (consulté en avril 2023).
- IARC Working Group on Risk of Skin Cancer and Exposure to Artificial Ultraviolet Light. Exposure to artificial UV radiation and skin cancer [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé : Lyon (France). Accès : <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/IARC-Working-Group-Reports/Exposure-To-Artificial-UV-Radiation-And-Skin-Cancer-2006> (consulté en avril 2023).
- Comité national de prévention du cancer de la peau. Exposure to and Protection from the Sun in Canada. A Report Based on the 2006 Second National Sun Survey. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2010.
- Iannacone MR, Green AC. Towards skin cancer prevention and early detection: Evolution of skin cancer awareness campaigns in Australia. *Melanoma Manag*. 2014;1(1):75-84.
- Tabbakh T, Volkov A, Wakefield M, Dobbinson S. Implementation of the SunSmart program and population sun protection behaviour in Melbourne, Australia: Results from cross-sectional summer surveys from 1987 to 2017. *PLoS Med*. 2019;16(10):e1002932.
- Conte S, Ghazawi FM, Le M, Nedjar H, Alakel A, Lagacé F, et al. Population-based study detailing cutaneous melanoma incidence and mortality trends in Canada. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:830254.
- Horsham C, Antrobus J, Olsen CM, Ford H, Abernethy D, Hacker E. Testing wearable UV sensors to improve sun protection in young adults at an outdoor festival: Field study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(9):e21243.
- Zhang Y, Luo G, Li M, Guo P, Xiao Y, Ji H, et al. Global patterns and trends in ovarian cancer incidence: Age, period and birth cohort analysis. *BMC Cancer*. 2019;19(1):984.
- Huang J, Pang WS, Lok V, Zhang L, Lucero-Priso DE 3rd, Xu W, et al. Incidence, mortality, risk factors, and trends for Hodgkin lymphoma: A global data analysis. *J Hematol Oncol*. 2022;15(1):7.
- King LA, Michels KA, Graubard BI, Trabert B. Trends in oral contraceptive and intrauterine device use among reproductive-aged women in the US from 1999 to 2017. *Cancer Causes Control*. 2021;32(6):587-595.
- Balayla J, Gil Y, Lasry A, Mitric C. Ever-use of the intra-uterine device and the risk of ovarian cancer. *J Obstet Gynaecol*. 2020;41(6):848-853.
- Momenivahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehinyia H. Ovarian cancer in the world: Epidemiology and risk factors. *Int J Womens Health*. 2019;11:287-299.
- Cabasag CJ, Arnold M, Butler J, Inoue M, Trabert B, Webb PM, et al. The influence of birth cohort and calendar period on global trends in ovarian cancer incidence. *Int J Cancer*. 2020;146(3):749-758.
- Miranda-Filho A, Lortet-Tieulent J, Bray F, Cao B, Franceschi S, Vaccarella S, et al. Thyroid cancer incidence trends by histology in 25 countries: A population-based study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(4):225-234.
- Vaccarella S, Dal Maso L, Laversanne M, Bray F, Plummer M, Franceschi S. The impact of diagnostic changes on the rise in thyroid cancer incidence: A population-based study in selected high-resource countries. *Thyroid*. 2015;25(10):1127-1136.

52. Ellison LF, Bushnik T. Évolution des tendances de l'incidence du cancer de la thyroïde au Canada : un examen histologique, 1992 à 2016. *Rapports sur la santé*. 2020;31(1):16-28.
53. Topstad D, Dickinson JA. Thyroid cancer incidence in Canada: a national cancer registry analysis. *CMAJ Open*. 2017;5(3):E612-E616.
54. Lim H, Devesa SS, Sosa JA, Check D, Kitahara CM. Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974-2013. *JAMA*. 2017;317(13):1338-1348.
55. Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires [en ligne]. No 91-215-X au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2021. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2021001-fra.htm> (consulté en avril 2023).
56. Statistique Canada. Aînés [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2018. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2011000/chap/seniors-aines/seniors-aines-fra.htm> (consulté en avril 2023).
57. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2015. Accès : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-fr.pdf?la=fr&la=fr> (consulté en avril 2023).

**TABLEAU 1.1** Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse\*), 2019

	Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie					
	%			1 sur :		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers†</b>	<b>44.8</b>	<b>45.3</b>	<b>44.5</b>	<b>2.2</b>	<b>2.2</b>	<b>2.2</b>
Poumon et bronches	7.1	7.1	7.1	14	14	14
Sein	6.5	0.1	12.8	15	782	8
Prostate	—	12.0	—	—	8	—
Colorectal	5.8	6.2	5.5	17	16	18
Vessie	2.9	4.5	1.4	34	22	70
Lymphome non hodgkinien	2.5	2.8	2.2	40	35	46
Mélanome	2.3	2.6	1.9	44	38	51
Rein et bassinot du rein	1.7	2.1	1.2	60	47	84
Utérus (corps, SAI)	—	—	3.3	—	—	30
Tête et cou	1.6	2.3	1.0	61	43	103
Pancréas	1.7	1.7	1.6	61	58	63
Glande thyroïde	1.3	0.7	1.8	80	144	55
Leucémie	1.5	1.8	1.2	66	56	80
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	0.9	1.2	0.7	105	80	153
Estomac	1.0	1.3	0.7	104	79	149
Myélome multiple	0.9	1.0	0.8	112	98	128
Encéphale/SNC	0.7	0.8	0.6	144	121	176
Ovaire	—	—	1.3	—	—	75
Œsophage	0.6	1.0	0.3	155	103	307
Tissus mous (y compris le cœur)	0.4	0.4	0.3	271	241	307
Col de l'utérus	—	—	0.7	—	—	141
Testicule	—	0.5	—	—	221	—
Lymphome de Hodgkin	0.2	0.3	0.2	424	372	493

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

\* Le Québec et la Nouvelle Écosse sont exclus car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2011 et en Nouvelle Écosse en 2019 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses.

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

**Nota :** La probabilité de développer un cancer est calculée en fonction des taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon l'âge et le sexe au Canada, à l'exclusion du Québec et de la Nouvelle Écosse, en 2019. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus. L'ordre des types de cancer reflète l'ordre des cas incidents projetés en 2023 ([Tableau 1.2](#)) pour les deux sexes combinés. Les estimés "1 sur" sont basés sur les probabilités arrondies à deux décimales.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et base canadienne de données sur l'état civil – Décès à Statistique Canada

**TABLEAU 1.2** Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe, Canada\*, 2023

	Nouveaux cas (estimations pour 2023)			Cas pour 100 000		
	Total†	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers‡</b>	<b>239,100</b>	<b>124,200</b>	<b>114,900</b>	<b>513.1</b>	<b>555.3</b>	<b>481.2</b>
Poumon et bronches	31,000	15,300	15,800	58.9	60.1	58.4
Sein	29,700	260	29,400	68.1	1.2	129.9
Prostate	25,900	25,900	—	57.1	120.8	—
Colorectal	24,100	13,500	10,600	51.1	60.5	42.7
Vessie	13,400	10,200	3,200	25.1	41.9	11.1
Lymphome non hodgkinien	10,900	6,100	4,700	24.0	28.8	19.9
Mélanome	9,700	5,600	4,100	24.3	29.2	20.4
Rein et bassinnet du rein	8,600	5,600	2,900	18.6	25.6	12.2
Utérus (corps, SAI)	8,500	—	8,500	19.6	—	37.8
Tête et cou	7,900	5,800	2,100	16.8	25.7	8.8
Pancréas	7,200	4,000	3,200	14.3	16.8	12.0
Leucémie	6,400	3,900	2,500	14.3	18.6	10.4
Glande thyroïde	6,300	1,900	4,400	15.9	9.6	22.0
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	4,700	3,200	1,450	9.1	13.4	5.1
Estomac	4,100	2,700	1,450	8.5	11.7	5.7
Myélome multiple	3,900	2,300	1,650	8.2	10.1	6.5
Encéphale/SNC	3,200	1,850	1,350	7.1	8.6	5.7
Ovaire	3,100	—	3,100	6.9	—	13.2
Œsophage	2,700	2,100	600	5.8	9.6	2.5
Tissus mous (y compris le cœur)	1,700	950	730	3.9	4.6	3.3
Col de l'utérus	1,550	—	1,550	4.1	—	8.0
Testicule	1,250	1,250	—	3.3	6.6	—
Lymphome de Hodgkin	1,100	640	470	2.7	3.1	2.4
Tous les autres cancers‡	22,500	11,300	11,300	45.5	48.9	43.1

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

\* Le Québec est inclus dans les cas, en raison de son importance dans la détermination du nombre total national projeté. Le Québec est exclu des taux, parce qu'une méthode de projection différente de celle des autres régions a été utilisée pour cette province.

† Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour en savoir plus sur les procédures d'arrondissement, veuillez consulter la section Arrondissement pour les rapports à l'annexe II.

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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer à Statistique Canada

**TABLEAU 1.3** Nombre projeté de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada\*, 2023

Âge	Tous les cancers <sup>†</sup>			Poumon et bronches			Sein	Colorectal			Prostate
	Les deux sexes <sup>‡</sup>	Hommes	Femmes	Les deux sexes <sup>‡</sup>	Hommes	Femmes	Femmes	Les deux sexes <sup>‡</sup>	Hommes	Femmes	Hommes
<b>Tous les âge</b>	<b>239,100</b>	<b>124,200</b>	<b>114,900</b>	<b>31,000</b>	<b>15,300</b>	<b>15,800</b>	<b>29,400</b>	<b>24,100</b>	<b>13,500</b>	<b>10,600</b>	<b>25,900</b>
0-14	1,050	590	450	—	—	—	—	10	—	5	—
15-29	2,900	1,450	1,400	25	15	10	120	230	110	120	—
30-39	6,100	2,200	3,900	100	50	55	1,200	470	240	230	5
40-49	13,600	4,700	8,900	540	210	330	3,700	1,250	640	600	310
50-59	31,300	14,300	16,900	2,500	1,150	1,400	5,700	3,200	1,850	1,350	3,200
60-69	65,800	36,200	29,600	8,600	4,200	4,400	8,100	6,200	3,700	2,400	10,100
70-79	70,300	39,400	30,900	11,600	5,800	5,800	6,800	7,200	4,200	2,900	8,400
80-89	38,500	20,800	17,700	6,300	3,300	3,100	3,000	4,500	2,300	2,300	3,200
90+	9,600	4,400	5,200	1,300	620	690	800	1,150	450	700	650
0-19	1,550	890	670	—	—	—	—	35	15	20	—
50-74	133,900	71,400	62,600	17,000	8,300	8,700	17,600	13,000	7,800	5,200	18,100
65+	154,700	85,100	69,500	24,200	12,100	12,100	14,800	16,200	9,000	7,200	18,100

— Moins de 3 cas.

\* Le Québec est inclus dans les cas, en raison de son importance dans la détermination du nombre total national projeté. Le Québec est exclu des taux, parce qu'une méthode de projection différente de celle des autres régions a été utilisée pour cette province. Pour en savoir plus, consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

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

‡ Les nombres ayant été arrondis, leur somme pour les deux sexes pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour en savoir plus sur les procédures d'arrondissement, veuillez consulter la section Arrondissement pour les rapports à l'*annexe II*.

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer à Statistique Canada

**TABLEAU 1.4** Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada (à l'exception du Québec\*), 2023

	Cas pour 100 000										
	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc*	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers†</b>	<b>555.3</b>	<b>506.8</b>	<b>542.8</b>	<b>514.6</b>	<b>532.3</b>	<b>577.4</b>		<b>551.7</b>	<b>616.3</b>	<b>540.5</b>	<b>557.8</b>
Prostate	120.8	119.1	138.2	117.3	119.3	118.6		114.1	118.2	114.8	106.4
Poumon et bronches	60.1	53.6	55.7	58.9	61.6	59.8		80.2	81.7	80.8	72.7
Colorectal	60.5	52.0	57.4	60.9	64.1	60.6		65.2	77.1	50.4	100.8
Vessie	41.9	39.8	41.4	41.4	37.2	43.6		40.0	42.2	38.9	40.0
Lymphome non hodgkinien	28.8	24.3	25.6	24.4	25.8	32.0		26.7	30.3	24.6	32.4
Tête et cou	25.7	26.7	22.3	21.1	24.7	26.5		24.9	26.6	29.7	27.4
Rein et bassinnet du rein	25.6	22.2	25.5	27.8	27.7	25.4		28.8	34.2	26.6	30.1
Mélanome	29.2	23.8	27.3	17.5	29.6	32.3		24.7	40.4	42.3	22.7
Pancréas	16.8	17.1	15.6	15.7	15.2	17.4		17.5	18.3	16.1	10.6
Leucémie	18.6	16.1	18.2	22.9	14.8	20.1		21.5	18.6	14.8	12.2
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	13.4	17.0	13.4	11.5	12.8	12.7		9.7	13.6	10.5	8.6
Estomac	11.7	9.0	9.7	11.4	11.1	13.5		11.5	9.8	12.7	14.2
Myélome multiple	10.1	9.1	9.5	10.0	10.7	10.9		8.0	9.1	10.7	8.5
Œsophage	9.6	10.9	9.4	9.5	8.8	8.8		9.2	15.4	11.4	9.9
Glande thyroïde	9.6	5.9	9.2	7.0	6.2	11.7		8.0	9.5	5.4	9.9
Encéphale/SNC	8.6	8.8	8.5	7.5	8.2	8.6		8.4	9.3	9.4	9.4
Testicule	6.6	6.4	6.3	6.5	6.2	7.0		7.3	6.9	4.2	5.1
Tissus mous (y compris le cœur)	4.6	3.9	4.4	3.6	4.2	5.4		4.0	3.7	4.6	3.3
Lymphome de Hodgkin	3.1	3.0	3.0	2.5	3.2	3.2		3.8	4.0	3.9	2.7
Sein	1.2	1.1	1.0	1.1	0.8	1.3		1.1	1.7	—	1.4
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers†</b>	<b>481.2</b>	<b>426.2</b>	<b>475.7</b>	<b>450.5</b>	<b>469.0</b>	<b>503.0</b>		<b>469.8</b>	<b>509.0</b>	<b>462.8</b>	<b>536.7</b>
Sein	129.9	120.7	141.0	122.6	121.6	132.6		116.8	121.4	124.2	138.1
Poumon et bronches	58.4	56.8	60.3	67.8	60.8	55.0		67.9	75.4	64.4	72.8
Colorectal	42.7	38.6	41.9	38.7	47.5	41.9		48.3	52.5	50.8	66.3
Utérus (corps, SAI)	37.8	30.4	36.4	36.3	45.5	40.4		35.1	39.3	31.0	43.1
Lymphome non hodgkinien	19.9	16.5	17.2	20.1	18.4	21.8		20.1	19.8	18.0	23.7
Glande thyroïde	22.0	12.5	19.6	13.3	16.0	27.5		18.3	19.1	8.6	30.8
Mélanome	20.4	17.1	21.2	16.1	18.8	21.0		22.5	31.8	35.0	18.8
Pancréas	12.0	12.6	12.8	11.8	12.4	11.7		12.3	12.1	11.0	10.1
Vessie	11.1	11.0	10.5	9.4	10.2	11.3		11.7	12.7	11.6	15.4
Ovaire	13.2	10.6	10.2	11.6	10.8	15.6		11.7	12.4	13.3	11.0
Rein et bassinnet du rein	12.2	12.2	11.2	14.2	12.0	11.7		14.9	18.2	12.7	13.5
Leucémie	10.4	9.3	10.9	13.2	9.1	10.6		15.9	10.8	10.7	8.1
Tête et cou	8.8	8.2	7.8	7.5	9.0	9.5		7.4	8.7	11.5	7.5
Myélome multiple	6.5	5.4	5.5	5.3	5.9	7.7		5.5	5.2	5.7	4.9
Col de l'utérus	8.0	7.4	7.0	10.2	7.1	8.6		8.8	6.3	9.3	10.1
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	5.1	5.3	6.2	4.2	6.1	4.9		5.3	4.7	3.3	5.9
Estomac	5.7	4.3	4.5	4.4	5.1	6.7		5.6	4.2	4.1	9.2
Encéphale/SNC	5.7	5.3	5.7	5.2	5.9	5.9		5.9	6.4	4.9	8.0
Tissus mous (y compris le cœur)	3.3	2.7	2.9	2.6	2.8	4.1		2.8	3.0	—	1.8
Œsophage	2.5	2.9	2.3	1.6	2.1	2.4		2.2	3.5	2.6	2.4
Lymphome de Hodgkin	2.4	2.1	2.3	2.0	2.5	2.6		1.9	2.5	—	2.7

— Taux d'incidence projeté basé sur moins de trois cas; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

\* Le Québec est exclu, car il a utilisé une méthode de projection différente de celle des autres régions, ce qui signifie que les estimations ne sont pas comparables. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

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

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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Le *tableau A1* contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer à Statistique Canada



**TABLEAU 1.5** Nombre projeté de nouveaux cas de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada\*, 2023

	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc‡	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers§</b>	<b>124,200</b>	<b>16,000</b>	<b>11,900</b>	<b>3,200</b>	<b>3,800</b>	<b>48,300</b>	<b>31,400</b>	<b>2,900</b>	<b>3,900</b>	<b>550</b>	<b>2,000</b>
Prostate	25,900	3,900	3,100	760	870	10,300	5,000	630	790	120	410
Poumon et bronches	15,300	1,750	1,200	370	450	5,100	5,000	450	530	85	280
Colorectal	13,500	1,650	1,250	380	450	5,000	3,500	350	490	50	370
Vessie	10,200	1,300	880	260	270	3,700	3,100	220	270	40	150
Lymphome non hodgkinien	6,100	750	560	150	180	2,600	1,400	140	180	25	110
Tête et cou	5,800	820	490	130	170	2,200	1,600	130	170	30	95
Rein et bassinnet du rein	5,600	670	570	170	180	2,100	1,450	150	200	25	110
Mélanome	5,600	740	590	110	210	2,700	750	130	240	40	75
Pancréas	4,000	540	340	100	110	1,450	1,150	95	120	15	40
Leucémie	3,900	500	400	140	110	1,650	870	110	110	15	40
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	3,200	560	300	70	90	1,050	970	55	95	10	30
Estomac	2,700	290	210	70	80	1,150	690	60	60	15	50
Myélome multiple	2,300	290	210	60	75	920	590	45	60	10	30
Œsophage	2,100	350	210	60	60	740	450	50	95	10	35
Glande thyroïde	1,900	170	210	45	40	900	430	35	50	5	30
Encéphale/SNC	1,850	250	190	50	60	680	480	40	50	10	30
Testicule	1,250	170	160	40	45	520	250	25	30	5	10
Tissus mous (y compris le cœur)	950	110	95	20	30	430	210	20	20	5	10
Lymphome de Hodgkin	640	80	70	15	25	240	170	15	20	5	10
Sein	260	35	20	5	5	110	65	5	10	—	5
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers§</b>	<b>114,900</b>	<b>14,300</b>	<b>11,300</b>	<b>3,000</b>	<b>3,600</b>	<b>45,800</b>	<b>28,100</b>	<b>2,600</b>	<b>3,500</b>	<b>510</b>	<b>2,000</b>
Sein	29,400	3,900	3,300	780	900	11,500	7,000	610	780	130	490
Poumon et bronches	15,800	2,100	1,500	480	500	5,500	4,300	410	580	75	310
Colorectal	10,600	1,350	1,000	260	370	4,000	2,700	280	380	60	250
Utérus (corps, SAI)	8,500	990	850	240	330	3,600	1,850	190	260	35	150
Lymphome non hodgkinien	4,700	570	410	140	150	2,100	1,050	110	140	20	95
Glande thyroïde	4,400	350	450	80	110	2,100	970	80	100	10	90
Mélanome	4,100	550	500	100	140	1,900	540	110	200	35	60
Pancréas	3,200	460	320	85	100	1,150	850	75	90	15	40
Vessie	3,200	400	260	70	85	1,150	990	70	95	15	65
Ovaire	3,100	350	240	75	80	1,400	730	65	85	15	35
Rein et bassinnet du rein	2,900	410	270	90	90	1,050	730	80	120	15	50
Leucémie	2,500	310	260	90	75	1,000	520	85	75	10	30
Tête et cou	2,100	270	190	50	70	870	520	40	60	10	25
Myélome multiple	1,650	190	130	35	45	750	380	35	40	5	20
Col de l'utérus	1,550	200	170	60	50	670	320	35	35	10	25
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	1,450	190	150	30	50	480	460	35	35	5	25
Estomac	1,450	150	110	30	40	640	380	35	30	5	35
Encéphale/SNC	1,350	170	140	35	45	520	370	30	40	5	25
Tissus mous (y compris le cœur)	730	85	70	20	20	350	160	15	20	—	5
Œsophage	600	110	55	10	15	240	130	15	25	5	10
Lymphome de Hodgkin	470	55	50	10	20	200	110	10	10	—	5

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

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

† Les nombres ayant été arrondis, les totaux canadiens pourraient ne pas correspondre à la somme des provinces et territoires. Pour en savoir plus sur les procédures d'arrondissement, veuillez consulter la section Arrondissement pour les rapports à l'annexe II.

‡ Les projections pour le Québec sont calculées différemment des autres provinces et territoires, car les données réelles n'étaient disponibles que jusqu'en 2010 pour la province, alors qu'elles étaient disponibles jusqu'en 2018 pour la nouvelle Écosse et jusqu'à 2019 pour les autres régions. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

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

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Sources :** Registre canadien du cancer à Statistique Canada

**TABLEAU 1.6** Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2019

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019
Tous les cancers <sup>‡</sup>	1984–2011	0.3 (0.2 , 0.4)	0.1 (0.0 , 0.2)	1984–1992	0.9 (0.2 , 1.6)	-0.1 (-0.3 , 0.1)	1984–2007	0.3 (0.2 , 0.4)	0.3 (0.2 , 0.4)
	2011–2019	-0.6 (-1.0 , -0.2)		1992–2011	-0.1 (-0.3 , 0.0)		2007–2012	1.3 (0.4 , 2.1)	
				2011–2019	-1.2 (-1.6 , -0.7)		2012–2019	-0.4 (-0.7 , -0.1)	
Poumon et bronches	1984–1990	0.6 (-0.1 , 1.3)	-0.6 (-0.7 , -0.4)	1984–1990	-0.6 (-1.4 , 0.1)	-1.7 (-1.9 , -1.5)	1984–1988	4.0 (2.1 , 5.9)	1.1 (0.8 , 1.4)
	1990–2003	-0.7 (-1.0 , -0.5)		1990–2003	-2.2 (-2.4 , -1.9)		1988–1998	1.8 (1.4 , 2.3)	
	2003–2014	-0.3 (-0.5 , 0.0)		2003–2012	-1.0 (-1.4 , -0.6)		1998–2014	0.7 (0.5 , 0.8)	
	2014–2019	-2.1 (-2.8 , -1.5)		2012–2019	-2.6 (-3.1 , -2.1)		2014–2019	-1.4 (-2.1 , -0.6)	
Sein	1984–1991	1.8 (0.7 , 3.0)	0.2 (0.0 , 0.4)	1984–2019	0.5 (0.1 , 0.8)	0.5 (0.1 , 0.8)	1984–1991	1.9 (0.8 , 3.1)	0.3 (0.1 , 0.5)
	1991–2019	-0.2 (-0.3 , -0.1)		1991–2019	-0.1 (-0.2 , 0.0)				
Prostate				1984–1993	5.6 (3.7 , 7.6)	0.4 (-0.4 , 1.3)			
				1993–2008	0.2 (-0.5 , 0.9)				
				2008–2014	-6.1 (-8.8 , -3.2)				
				2014–2019	0.2 (-2.8 , 3.2)				
Colorectal	1984–1996	-1.0 (-1.3 , -0.8)	-1.0 (-1.2 , -0.8)	1984–1996	-0.7 (-1.0 , -0.4)	-1.0 (-1.2 , -0.7)	1984–1995	-1.6 (-1.9 , -1.4)	-1.1 (-1.3 , -0.9)
	1996–2001	0.9 (-0.3 , 2.0)		1996–2001	0.8 (-0.7 , 2.3)		1995–2000	0.8 (-0.5 , 2.1)	
	2001–2014	-0.7 (-0.9 , -0.5)		2001–2014	-0.7 (-1.0 , -0.5)		2000–2014	-0.6 (-0.8 , -0.5)	
	2014–2019	-3.5 (-4.1 , -2.8)		2014–2019	-4.0 (-4.8 , -3.1)		2014–2019	-3.1 (-3.8 , -2.3)	
Vessie <sup>§</sup>	1984–1992	-2.0 (-4.9 , 1.1)	-0.9 (-1.6 , -0.2)	1984–2019	-1.0 (-1.3 , -0.7)	-1.0 (-1.3 , -0.7)	1984–2019	-0.8 (-1.1 , -0.5)	-0.8 (-1.1 , -0.5)
	1992–2019	-0.6 (-1.0 , -0.2)							
Lymphome non hodgkinien	1984–1997	1.8 (1.4 , 2.2)	1.1 (0.8 , 1.5)	1984–1997	1.8 (1.3 , 2.3)	1.2 (0.8 , 1.6)	1984–1992	2.3 (1.2 , 3.3)	1.0 (0.7 , 1.4)
	1997–2008	0.6 (0.1 , 1.0)		1997–2009	0.7 (0.2 , 1.2)		1992–2015	1.0 (0.8 , 1.2)	
	2008–2013	2.6 (0.9 , 4.4)		2009–2014	2.8 (0.8 , 4.9)		2015–2019	-1.0 (-2.8 , 0.9)	
	2013–2019	-0.6 (-1.4 , 0.2)		2014–2019	-1.0 (-2.3 , 0.2)				
Mélanome	1984–2019	1.9 (1.8 , 2.1)	1.9 (1.8 , 2.1)	1984–2019	2.2 (2.1 , 2.3)	2.2 (2.1 , 2.3)	1984–1993	0.0 (-1.3 , 1.4)	1.4 (1.1 , 1.8)
				1993–2019	1.9 (1.7 , 2.1)				
Rein et bassin du rein	1984–1989	4.1 (1.8 , 6.4)	1.4 (1.0 , 1.9)	1984–1989	4.0 (1.5 , 6.5)	1.5 (1.0 , 1.9)	1984–2019	1.1 (0.9 , 1.2)	1.1 (0.9 , 1.2)
	1989–1998	-0.4 (-1.3 , 0.6)		1989–2003	0.1 (-0.3 , 0.6)				
	1998–2012	1.9 (1.6 , 2.3)		2003–2012	2.7 (1.9 , 3.5)				
	2012–2019	0.8 (0.0 , 1.6)		2012–2019	0.8 (0.0 , 1.7)				

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1.6** Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2019

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019
Utérus (corps, SAI)							1984-1990	-1.5 (-3.1, 0.0)	0.7 (0.3, 1.1)
							1990-2006	0.5 (0.1, 0.8)	
							2006-2011	3.5 (1.4, 5.7)	
							2011-2019	1.1 (0.4, 1.7)	
Tête et cou	1984-2004	-2.0 (-2.2, -1.8)	-0.9 (-1.0, -0.7)	1984-2004	-2.4 (-2.7, -2.2)	-1.1 (-1.3, -0.9)	1984-2004	-1.1 (-1.4, -0.9)	-0.5 (-0.7, -0.3)
	2004-2019	0.6 (0.3, 0.9)		2004-2019	0.6 (0.3, 0.9)		2004-2019	0.4 (0.0, 0.7)	
Pancréas	1984-2001	-1.0 (-1.3, -0.6)	0.1 (-0.1, 0.3)	1984-2002	-1.4 (-1.8, -1.0)	0.0 (-0.3, 0.2)	1984-2001	-0.4 (-0.9, 0.0)	0.2 (0.0, 0.5)
	2001-2019	1.1 (0.8, 1.4)		2002-2019	1.4 (1.1, 1.8)		2001-2019	0.8 (0.5, 1.1)	
Leucémie	1984-2001	-0.3 (-0.6, 0.0)	-0.1 (-0.3, 0.2)	1984-1997	-0.8 (-1.4, -0.1)	-0.2 (-0.6, 0.2)	1984-2001	-0.3 (-0.6, 0.0)	-0.1 (-0.4, 0.2)
	2001-2010	2.2 (1.4, 2.9)		1997-2011	1.4 (0.9, 1.9)		2001-2010	2.2 (1.4, 3.1)	
	2010-2019	-1.8 (-2.3, -1.2)		2011-2019	-2.0 (-2.9, -1.1)		2010-2019	-1.9 (-2.5, -1.3)	
Glande thyroïde	1984-1998	3.6 (2.7, 4.6)	4.1 (3.3, 4.8)	1984-1998	2.8 (1.4, 4.2)	3.9 (3.2, 4.6)	1984-1998	3.9 (3.0, 4.8)	4.1 (3.3, 4.8)
	1998-2003	9.8 (5.2, 14.5)		1998-2013	6.9 (6.1, 7.8)		1998-2003	10.9 (6.5, 15.6)	
	2003-2012	6.4 (5.3, 7.6)		2013-2019	-0.9 (-2.9, 1.1)		2003-2012	6.1 (5.0, 7.2)	
	2012-2019	-1.9 (-3.0, -0.8)		2012-2019	-2.6 (-3.6, -1.5)				
Foie et canaux biliaires intra-hépatiques	1984-2005	3.3 (2.9, 3.7)	3.4 (3.0, 3.8)	1984-2006	3.6 (3.1, 4.0)	3.4 (2.9, 3.9)	1984-2005	2.4 (1.7, 3.2)	3.2 (2.4, 4.0)
	2005-2013	6.5 (5.1, 7.8)		2006-2013	5.8 (4.0, 7.8)		2005-2013	8.2 (5.6, 10.8)	
	2013-2019	-0.2 (-1.5, 1.1)		2013-2019	-0.2 (-1.7, 1.3)		2013-2019	-0.5 (-2.8, 1.9)	
Estomac	1984-2002	-2.6 (-2.8, -2.3)	-1.7 (-1.8, -1.5)	1984-2002	-2.6 (-2.8, -2.3)	-1.8 (-2.0, -1.7)	1984-1999	-3.0 (-3.4, -2.6)	-1.7 (-2.0, -1.5)
	2002-2019	-0.8 (-1.0, -0.5)		2002-2019	-1.1 (-1.3, -0.8)		1999-2019	-0.7 (-1.0, -0.5)	
Myélome multiple	1984-2003	0.3 (-0.2, 0.7)	0.9 (0.6, 1.2)	1984-2002	0.1 (-0.5, 0.8)	0.9 (0.5, 1.3)	1984-2003	0.2 (-0.3, 0.7)	0.7 (0.4, 1.0)
	2003-2019	1.6 (1.2, 2.1)		2002-2019	1.7 (1.2, 2.2)		2003-2019	1.3 (0.8, 1.8)	
Encéphale/SNC	1984-2019	-0.4 (-0.5, -0.3)	-0.4 (-0.5, -0.3)	1984-2019	-0.3 (-0.4, -0.2)	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984-2019	-0.5 (-0.6, -0.4)	-0.5 (-0.6, -0.4)
Ovaire							1984-1996	-1.5 (-2.1, -1.0)	-1.0 (-1.3, -0.7)
							1996-2014	-0.3 (-0.5, 0.0)	
							2014-2019	-2.6 (-4.2, -0.9)	

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1.6** Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2019

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2019
Œsophage	1984–2005	0.1 (-0.2, 0.4)	0.5 (-0.2, 1.1)	1984–2005	0.3 (0.0, 0.6)	0.6 (0.0, 1.3)	1984–2019	-0.3 (-0.5, -0.1)	-0.3 (-0.5, -0.1)
	2005–2010	2.6 (-0.3, 5.7)		2005–2010	3.4 (0.3, 6.5)				
	2010–2015	-1.5 (-4.2, 1.2)		2010–2015	-2.0 (-4.6, 0.7)				
	2015–2019	2.3 (-0.3, 5.0)		2015–2019	2.3 (-0.3, 5.0)				
Tissus mous (y compris le cœur)	1984–2001	0.0 (-0.6, 0.6)	0.8 (0.1, 1.5)	1984–2001	-0.1 (-0.8, 0.6)	0.7 (-0.1, 1.5)	1984–2019	1.0 (0.8, 1.3)	1.0 (0.8, 1.3)
	2001–2006	4.2 (-0.2, 8.8)		2001–2006	4.8 (-0.3, 10.2)				
	2006–2019	0.5 (-0.1, 1.2)		2006–2019	0.2 (-0.4, 0.9)				
Col de l'utérus							1984–2005	-2.1 (-2.3, -1.9)	-1.1 (-1.6, -0.6)
							2005–2010	0.6 (-1.8, 3.0)	
							2010–2015	-2.5 (-4.8, -0.1)	
							2015–2019	3.7 (1.4, 6.1)	
Testicule				1984–2019	1.3 (1.2, 1.5)	1.3 (1.2, 1.5)			
Lymphome de Hodgkin	1984–2019	-0.1 (-0.2, 0.0)	-0.1 (-0.2, 0.0)	1984–2012	-0.5 (-0.8, -0.3)	-0.1 (-0.4, 0.3)	1984–2019	0.1 (-0.1, 0.3)	0.1 (-0.1, 0.3)
				2012–2019	1.7 (0.1, 3.4)				
Tous les autres cancers	1984–2019	0.6 (0.5, 0.7)	0.6 (0.5, 0.7)	1984–2019	0.5 (0.3, 0.6)	0.5 (0.3, 0.6)	1984–2019	0.8 (0.7, 0.9)	0.8 (0.7, 0.9)

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

\* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2019 excluent également les cas diagnostiqués en Nouvelle Écosse car ces cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses.

† Les VAP et les VAMP sont calculées à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#).

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

§ L'analyse des tendances pour le cancer de la vessie a été effectuée à l'aide du modèle de saut du programme de régression JoinPoint (la version 4.7.0.0) afin de tenir compte du changement artificiel dans le dénombrement des cancers introduit en 2010 lorsque l'Ontario a commencé à inclure les carcinomes *in situ* de la vessie dans sa collecte de données. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

**TABLEAU 1.7** Plus récente variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2019

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	Année de référence	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	Année de référence	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)
<b>Tous les cancers<sup>‡</sup></b>	<b>2011</b>	<b>-0.6 (-1.0, -0.2)</b>	<b>2011</b>	<b>-1.2 (-1.6, -0.7)</b>	<b>2012</b>	<b>-0.4 (-0.7, -0.1)</b>
Poumon et bronches	2014	-2.1 (-2.8, -1.5)	2012	-2.6 (-3.1, -2.1)	2014	-1.4 (-2.1, -0.6)
Sein	1991	-0.2 (-0.3, -0.1)	1984	0.5 (0.1, 0.8)	1991	-0.1 (-0.2, 0.0)
Prostate	—	—	2014	0.2 (-2.8, 3.2)	—	—
Colorectal	2014	-3.5 (-4.1, -2.8)	2014	-4.0 (-4.8, -3.1)	2014	-3.1 (-3.8, -2.3)
Vessie <sup>§</sup>	1992	-0.6 (-1.0, -0.2)	1984	-1.0 (-1.3, -0.7)	1984	-0.8 (-1.1, -0.5)
Lymphome non hodgkinien	2013	-0.6 (-1.4, 0.2)	2014	-1.0 (-2.3, 0.2)	2015	-1.0 (-2.8, 0.9)
Mélanome	1984	1.9 (1.8, 2.1)	1984	2.2 (2.1, 2.3)	1993	1.9 (1.7, 2.1)
Rein et bassinnet du rein	2012	0.8 (0.0, 1.6)	2012	0.8 (0.0, 1.7)	1984	1.1 (0.9, 1.2)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2011	1.1 (0.4, 1.7)
Tête et cou	2004	0.6 (0.3, 0.9)	2004	0.6 (0.3, 0.9)	2004	0.4 (0.0, 0.7)
Pancréas	2001	1.1 (0.8, 1.4)	2002	1.4 (1.1, 1.8)	2001	0.8 (0.5, 1.1)
Leucémie	2010	-1.8 (-2.3, -1.2)	2011	-2.0 (-2.9, -1.1)	2010	-1.9 (-2.5, -1.3)
Glande thyroïde	2012	-1.9 (-3.0, -0.8)	2013	-0.9 (-2.9, 1.1)	2012	-2.6 (-3.6, -1.5)
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	2013	-0.2 (-1.5, 1.1)	2013	-0.2 (-1.7, 1.3)	2013	-0.5 (-2.8, 1.9)
Estomac	2002	-0.8 (-1.0, -0.5)	2002	-1.1 (-1.3, -0.8)	1999	-0.7 (-1.0, -0.5)
Myélome multiple	2003	1.6 (1.2, 2.1)	2002	1.7 (1.2, 2.2)	2003	1.3 (0.8, 1.8)
Encéphale/SNC	1984	-0.4 (-0.5, -0.3)	1984	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984	-0.5 (-0.6, -0.4)
Ovaire	—	—	—	—	2014	-2.6 (-4.2, -0.9)
Œsophage	2015	2.3 (-0.3, 5.0)	2015	2.3 (-0.3, 5.0)	1984	-0.3 (-0.5, -0.1)
Tissus mous (y compris le cœur)	2006	0.5 (-0.1, 1.2)	2006	0.2 (-0.4, 0.9)	1984	1.0 (0.8, 1.3)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2015	3.7 (1.4, 6.1)
Testicule	—	—	1984	1.3 (1.2, 1.5)	—	—
Lymphome de Hodgkin	1984	-0.1 (-0.2, 0.0)	2012	1.7 (0.1, 3.4)	1984	0.1 (-0.1, 0.3)
Tous les autres cancers	1984	0.6 (0.5, 0.7)	1984	0.5 (0.3, 0.6)	1984	0.8 (0.7, 0.9)

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

\* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2019 de la Nouvelle Écosse sont exclues car ces cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses.

† La VAP a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Si un ou plusieurs changements importants dans la tendance des taux ont été détectés, la VAP tient compte de la tendance du changement important le plus récent (année de référence) à 2019. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2019). Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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

§ L'analyse des tendances pour le cancer de la vessie a été effectuée à l'aide du modèle de saut du programme de régression JoinPoint afin de tenir compte du changement artificiel dans le dénombrement des cancers introduit en 2010 lorsque l'Ontario a commencé à inclure les carcinomes *in situ* de la vessie dans sa collecte de données. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

## Chapitre 2

# Combien de personnes meurent du cancer au Canada?

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



Le nombre et le taux de décès par cancer qui surviennent chaque année (mortalité) et au fil du temps constituent la mesure ultime des progrès réalisés dans la lutte contre le cancer : la réduction du nombre de décès attribuables au cancer. La mortalité varie selon les facteurs qui déterminent l'incidence du cancer, comme les facteurs de risque et le vieillissement. Elle témoigne également des progrès des méthodes utilisées pour la détection précoce et traiter efficacement les cancers .

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

### Principales constatations

- On estime que 22 % des Canadiens mourront du cancer. La probabilité à vie de mourir d'un cancer est légèrement plus élevée chez les hommes (24 %) que chez les femmes (21 %).
- On prévoit que 86 700 Canadiens mourront du cancer en 2023. Le cancer du poumon devrait être à l'origine d'environ un décès sur quatre.
- Le cancer colorectal devrait être la deuxième cause de décès par cancer en 2023.
- Le cancer du pancréas continue d'occuper une place importante dans la mortalité par cancer et devrait être la troisième cause de décès par cancer au Canada en 2023 pour les deux sexes confondus, devant les cancers du sein et de la prostate.
- La quasi-totalité des décès par cancer (plus de 96 %) au Canada devrait survenir chez les personnes âgées de 50 ans et plus.
- Les causes courantes de décès par cancer chez les enfants et les jeunes de moins de 30 ans (cancer du cerveau, leucémie, cancer des tissus mous et lymphome non hodgkinien) sont très différentes des causes courantes chez les adultes plus âgés (cancer du poumon, cancer colorectal, cancer du pancréas, cancer du sein et cancer de la prostate).
- En général, les taux de mortalité par cancer sont plus faibles dans les provinces de l'Ouest et en Ontario, et plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Est.
- Les taux de mortalité, tous cancers confondus, ont atteint un sommet en 1988 et diminuent depuis. Toutefois, le nombre de décès par cancer continue d'augmenter chaque année en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population.

## Probabilité de mourir d'un cancer

La probabilité de mourir d'un type de cancer particulier dépend de nombreux facteurs, notamment de la probabilité de développer ce cancer, des traitements offerts, et de la façon dont le cancer réagit au traitement. Les probabilités sont estimées pour la population canadienne en général et ne doivent pas être interprétées comme un risque individuel. Ces estimations sont basées uniquement sur la dernière année de données disponibles (c.-à-d. 2020 pour la présente publication, à l'exception de la Nouvelle-Écosse et du Québec) et peuvent donc fluctuer d'une année à l'autre et d'une publication à l'autre.

- On s'attend à ce que 22 % des Canadiens meurent d'un cancer (figure 2.1).

- La probabilité de mourir du cancer est plus élevée chez les hommes (24 %) que chez les femmes (21 %).

Comme le montre le [tableau 2.1](#), la probabilité de mourir d'un cancer varie selon le type de cancer.

- Si on compte les hommes et les femmes ensemble, les Canadiens sont plus susceptibles de mourir d'un cancer du poumon et des bronches (poumon) que de tout autre type de cancer. On estime qu'un Canadien sur 21 (4,8 %) mourra d'un cancer du poumon, suivi du cancer colorectal (un sur 40; 2,5 %) et du cancer du pancréas (un sur 68; 1,5 %).
- On s'attend à ce qu'un homme sur 30 (3,3 %) meure du cancer de la prostate.
- On s'attend à ce qu'une femme sur 36 (2,8 %) meure d'un cancer du sein.

## Prévisions des décès par cancer en 2023

Les données sur la mortalité par cancer utilisées pour les projections dans cette publication vont de 1996 à 2020. Il s'agit des données les plus récentes disponibles au moment où les analyses ont commencé. Les données ont été utilisées pour projeter les taux et les décès jusqu'en 2023.

On estime que 86 700 Canadiens mourront du cancer en 2023 ([tableau 2.2](#)).

- On s'attend à ce que le cancer du poumon demeure la principale cause de décès par cancer chez les deux sexes, représentant presque un quart (24 %) de tous les décès par cancer au Canada.
- Le cancer du poumon est suivi du cancer colorectal, qui représentera 11 % de tous les décès par cancer au Canada. Vient ensuite le cancer du pancréas, qui représentera 7 % des décès par cancer au Canada.

FIGURE 2.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse\*), 2020



**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

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

\* Le Québec et la Nouvelle Écosse sont exclus de façon à avoir les mêmes exclusions géographiques utilisées pour l'estimation de la probabilité à vie d'avoir un cancer ([Figure 1.1](#)).

**Nota :** La probabilité de mourir d'un cancer est calculée sur la base des taux de mortalité selon l'âge, le sexe et la cause pour le Canada, à l'exclusion de la Nouvelle Écosse et du Québec, en 2019. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

- Les cinq principales causes de décès par cancer (cancer du poumon, cancer colorectal, cancer du pancréas, cancer du sein et cancer de la prostate) représentent plus de la moitié (53 %) de tous les décès par cancer au Canada.
- Le cancer du pancréas devrait être la quatrième cause de décès par cancer pour chaque sexe, représentant 7 % de tous les décès par cancer chez les hommes et les femmes.

## Mortalité selon le sexe

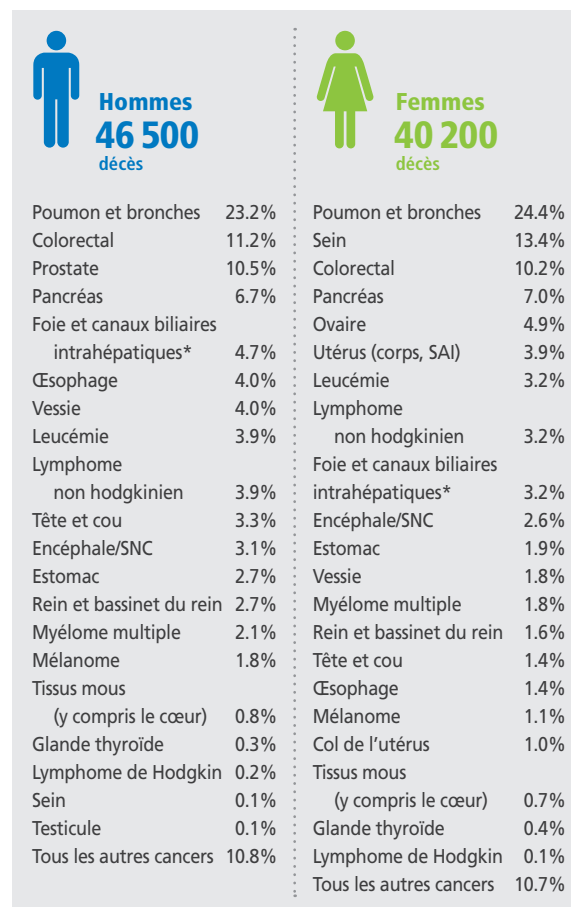
Le [tableau 2.2](#) montre le nombre et le taux de décès par cancer prévus pour les hommes et les femmes en 2023.

- Pour chaque type de cancer, sauf le cancer du sein et le cancer de la glande thyroïde, le nombre de décès devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- On s'attend à ce que plus d'hommes (46 500) que de femmes (40 200) meurent du cancer en 2023, avec 54 % de tous les décès par cancer devant survenir chez les hommes.
- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) chez les hommes (212,3 pour 100 000) devrait être supérieur d'environ 37 % à celui des femmes (154,6 pour 100 000).

La figure 2.2 montre la distribution prévue des décès par cancer chez les hommes et les femmes en 2023.

- Chez les hommes, le cancer du poumon devrait être la cause la plus fréquente de décès par cancer, représentant 23 % de l'ensemble des décès par cancer. Il est suivi par le cancer colorectal (11 %) et le cancer de la prostate (10 %).
- Chez les femmes, le cancer du poumon devrait être la principale cause de décès par cancer, représentant 24 % de l'ensemble des décès par cancer. Il est suivi par le cancer du sein (13 %) et le cancer colorectal (10 %).

**FIGURE 2.2** Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2023



**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

## Probabilité

Risque de mourir d'un cancer, mesuré au cours de la vie. La probabilité de mourir d'un cancer est exprimée sous forme de pourcentage ou en probabilité (p. ex. 20 % ou 1 personne sur 5 au cours d'une vie).

## Décès

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

## Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)

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

## Mortalité projetée

Les données réelles sur les décès étaient disponibles jusqu'en 2020 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Yukon, pour lequel les données ont été imputées de 2017 à 2020. Les données ont été utilisées pour projeter la mortalité par cancer jusqu'en 2023.

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

\* La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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



## Mortalité selon l'âge

Le nombre de décès par cancer augmente considérablement avec l'âge ([tableau 2.3](#)).

- Plus de 96 % des décès par cancer devraient survenir chez les personnes âgées de 50 ans et plus, avec un plus grand nombre de décès à des âges plus avancés. En fait, 67 % de tous les décès par cancer devraient survenir chez les personnes âgées de 70 ans ou plus.
- Quarante-quatre pour cent de tous les décès par cancer surviendront chez les personnes âgées de 50 à 74 ans.
- Quarante et un pour cent des décès par cancer colorectal devraient survenir chez les Canadiens situés dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage

(50 à 74 ans)<sup>(1)</sup>, tandis que 4 % devraient survenir chez les Canadiens âgés de moins de 50 ans.

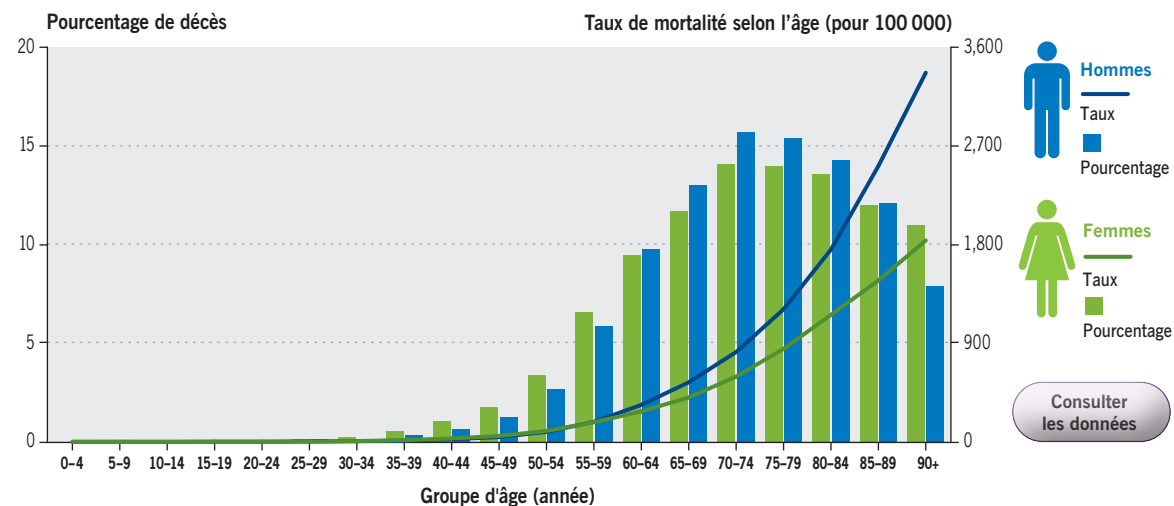
- Quarante-six pour cent des décès par cancer du sein devraient survenir chez les femmes situés dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage (50 à 74 ans)<sup>(2)</sup>, tandis que 9 % devraient survenir chez les femmes âgées de moins de 50 ans.
- Quarante-vingt-treize pour cent des décès par cancer du poumon devraient survenir chez les Canadiens âgés de 60 ans et plus. Près de la moitié des décès par cancer du poumon se situent dans le groupe d'âge proposé pour le dépistage du cancer du poumon au Canada (entre 55 et 74 ans avec un historique de tabagisme de 30 paquets-années)<sup>(3)</sup>.

- Quatre-vingt-neuf pour cent des décès par cancer du pancréas devraient survenir chez les Canadiens âgés de 60 ans et plus.
- Quatre-vingt-cinq pour cent des décès par cancer de la prostate devraient survenir chez les Canadiens âgés de 70 ans et plus.

Les tendances de la mortalité par cancer selon l'âge diffèrent chez les hommes et les femmes ([figure 2.3](#)).

- Entre 30 et 54 ans, le taux de décès par cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- À partir de 55 ans, le taux de mortalité par cancer est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le taux de décès par cancer est le plus élevé chez les Canadiens âgés de 90 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, le nombre de décès par cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes ([tableau 2.3](#)), malgré un taux selon l'âge plus faible.

**FIGURE 2.3** Pourcentage de décès et taux de mortalité selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2018 à 2020

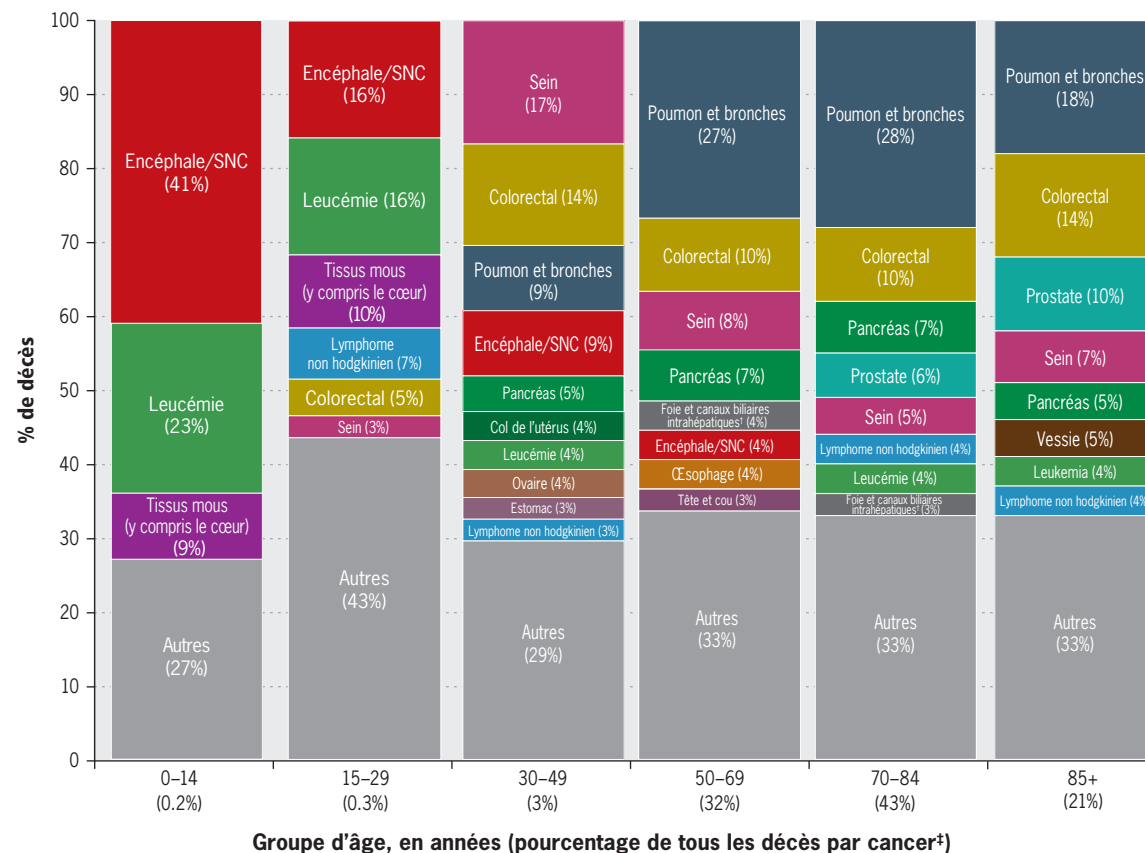


**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

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

- Dans les groupes d'âge les plus jeunes (0 à 14 ans et 15 à 29 ans), le cancer du cerveau, la leucémie et le cancer des tissus mous (y compris le cœur) sont les causes les plus fréquentes de décès par cancer. Dans le groupe d'âge de 0 à 14 ans, ces cancers représentent environ 73 % de tous les décès par cancer, mais ils ne représentent que 42 % de tous les décès par cancer dans le groupe d'âge de 15 à 29 ans. Un pourcentage plus élevé de décès dans le groupe plus âgé a été attribué aux cancers « adultes » (p. ex. cancer colorectal et cancer du sein).
- Dans le groupe d'âge de 30 à 49 ans, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer et représente 17 % de tous les décès par cancer. Le cancer colorectal (14 %), le cancer du poumon (9 %) et le cancer du cerveau (9 %) viennent ensuite en deuxième place, représentant 32 % de tous les décès par cancer dans ce groupe d'âge.
- Dans tous les groupes plus âgés (50 ans et plus), le cancer du poumon est de loin la cause la plus fréquente de décès par cancer, suivi par le cancer colorectal. Les décès par cancer du sein, du pancréas et de la prostate sont également relativement fréquents, le cancer de la prostate apparaissant de manière plus marquée avec l'âge.

FIGURE 2.4 Distribution des décès par certains cancers\*, selon le groupe d'âge, Canada, 2016 à 2020



SNC = système nerveux central

\* Le choix des cancers dans chacun des groupes d'âge est basé sur un pourcentage non arrondi d'au moins 3%. Étant donné que les pourcentages présentés dans le tableau sont arrondis, leurs sommes dans chacun des groupes ne s'additionnent pas nécessairement à 100%. Dans les publications précédentes, la valeur d'inclusion était de 2.5%.

† La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intra-hépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

‡ Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de décès sur cinq ans (2016 à 2020) pour chaque groupe d'âge.

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

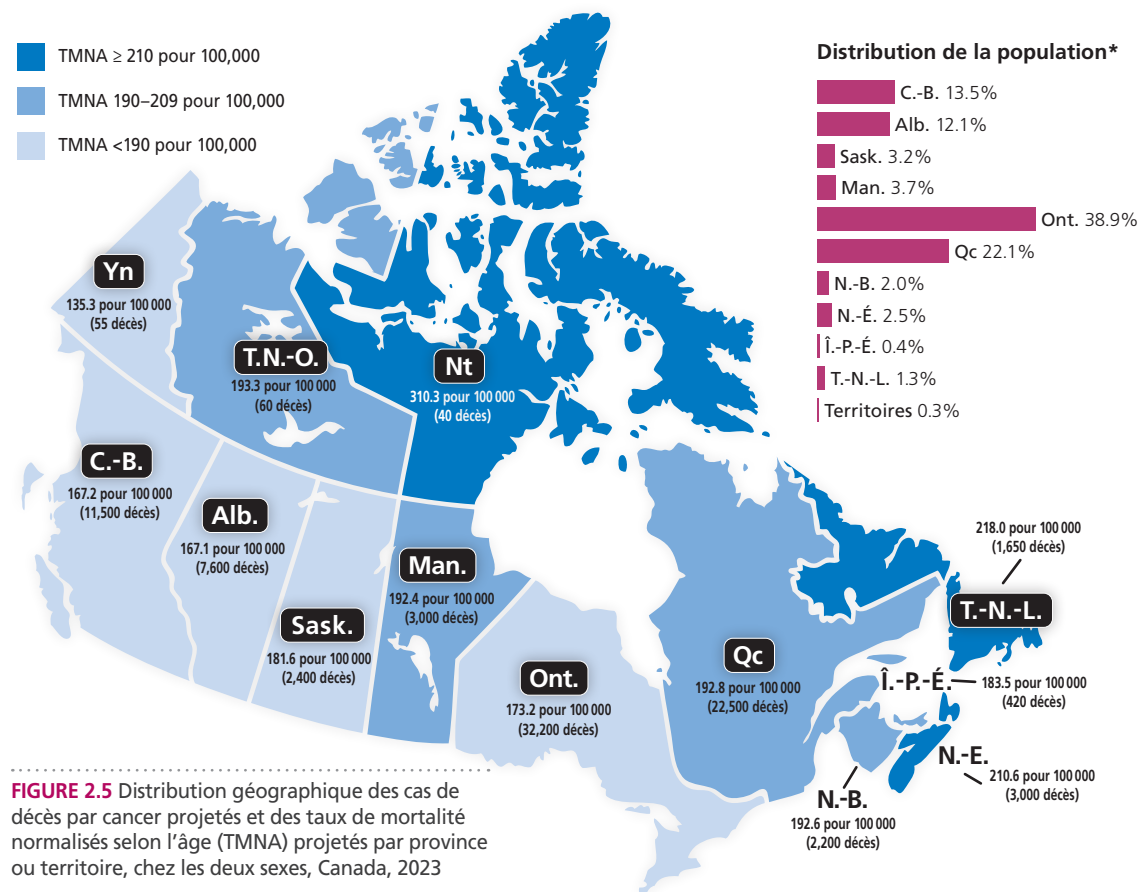
**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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

## Mortalité selon la région géographique

La figure 2.5 montre la distribution prévue des décès par cancer au Canada en 2023. Ces estimations sont fondées sur la province ou le territoire de résidence de la personne au moment du décès plutôt que sur le lieu où le décès est survenu.

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



**FIGURE 2.5** Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province ou territoire, chez les deux sexes, Canada, 2023

Les projections du TINA (tableau 2.4) et du nombre de décès (tableau 2.5) par type de cancer pour chaque province et territoire montrent qu'il existe des différences de mortalité partout au Canada.

- Les taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes sont généralement plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique.
- Les taux de mortalité par cancer colorectal sont les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador, tant chez les hommes que chez les femmes. Terre-Neuve-et-Labrador a également un taux d'incidence élevé de cancer colorectal (tableau 1.4).

- Les taux de mortalité liés au cancer de l'estomac sont les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Les taux de mortalité par cancer de la prostate varient d'environ 20 pour 100 000 à 30 pour 100 000 selon les régions.

Les différences de taux de mortalité par cancer peuvent être corrélées aux différences d'incidence attribuables aux variations régionales des facteurs de risque modifiables (chapitre 1), ainsi qu'aux différences d'accès aux services de lutte contre le cancer, comme le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi<sup>(4,5)</sup>.

Fait important, ces estimations ne comprennent pas de mesure de l'importance, comme les intervalles de confiance ou les valeurs p, de sorte que nous ne pouvons conclure si les différences déclarées sont statistiquement significatives. De plus, les estimations des provinces moins peuplées et des territoires doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent varier considérablement d'une année à l'autre.



Les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés dans les provinces de l'Est et plus faibles dans les provinces de l'Ouest.

\* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2023.

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès et projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires à Statistic Canada

## Mortalité au fil du temps

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

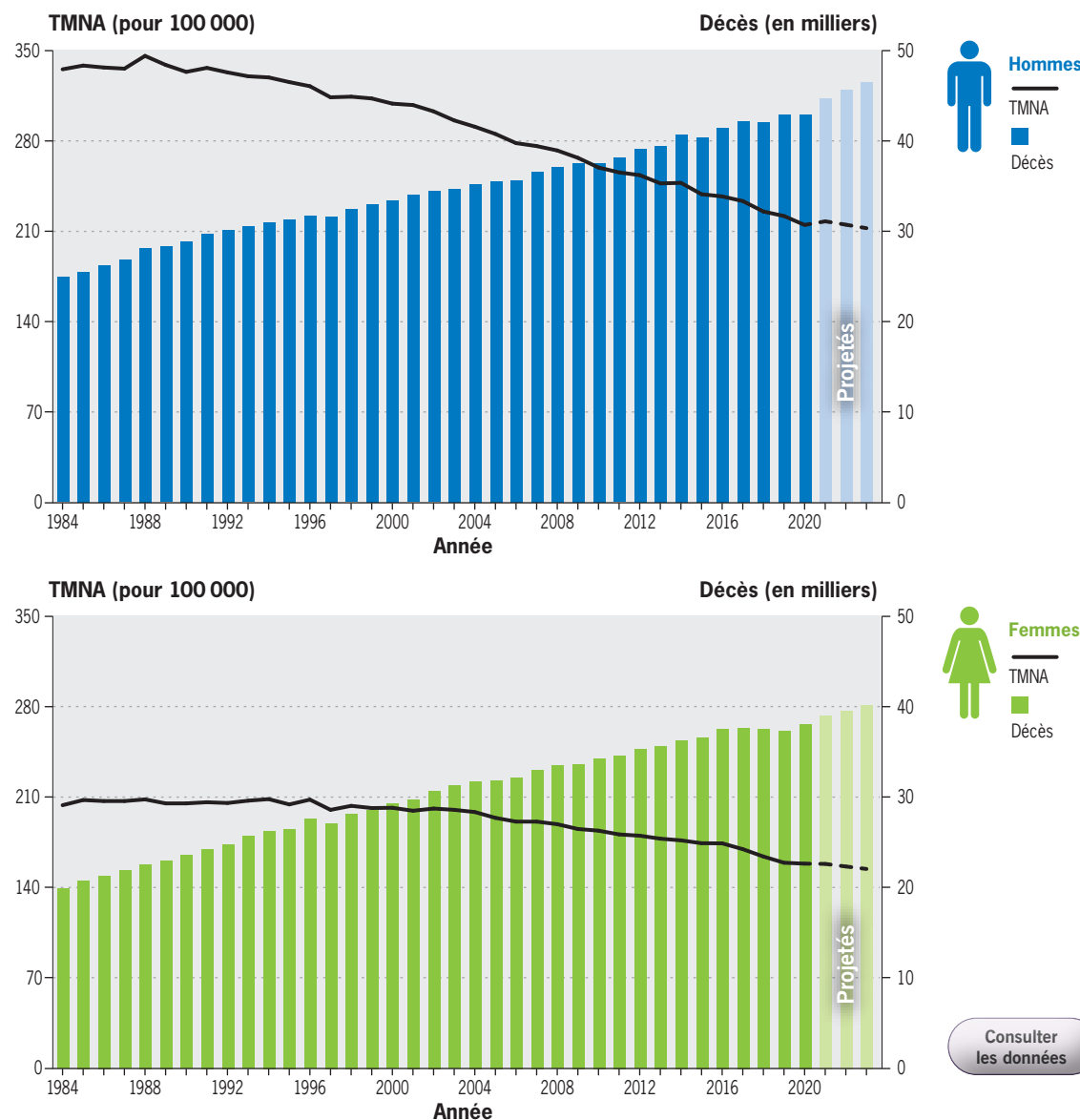
La figure 2.6 donne un aperçu général des tendances de la mortalité au fil du temps pour tous les cancers combinés.

- Selon les estimations de 1984 à 2023, les taux de mortalité pour tous les cancers combinés ont diminué de 335,4 à 212,3 pour 100 000 chez les hommes, et de 203,9 à 154,6 pour 100 000 chez les femmes. Les taux de décès par cancer ont atteint un pic en 1988 et, depuis lors, ils ont diminué de 39 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes.
- Au cours de la même période, le nombre de décès par cancer est passé de 24 900 à 46 500 prévus chez les hommes, et de 19 900 à 40 200 prévus chez les femmes. Cette augmentation est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population canadienne<sup>(6-8)</sup>.

\* Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2020 pour toutes les provinces et territoires à l'exception du Yukon pour lequel les données étaient disponibles jusqu'en 2016. Les données du Yukon ont été estimées de 2017 à 2020. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les estimés pour 2021 à 2023 ont été projetés à partir des données réelles jusqu'en 2020.

FIGURE 2.6 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada,\* 1984 à 2023



**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

Consulter les données

## Variation annuelle en pourcentage (VAP)

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

## Année de référence

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

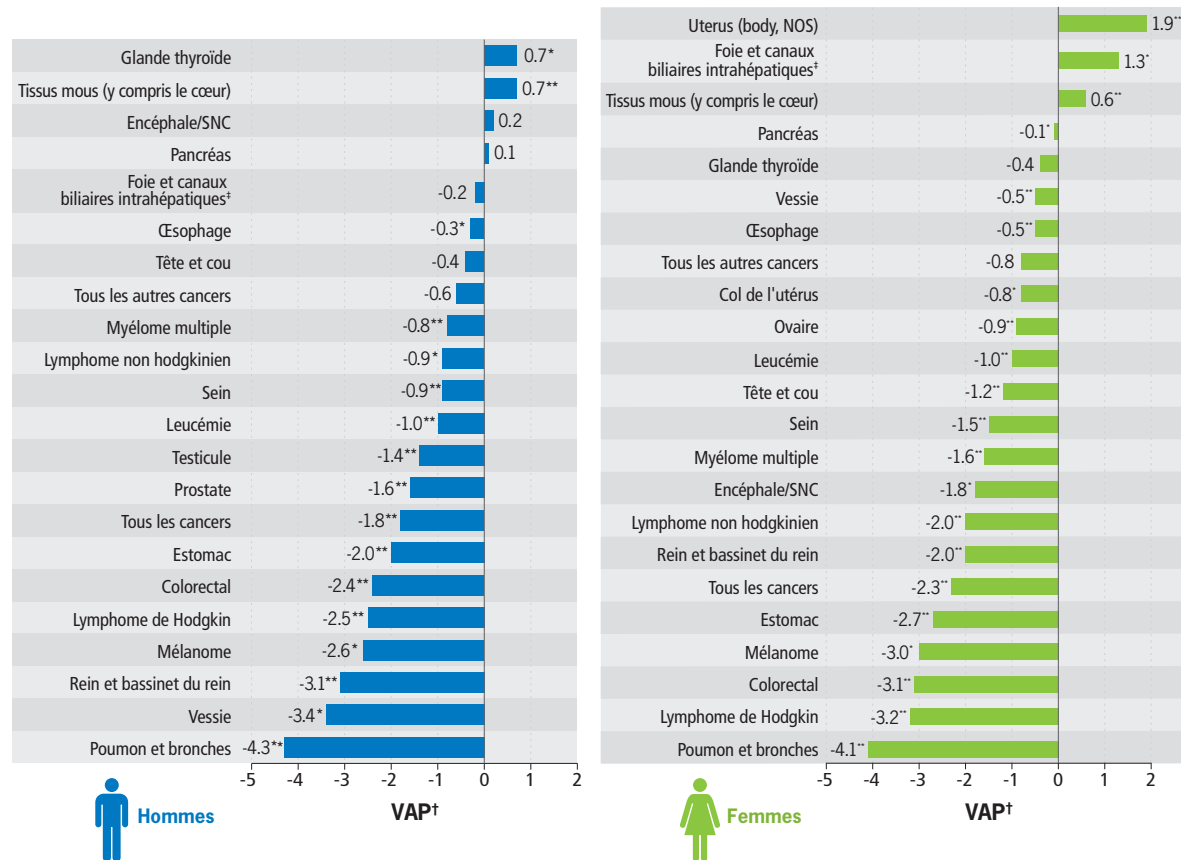
## Signification statistique

Désigne un résultat dont il est peu probable qu'il soit le fruit du hasard, en supposant qu'il n'y avait pas d'autres sources de biais, étant donné un seuil prédéterminé (p. ex., moins d'une fois sur 20, qui s'exprime comme  $p < 0,05$ ).

## Limites de confiance (LC)

Valeurs supérieure et inférieure d'un intervalle (intervalle de confiance) qui donne une indication de la précision d'une estimation. Les intervalles de confiance sont habituellement de 95 %. Cela signifie qu'en cas d'échantillonnage répété pour une étude, et en supposant qu'il n'y ait pas d'autres sources de biais, 95 % des intervalles de confiance résultants contiendraient la vraie valeur de la statistique estimée.

**FIGURE 2.7** Variation annuelle en pourcentage (VAP)<sup>†</sup> la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2020



SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

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

<sup>†</sup> La VAP a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Si un ou plusieurs changements importants dans la tendance des taux ont été détectés, la VAP tient compte de la tendance du changement significatif le plus récent (année de référence) à 2020. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2020). Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

<sup>‡</sup> La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intra-hépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

**Nota :** L'année de référence pour chaque cancer figure dans le [tableau 2.7](#). Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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



Alors que le nombre de décès par cancer continue d'augmenter chaque année, les taux de mortalité ont diminué pour de nombreux types de cancer.

### Tendances récentes

Le [tableau 2.6](#) montre les tendances au chapitre des taux de mortalité par cancer de 1984 à 2019 chez les hommes et les femmes, telles qu'elles sont mesurées par une variation annuelle en pourcentage (VAP). Le [tableau 2.7](#) présente les tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées dans la figure 2.7.

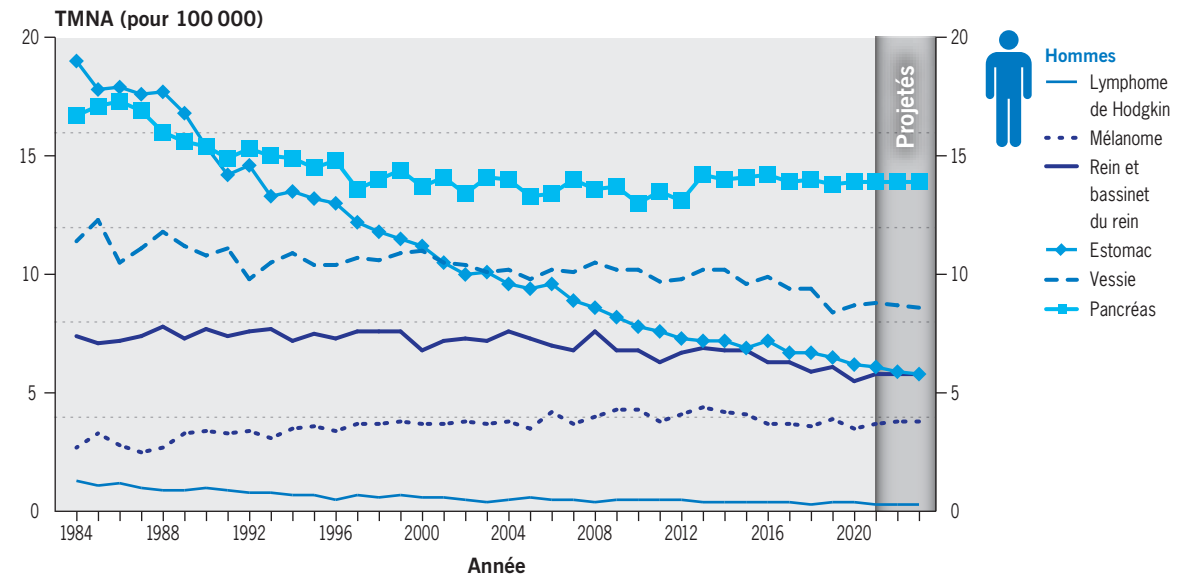
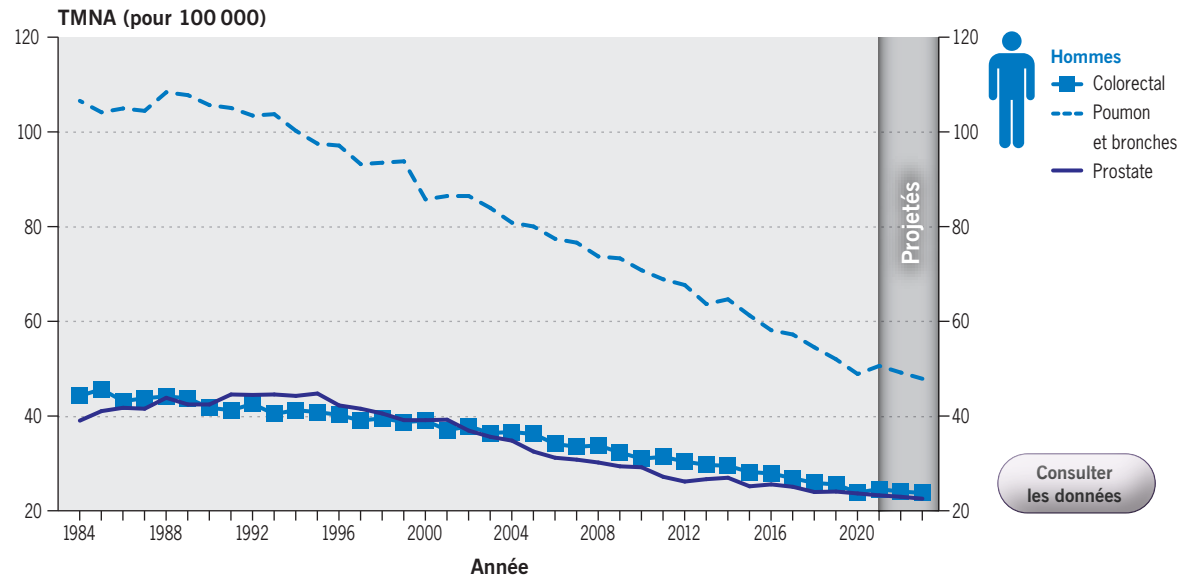
- Ces dernières années, les taux de mortalité ont diminué pour les deux tiers des cancers déclarés.
- Pour les deux sexes et tous cancers confondus, la mortalité diminue à un rythme de -2,2 % par an depuis 2016.

\* Quatre causes de cancer les plus fréquentes chez les hommes et cancers dont le taux de mortalité a connu une variation statistiquement significative d'au moins 2 % par an, mesurée par la variation annuelle en pourcentage la plus récente (voir le [tableau 2.7](#)).

† Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2020 pour toutes les provinces et territoires à l'exception du Yukon pour lequel les données étaient disponibles jusqu'en 2016. Les données du Yukon ont été estimées de 2017 à 2020. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les estimations pour 2021 à 2023 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2020. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 2.8 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers\*, hommes, Canada, † 1984 à 2023



**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

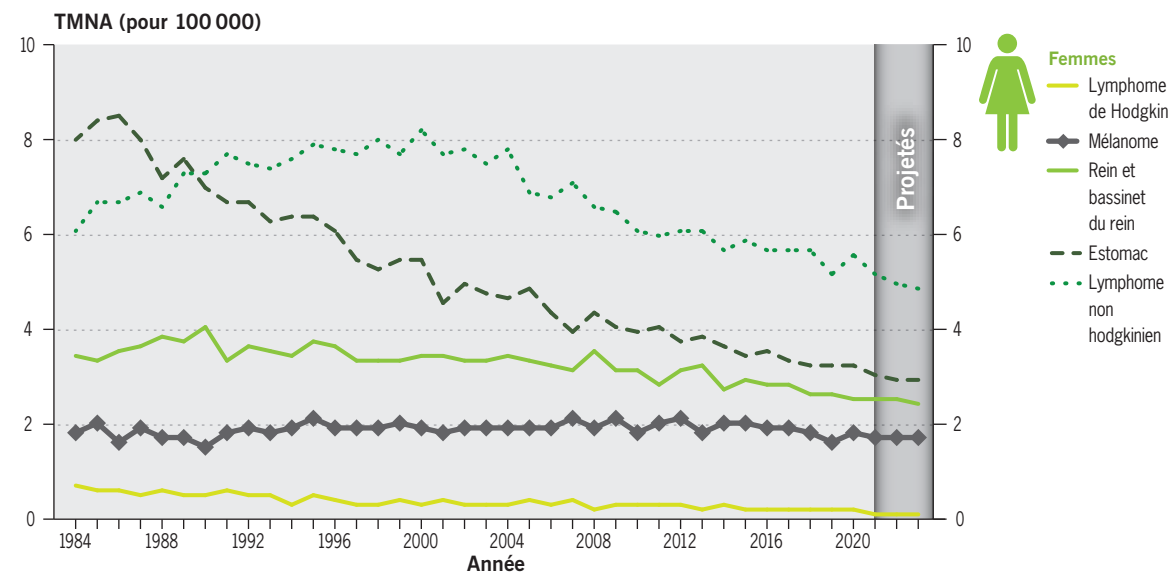
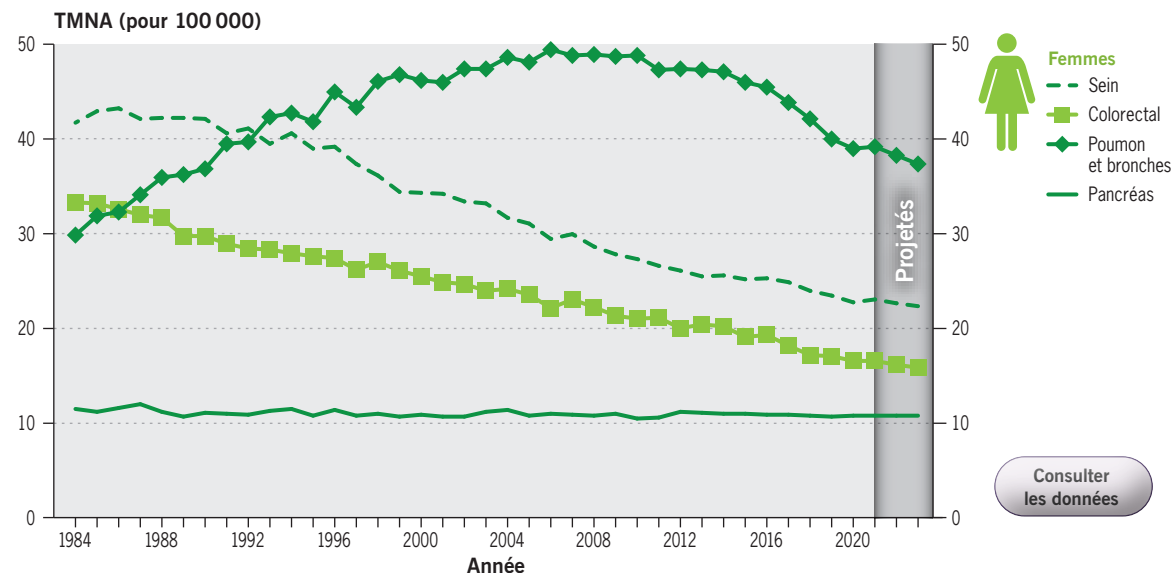
- Chez les hommes, les baisses significatives les plus importantes concernent les types de cancer suivants : cancer du poumon (-4,3 % par an depuis 2014), cancer de la vessie (-3,4 % par an depuis 2016), cancer du rein et du bassinnet du rein (-3,1 % par an depuis 2014), mélanome (-2,6 % par an depuis 2013), lymphome de Hodgkin (-2,5 % par an depuis 1996), cancer colorectal (-2,4 % par an depuis 2004) et cancer de l'estomac (-2,0 % par an depuis 2012).
- Chez les femmes, les diminutions significatives les plus importantes concernaient les types de cancer suivants : cancer du poumon (-4,1 % par an depuis 2016), lymphome hodgkinien (-3,2 % par an depuis 1984), cancer colorectal (-3,1 % par an depuis 2014), mélanome (-3,0 % par an depuis 2014), cancer de l'estomac (-2,7 % par an depuis 1984), lymphome non hodgkinien (-2,0 % par an depuis 1998) et cancer du rein et du bassinnet du rein (-2,0 % par an depuis 2008).

\* Quatre causes de cancer les plus fréquentes chez les femmes et cancers dont le taux de mortalité a connu une variation statistiquement significative d'au moins 2 % par an, mesurée par la variation annuelle en pourcentage la plus récente (voir le [tableau 2.7](#)).

† Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2020 pour toutes les provinces et territoires à l'exception du Yukon pour lequel les données étaient disponibles jusqu'en 2016. Les données du Yukon ont été estimées de 2017 à 2020. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les estimations pour 2021 à 2023 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2020. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 2.9 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers\*, femmes, Canada,† 1984 à 2023



**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

## Tendances à long terme

Les tendances à long terme fournissent un contexte supplémentaire pour comprendre les succès et les défis de la réduction de la mortalité par cancer. Le [tableau 2.6](#) présente les tendances des taux de mortalité entre 1984 et 2020 par type de cancer.

- Chez les hommes, le taux global de mortalité par cancer a diminué de -0,8 % par an entre 1988 et 2001. Depuis lors, le taux de baisse a doublé, la mortalité diminuant de -1,8 % par an.
- Chez les femmes, le taux global de mortalité par cancer est en baisse depuis 1984. La diminution du taux s'est accentuée au fil des ans : -0,2 % par an entre 1984 et 2002; -1,1 % par an entre 2002 et 2016; et -2,3 % par an depuis 2016.

Les [figures 2.8](#) et [2.9](#) montrent les TMNA au fil du temps (projection jusqu'en 2023) pour les principales causes de décès par cancer. Elles montrent également les cancers qui ont connu un changement statistiquement significatif d'au moins 2 % dans la VAP la plus récente : lymphome hodgkinien, cancer du rein et du bassin du rein, mélanome et cancer de l'estomac pour les deux sexes; cancer de la vessie chez les hommes; et lymphome non hodgkinien chez les femmes.



La mortalité par cancer du poumon diminue plus rapidement que pour tout autre cancer au Canada.

## Cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon)

Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer du poumon est resté stable tout au long des années 1980 et diminue depuis 1992. Par contre, le taux de mortalité a continué à augmenter jusqu'en 2006 chez les femmes. Alors que la baisse initiale chez les femmes était relativement modeste (-0,8 % entre 2006 et 2016), le taux de baisse de la mortalité par cancer du poumon est maintenant comparable entre les sexes, diminuant de -4,3 % par an chez les hommes et de -4,1 % par an chez les femmes. Il s'agit de la baisse la plus rapide de la mortalité par cancer du poumon enregistrée à ce jour au Canada et de la baisse la plus importante de la mortalité par cancer, tous types de cancer confondus. La tendance de la mortalité par cancer du poumon reflète en grande partie l'incidence du cancer du poumon, qui concorde avec des antécédents de tabagisme. Malgré les tendances à la baisse observées, le cancer du poumon reste le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada et demeure la principale cause de décès par cancer. Des efforts de lutte contre le tabagisme sont encore nécessaires pour réduire davantage le fardeau du cancer du poumon<sup>(9,10)</sup>. On craint également que le vapotage et l'utilisation de la cigarette électronique augmentent le risque de cancer du poumon et, par conséquent, la mortalité. Cependant, nous manquons actuellement de données définitives établissant un lien entre le vapotage et l'utilisation de la cigarette électronique et le cancer du poumon<sup>(11)</sup>.

Actuellement, environ 70 % des cancers du poumon sont décelés au stade III ou IV<sup>(12-14)</sup>. Moins de 16 % des personnes diagnostiquées à ces stades avancés devraient survivre plus de cinq ans après leur diagnostic<sup>(15)</sup>. La recommandation récente d'introduire des programmes de dépistage

pour les personnes à risque élevé est une étape positive vers la réduction de la mortalité future attribuable au cancer du poumon au Canada. L'objectif de ces programmes est de détecter la maladie à un stade plus précoce, où elle peut mieux répondre au traitement<sup>(16)</sup>. L'heure est à l'optimisme, car les innovations (notamment la possibilité de dépister la maladie, la chirurgie mini-invasive, la radiothérapie ciblée et les nouveaux traitements systémiques) transforment tous les aspects du traitement du cancer du poumon.

## Cancer colorectal

Les taux de mortalité attribuables au cancer colorectal ont diminué de manière notable pour les deux sexes entre 1984 et 2020. Chez les hommes, le taux a diminué de -1,0 % par an jusqu'en 2004 et de -2,4 % par la suite. Chez les femmes, le taux a d'abord diminué de -1,7 % par an. Toutefois, depuis 2014, le taux de baisse a presque doublé et la mortalité a diminué de -3,1 % par an. Des baisses similaires de la mortalité ont été observées dans d'autres pays à revenu élevé dans le monde entier et ont été attribuées en partie aux interventions de dépistage<sup>(17)</sup>. Les programmes de dépistage du cancer colorectal permettent de déceler et d'enlever les polypes précancéreux, ce qui réduit l'incidence et aide à détecter le cancer à un stade précoce, lorsque le traitement est le plus efficace. Étant donné le lien étroit entre le stade au moment du diagnostic et la survie pour le cancer colorectal<sup>(15,18,19)</sup>, la mise en œuvre de programmes de dépistage pour la détection précoce et l'amélioration des traitements ont contribué à la baisse plus rapide de la mortalité par cancer colorectal observée ces dernières années<sup>(20)</sup>. Dans certains pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et plusieurs pays européens, la baisse de la mortalité peut également refléter la réduction



relative du risque et de l'incidence. Cela est attribuable à l'évolution de la prévalence et de la répartition des principaux facteurs de risque, notamment la consommation d'alcool, le tabagisme et l'inactivité physique<sup>(17)</sup>.

### Cancer du pancréas

Bien qu'il ne fasse pas partie des cancers les plus fréquemment diagnostiqués, le cancer du pancréas devrait être la troisième cause de décès par cancer en 2023. Cela s'explique en partie par le fait que le taux de mortalité du cancer du pancréas est resté pratiquement le même au cours des 35 dernières années, alors que les taux des cancers plus courants, notamment le cancer du poumon, du sein, de la prostate et colorectal, ont considérablement diminué. Pour les deux sexes combinés, on observe une diminution marginale des taux de mortalité par cancer du pancréas entre 1984 et 1999 (-0,9 % par an) et aucun changement notable depuis 2000 (0,0 %). Les taux de mortalité du cancer du pancréas sont presque aussi élevés que les taux d'incidence de ce cancer en raison du faible taux de survie<sup>(21-24)</sup>. Les tendances des taux de mortalité du cancer du pancréas ont varié d'un pays à l'autre au cours de la dernière décennie, mais ont généralement augmenté au fil du temps<sup>(25,26)</sup>. Les pays où l'incidence et la mortalité sont les plus élevées sont plus susceptibles d'avoir une prévalence plus élevée du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'inactivité physique, de l'obésité, de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie<sup>(26)</sup>.

### Cancer du sein (chez les femmes)

Le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes est en baisse depuis les années 1980. Après le pic atteint à la fin des années 1980, le TMNA a chuté de 47 %, passant de 41,7 décès pour 100 000 en 1989 à un taux projeté de 22,1 décès pour 100 000 en 2023. La tendance à

la baisse a été estimée à -2,4 % par an entre 1994 et 2011 et à -1,5 % par an entre 2011 et 2020. La baisse de la mortalité par cancer du sein chez les femmes a été largement attribuée à la combinaison d'une augmentation du dépistage par mammographie<sup>(27)</sup> et de l'utilisation de traitements plus efficaces et multidisciplinaires après le diagnostic du cancer du sein<sup>(28,29)</sup>. Une baisse similaire a été observée aux États-Unis, où le taux de mortalité par cancer du sein a diminué de -1,3 % par an entre 2011 et 2020<sup>(30)</sup>. Cependant, le cancer du sein reste un problème de santé important au niveau international. De nombreux pays font état d'une augmentation de l'incidence, de la prévalence et des taux de mortalité<sup>(31,32)</sup>. Au Canada, un grand nombre de personnes continuent à recevoir un diagnostic de cancer du sein et à mourir de cette maladie. Chez les femmes, le cancer du sein est la deuxième cause de décès par cancer après le cancer du poumon et moins de la moitié (46 %) de ces décès surviennent chez les femmes âgées de 50 à 74 ans.

### Cancer de la prostate

Le taux de mortalité du cancer de la prostate est en baisse depuis 1994. Dans un premier temps, le taux a diminué de -2,8 % par an, puis en 2012, la baisse a ralenti pour atteindre -1,6 % par an. Cette baisse reflète probablement l'amélioration des traitements suite à l'introduction de l'hormonothérapie pour les stades précoces et avancés de la maladie<sup>(33-35)</sup> et les progrès de la radiothérapie<sup>(36)</sup>. Le rôle du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans la réduction du taux de mortalité n'est toujours pas clair. En 2009, deux grands essais randomisés menés aux États-Unis et en Europe ont donné des résultats contradictoires sur l'utilisation du test APS chez les hommes de plus de 55 ans<sup>(37,38)</sup>. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé

préventifs ne recommande pas l'utilisation du test APS pour le dépistage sur la base des données probantes actuelles<sup>(39)</sup>. Une étude de l'Agence de la santé publique du Canada n'a signalé aucune augmentation de la mortalité ou du diagnostic de tumeurs à un stade avancé dans les cinq années qui ont suivi l'adoption des directives révisées sur le test de dépistage de l'APS<sup>(40)</sup>.

### Cancer de la vessie

Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer de la vessie a historiquement diminué de façon marginale (-0,4 %). Cependant, depuis 2016, le rythme de la baisse est rapide, à -3,4 % par an. Chez les femmes, la diminution du taux de mortalité est stable à -0,5 % par an depuis 1984. Des tendances à la baisse similaires ont été rapportées au Royaume-Uni<sup>(41)</sup>, où les hommes ont également montré une réduction plus rapide des taux de mortalité que les femmes ces dernières années. À l'échelle mondiale, la mortalité par cancer de la vessie a diminué dans la plupart des pays, sauf dans ceux qui connaissent une transition économique rapide. Il s'agit notamment de pays d'Amérique centrale et du Sud, de certains pays du centre, du sud et de l'est de l'Europe et des pays baltes<sup>(42)</sup>. Le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer de la vessie, représentant environ la moitié de tous les cas de cancer de la vessie dans certaines populations. Il n'est donc pas surprenant de constater que les tendances de l'incidence du cancer de la vessie (voir le tableau 1.6) et de la mortalité reflètent en partie l'histoire du tabagisme au Canada et ailleurs<sup>(42)</sup>.

### Lymphome de Hodgkin

Les taux de mortalité par lymphome de Hodgkin ont diminué rapidement chez les hommes et les femmes depuis 1984. Pour les deux sexes combinés, le taux a diminué de -4,6 % par an

jusqu'en 1997, et a diminué de -2,5 % par an depuis lors. Sur la base de ces taux de diminution, les taux de mortalité en 2023 devraient être inférieurs de 77 % et 86 % à ceux de 1984 pour les hommes et les femmes, respectivement. Les dernières études sur la mortalité mondiale due au lymphome de Hodgkin ont fait état de tendances à la baisse similaires<sup>(43,44)</sup>, bien que l'ampleur de la baisse de la mortalité varie selon le groupe d'âge et l'indice sociodémographique d'une région. La réduction de la mortalité a été largement attribuée à l'amélioration des traitements<sup>(45,46)</sup>.

### Cancer du rein et du bassinnet du rein

Les taux de mortalité par cancer du rein et du bassin rénal sont en baisse depuis 1984, tant chez les hommes que chez les femmes. Les tendances récentes montrent une baisse annuelle de -3,1 % du taux de mortalité chez les hommes depuis 2014 et une baisse annuelle de -2,0 % de la mortalité chez les femmes depuis 2008. Des baisses d'ampleur similaire de la mortalité par cancer du rein ont été signalées aux États-Unis<sup>(47)</sup> et dans le monde, dans des régions à indice sociodémographique élevé<sup>(48)</sup>. L'interprétation de ces tendances reste discutable. Cependant, certains chercheurs ont suggéré qu'une meilleure compréhension de la biologie moléculaire de la maladie et des améliorations dans le diagnostic et le traitement, ainsi que la tendance à la baisse du tabagisme, pourraient avoir joué un rôle<sup>(47-50)</sup>.

### Mélanome

Chez les hommes, le taux de mortalité par mélanome a augmenté de 1,3 % par an entre 1984 et 2013. Depuis lors, il a diminué de -2,6 % par an. Chez les femmes, le taux de mortalité a augmenté marginalement (0,4 % par an) jusqu'en 2014, et il a depuis diminué de -3,0 % par an. Des tendances similaires ont été observées aux États-Unis<sup>(51)</sup> et en Europe<sup>(52)</sup>. Les baisses globales observées dans

la mortalité par cancer de la peau due au mélanome ont été largement attribuées à l'introduction de traitements améliorés et de diagnostics précoces, ainsi qu'à la mise en œuvre de programmes de sensibilisation<sup>(53)</sup>. Cependant, il est important de noter que, bien que le taux de mortalité par cancer de la peau due au mélanome continue de baisser au Canada, une étude récente montre d'importantes disparités dans les taux à l'échelle du pays. Il est noté que la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont les plus touchées par le mélanome, avec des taux d'incidence et de mortalité plus élevés que dans le reste du pays<sup>(54)</sup>.

### Lymphome non hodgkinien

Les taux de mortalité par lymphome non hodgkinien ont augmenté avant 2000, mais ont ensuite diminué. Chez les hommes, le taux a diminué de -2,4 % par an entre 2000 et 2010, et de -0,9 % par an par la suite. Chez les femmes, le taux de baisse est constant depuis 1998, à -2,0 % par an. Les tendances des taux de mortalité varient considérablement dans le monde, bien que des baisses soient observées dans les régions à indice sociodémographique élevé telles que l'Amérique du Nord, l'ouest de l'Europe et l'Australie<sup>(55)</sup>. La tendance à la baisse de la mortalité reflète probablement les améliorations continues du traitement, telles que l'immunothérapie (p. ex., le rituximab)<sup>(56)</sup>. En outre, l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) à la fin des années 1990<sup>(57)</sup> pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a entraîné une diminution des formes agressives de lymphome non hodgkinien attribuables à l'infection au VIH.

### Cancer de l'estomac

Les taux de mortalité par cancer de l'estomac ont diminué rapidement chez les hommes et les

femmes depuis 1984. Chez les hommes, le taux a diminué de -3,3 % par an jusqu'en 2012, puis de -2,0 % par la suite. Chez les femmes, le taux de baisse est constant depuis 1984, à -2,7 % par an. En 2023, le taux de mortalité des hommes et des femmes devrait être environ trois fois inférieur à celui de 1984. L'évolution des taux de mortalité a largement reflété celle de l'incidence. Cette tendance a été rapportée dans plusieurs régions du monde<sup>(58,59)</sup>. Les recherches suggèrent que la modification du régime alimentaire et les changements dans la prévalence des facteurs de risque communs, notamment les infections à *Helicobacter pylori* et le tabagisme, ont contribué aux tendances rapportées<sup>(58-60)</sup>.

### Tous cancers confondus

Le taux de mortalité, tous cancers confondus (c'est-à-dire le taux global), a diminué de manière significative au cours des 35 dernières années au Canada. Depuis 2016, la baisse est plus rapide : le taux a diminué de -1,8 % par an chez les hommes et de -2,3 % chez les femmes. En 2023, le TMNA global devrait être inférieur de 37 % et de 24 % à ce qu'il était en 1984 pour les hommes et les femmes, respectivement. Cette tendance semble être alimentée par les taux de mortalité liés au cancer du poumon et au cancer colorectal, dont la baisse s'est accentuée ces dernières années, en grande partie grâce à une détection plus précoce et aux progrès réalisés dans les traitements. Une baisse similaire du taux de mortalité est signalée aux États-Unis. Dans ce pays, les taux de mortalité tous cancers confondus ont chuté de 32 % entre 1991 et 2019, ce qui représente environ 3,5 millions de décès par cancer de moins que si la mortalité était restée à son niveau maximum<sup>(61)</sup>. La baisse des taux de mortalité observée au Canada, aux États-Unis et dans plusieurs autres pays<sup>(62)</sup> est un bon indicateur des progrès réalisés dans la lutte contre le cancer au niveau mondial.

## Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le tableau 2.6 illustre également la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des cancers entre 1984 et 2019. En résumant les différentes tendances au fil du temps, la VAMP permet de comparer l'évolution de la mortalité entre les différents cancers pour une même période donnée.

La VAMP fournit également une mesure de l'évolution globale d'un cancer sur une période donnée. Les VAMP doivent être interprétées avec prudence, car elles ne reflètent pas nécessairement les tendances les plus récentes; il faut utiliser la VAP pour les tendances les plus récentes.

- Depuis 1984, la plus forte diminution du nombre de la VAMP pour les deux sexes confondus concerne le lymphome de Hodgkin et le cancer de l'estomac, tandis que la plus forte augmentation concerne le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques.

### Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

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

- Malgré l'augmentation du taux de mortalité par cancer de la prostate entre 1984 et 1994 (VAP = 1,3 %), le taux de mortalité pour ce cancer a globalement diminué depuis 1984 (VAMP = -1,4 %).
- Au Canada, le taux de mortalité, tous cancers confondus, a diminué en moyenne de -1,0 % par an depuis 1984.
- Alors que le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes a légèrement augmenté (VAMP = 0,7 %) entre 1984 et 2020, il diminue rapidement depuis 2016 (VAP = -4,1 %).

## Que signifient ces statistiques?

Fait encourageant, le taux de mortalité pour tous les cancers combinés connaît une diminution depuis la fin des années 1980, et ce, malgré le fait que le taux d'incidence de tous les cancers combinés n'a diminué au Canada que depuis 2011.

Une diminution du taux de mortalité associée à un cancer donné peut découler d'une diminution du taux d'incidence. Il n'est donc pas surprenant que les tendances des taux de mortalité selon le sexe, l'âge et la région géographique reflètent largement les tendances de l'incidence présentées dans le chapitre 1. Par exemple, les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, la plupart des décès par cancer surviennent à un âge plus avancé et les taux de mortalité par cancer sont généralement plus élevés dans l'est du Canada que dans l'ouest.

Cependant, l'incidence n'est pas le seul facteur qui détermine la mortalité. Une diminution du taux de mortalité pour un cancer en particulier peut également résulter d'une amélioration de la détection précoce. En effet, le stade du cancer au moment du diagnostic a des répercussions importantes sur la survie au cancer<sup>(12,15)</sup>. Les améliorations des traitements qui augmentent les chances de survie influent également sur les taux de mortalité. Ainsi, des facteurs tels que l'accès aux interventions de lutte contre le cancer (p. ex., le dépistage) ou les variations des pratiques cliniques en fonction de la province, de l'âge ou du sexe contribuent également aux variations des taux de mortalité. Il existe probablement aussi des différences d'âge et de sexe dans la réponse au traitement du cancer<sup>(63)</sup> qui contribuent encore aux variations des taux de mortalité.

Bien que le taux de mortalité global continue de diminuer au Canada, le nombre réel de décès par cancer continue d'augmenter en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population. Cela a des implications pour la politique en matière de santé et la planification des ressources. En outre, le taux de mortalité de certains cancers, comme le cancer de l'utérus chez les femmes, continue d'augmenter. L'amélioration de la détection précoce et du traitement des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer, ainsi que l'amélioration de l'aide aux personnes vivant avec un cancer et après un cancer, continuent d'être de la plus haute importance.

## Ressources supplémentaires

Le site [cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques) contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. En voici quelques-unes :

- Feuilles de calcul Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#)
- Feuilles de calcul Excel avec des [statistiques supplémentaires](#)
- Images des [figures PowerPoint](#) utilisées dans ce chapitre

## Références

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal en soins primaires. CMAJ. 2016;188:340-348.
2. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. CMAJ. 2018;190(49):E1441-E1451.
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer du poumon. CMAJ. 2016;188(6):425-432.
4. Partenariat canadien contre le cancer. Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie [en ligne]. Toronto (Ontario); 2020. Accès : <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/> (consulté en avril 2023).
5. Saint-Jacques N, Dewar R, Cui Y, Parker L, Dummer TJ. Premature mortality due to social and material deprivation in Nova Scotia, Canada. Int J Equity Health. 2014;13(1):94.
6. Statistique Canada. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Accès : [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?%20st=li6F\\_zz](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?%20st=li6F_zz) (consulté en avril 2023).
7. Statistique Canada. Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170208/dq170208a-fra.htm> (consulté en avril 2023).
8. Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de la population de 2021 [en ligne]. No 98-316-X2021001 au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2023. Accès : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (consulté en avril 2023).
9. Boer R, Moolgavkar SH, Levy DT. Chapter 15: Impact of tobacco control on lung cancer mortality in the United States over the period 1975-2000 – Summary and limitations. Risk Anal. 2012;32(Suppl 1):S190-S201.
10. Fillon M. Tobacco control initiatives cut the number of lung cancer deaths in California by 28%. CA Cancer J Clin. 2019;69(2):83-85.
11. Bracken-Clarke D, Kapoor D, Baird AM, Buchanan PJ, Gately K, Cuffe S, et al. Vaping and lung cancer – A review of current data and recommendations. Lung Cancer. 2021;153:11-20.
12. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2018. Accès : <http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR> (consulté en avril 2023).
13. Bryan S, Masoud H, Weir HK, Woods R, Lockwood G, Smith L, et al. Le cancer au Canada : stade au moment du diagnostic. Rapports sur la santé. 2018;29(12):23-27.
14. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2020. Accès : [www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2020-FR](http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2020-FR) (consulté en avril 2023).
15. Ellison LF, Saint-Jacques N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. Rapports sur la santé. 2023;34(1):3-16.
16. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du poumon au Canada : 2021-2022 [en ligne]. Toronto (Ontario) : 2022. Accès : <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/lung-cancer-screening-in-canada-2021-2022/programs/> (consulté en avril 2023).
17. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66(4):683-691.
18. White A, Joseph D, Rim SH, Johnson CJ, Coleman MP, Allemani C. Colon cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123(Suppl 24):5014-5036.
19. Joseph DA, Johnson CJ, White A, Wu M, Coleman MP. Rectal cancer survival in the United States by race and stage, 2001 to 2009: Findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123:5037-5058.
20. Levin TR, Corley DA, Jensen CD, Schottinger JE, Quinn VP, Zauber AG, et al. Effects of organized colorectal cancer screening on cancer incidence and mortality in a large community-based population. Gastroenterology. 2018;155(5):1383-1391 e5.
21. Hurton S, MacDonald F, Porter G, Walsh M, Molinari M. The current state of pancreatic cancer in Canada. Pancreas. 2014;43(6):879-885.
22. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2017 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2017. Accès : <http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR> (consulté en avril 2023).
23. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2021. Accès : [www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2021-FR](http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2021-FR) (consulté en avril 2023).
24. Ellison LF. 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):15-27.
25. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of pancreatic cancer: Global trends, etiology and risk factors. World J Oncol. 2019;10(1):10-27.
26. Huang J, Lok V, Ngai CH, Zhang L, Yuan J, Lao XQ, et al. Worldwide burden of, risk factors for, and trends in pancreatic cancer. Gastroenterology. 2021;160(3):744-754.
27. Shields M, Wilkins K. Le point sur la mammographie au Canada. Rapports sur la santé. 2009;20(3):7-20.
28. Holford TR, Cronin KA, Marriot AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. J Natl Cancer Inst Monogr. 2006;36:19-25.
29. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LAG, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. J Natl Cancer Inst. 2005;97(19):1407-1427.
30. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2022-2024 [en ligne]. Atlanta : American Cancer Society, Inc.; 2022. Accès : <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-facts-figures-acsc.pdf> (consulté en avril 2023).
31. Azamjah N, Soltan-Zadeh Y, Zayeri F. Global trend of breast cancer mortality rate: A 25-year study. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(7):2015-2020.
32. Lima SM, Kehm RD, Terry MB. Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. EclinicalMedicine. 2021;38:100985.
33. Cooperberg MR, Grossfeld GD, Lubeck DP, Carroll PR. National practice patterns and time trends in androgen ablation for localized prostate cancer. J Natl Cancer Inst. 2003;95(13):981-989.
34. Meng MV, Grossfeld GD, Sadetsky N, Mehta SS, Lubeck DP, Carroll PR. Contemporary patterns of androgen deprivation therapy use for newly diagnosed prostate cancer. Urology. 2002;60(3 Suppl 1):7-11.
35. Teo MY, Rathkopf DE, Kantoff P. Treatment of advanced prostate cancer. Annu Rev Med. 2019;70:479-499.
36. Podder TK, Fredman ET, Ellis RJ. Advances in radiotherapy for prostate cancer treatment. Adv Exp Med Biol. 2018;1096:31-47.
37. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009;360(13):1310-1319.
38. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med. 2009;360(13):1320-1328.
39. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Cancer de la prostate – Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques [en ligne]. 2014. Accès : <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/cancer-de-la-prostate/?lang=fr> (consulté en avril 2023).
40. LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada. Rapports sur la santé. 2019;30(4):14-20.
41. Cancer Research UK. Bladder cancer mortality statistics [en ligne]. 2021. Accès : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bladder-cancer/mortality> (consulté en avril 2023).
42. Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, Znaor A, Jemal A, Bray F. Bladder cancer incidence and mortality: A global overview and recent trends. Eur Urol. 2017;71(1):96-108.
43. Zhou L, Deng Y, Li N, Zheng Y, Tian T, Zhai Z, et al. Global, regional, and national burden of Hodgkin lymphoma from 1990 to 2017: Estimates from the 2017 Global Burden of Disease study. J Hematol Oncol. 2019;12(1):107.
44. Huang J, Pang WS, Lok V, Zhang L, Lucero-Priso DE 3rd, Xu W, et al. Incidence, mortality, risk factors, and trends for Hodgkin lymphoma: A global data analysis. J Hematol Oncol. 2022;15(1):57.
45. Koshy M, Fairchild A, Son CH, Mahmood U. Improved survival time trends in Hodgkin's lymphoma. Cancer Med. 2016;5(6):997-1003.
46. Ye X, Mahmud S, Skrabek P, Lix L, Johnston JB. Long-term time trends in incidence, survival and mortality of lymphomas by subtype among adults in Manitoba, Canada: A population-based study using cancer registry data. BMJ Open. 2017;7(7):e015106.
47. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, Ruhban IA, Sonbol MB, Ho TH. Trends in renal-cell carcinoma incidence and mortality in the United States in the last 2 decades: A SEER-based study. Clin Genitourin Cancer. 2019;17(1):46-57 e5.
48. Cai Q, Chen Y, Qi X, Zhang D, Pan J, Xie Z, et al. Temporal trends of kidney cancer incidence and mortality from 1990 to 2016 and projections to 2030. Transl Androl Urol. 2020;9(2):166-181.
49. Levi F, Ferlay J, Galeone C, Lucchini F, Negri E, Boyle P, et al. The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe. BJU Int. 2008;101(8):949-958.
50. De P, Otterstatter MC, Semenciw R, Ellison LF, Marrett LD, Dwyer D. Trends in incidence, mortality, and survival for kidney cancer in Canada, 1986-2007. Cancer Causes Control. 2014;25(10):1271-1281.
51. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2018 [en ligne]. Bethesda (Maryland) : National Cancer Institute; 2021. [Basé sur les données SEER soumises en novembre 2020]. Accès : [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2018/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/) (consulté en avril 2023).
52. Liskay G, Kiss Z, Gyulai R, Oláh J, Holló P, Emri G, et al. Changing trends in melanoma incidence and decreasing melanoma mortality in Hungary between 2011 and 2019: A nationwide epidemiological study. Front Oncol. 2021;10:612459.
53. Kahlon N, Doddi S, Yousif R, Najib S, Sheikh T, Abuhelwa Z, et al. Melanoma treatments and mortality rate trends in the US, 1975 to 2019. JAMA Netw Open. 2022;5(12):e2245269.

54. Conte S, Ghazawi FM, Le M, Nedjar H, Alakel A, Lagacé F, et al. Population-based study detailing cutaneous melanoma incidence and mortality trends in Canada. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:830254.
55. Cai W, Zeng Q, Zhang X, Ruan W. Trends analysis of non-Hodgkin lymphoma at the national, regional, and global level, 1990-2019: Results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:738693.
56. Harrison AM, Thalji NM, Greenberg AJ, Tapia CJ, Windebank AJ. Rituximab for non-Hodgkin's lymphoma: A story of rapid success in translation. *Clin Transl Sci*. 2014;7(1):82-86.
57. Pulte D, Gondos A, Brenner H. Ongoing improvement in outcomes for patients diagnosed as having non-Hodgkin lymphoma from the 1990s to the early 21st century. *Arch Intern Med*. 2008;168(5):469-476.
58. Balakrishnan M, George R, Sharma A, Graham DY. Changing trends in stomach cancer throughout the world. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(8):36.
59. Wong MCS, Huang J, Chan PSF, Choi P, Lao XQ, Chan SM, et al. Global incidence and mortality of gastric cancer, 1980-2018. *JAMA Netw Open*. 2021;4(7):e2118457.
60. Chao A, Thun MJ, Henley SJ, Jacobs EJ, McCullough ML, Calle EE. Cigarette smoking, use of other tobacco products and stomach cancer mortality in US adults: The Cancer Prevention Study II. *Int J Cancer*. 2002;101(4):380-389.
61. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin*. 2022;72(1):7-33.
62. Lin L, Li Z, Yan L, Liu Y, Yang H, Li H. Global, regional, and national cancer incidence and death for 29 cancer groups in 2019 and trends analysis of the global cancer burden, 1990-2019. *J Hematol Oncol*. 2021;14(1):197.
63. Schmetzer O, Florcken A. Sex differences in the drug therapy for oncologic diseases. *Handb Exp Pharmacol*. 2012(214):411-442.

**TABLEAU 2.1** Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse\*), 2020

	Probabilité à vie de mourir d'un cancer					
	%			Une personne sur		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers</b>	<b>22.4</b>	<b>24.0</b>	<b>21.0</b>	<b>4.5</b>	<b>4.2</b>	<b>4.8</b>
Poumon et bronches	4.8	5.0	4.8	21	20	21
Colorectal	2.5	2.6	2.3	40	38	43
Pancréas	1.5	1.5	1.5	68	67	69
Sein	1.4	0.0	2.8	71	2,760	36
Prostate	—	3.3	—	—	30	—
Leucémie	0.9	1.0	0.7	116	101	137
Lymphome non hodgkinien	0.9	1.0	0.8	111	100	123
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	0.8	1.0	0.6	126	103	162
Vessie	0.7	1.1	0.4	138	92	258
Œsophage	0.6	0.9	0.3	166	110	336
Encéphale/SNC	0.6	0.7	0.5	178	153	211
Tête et cou	0.5	0.7	0.3	189	137	302
Rein et bassinnet du rein	0.5	0.6	0.3	210	164	290
Ovaire	—	—	1.0	—	—	104
Estomac	0.5	0.7	0.4	184	149	239
Myélome multiple	0.4	0.5	0.4	230	200	270
Utérus (corps, SAI)	—	—	0.7	—	—	136
Mélanome	0.3	0.4	0.2	306	235	433
Tissus mous (y compris le cœur)	0.2	0.2	0.1	647	599	704
Col de l'utérus	—	—	0.2	—	—	511
Glande thyroïde	0.1	0.1	0.1	1,296	1,263	1,328
Lymphome de Hodgkin	0.0	0.0	0.0	3,342	2,648	4,485
Testicule	—	0.0	—	—	5,295	—

— Sans objet; SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication; 0,0 indique que la valeur est inférieure à 0,05

\* Le Québec et la Nouvelle Écosse sont exclus de façon à avoir les mêmes exclusions géographiques utilisées pour l'estimation de la probabilité à vie d'avoir un cancer (Figure 1.1). La mortalité pour le Yukon a été imputée.

† La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

**Nota :** La probabilité de mourir d'un cancer est calculée sur la base des taux de mortalité selon l'âge, le sexe et la cause pour le Canada, à l'exclusion de la Nouvelle Écosse et du Québec, en 2020. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus. L'ordre des types de cancer reflète l'ordre des décès projetés en 2023 (Tableau 2.2) pour les deux sexes combinés. Les estimés "1 sur" sont basés sur les probabilités arrondies à deux décimales.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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

**TABLEAU 2.2** Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés des cancers, selon le sexe, Canada, 2023

	Décès (estimations pour 2023)			Décès pour 100 000		
	Total*	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers</b>	<b>86,700</b>	<b>46,500</b>	<b>40,200</b>	<b>179.7</b>	<b>212.3</b>	<b>154.6</b>
Poumon et bronches	20,600	10,800	9,800	41.8	48.2	36.9
Colorectal	9,300	5,200	4,100	19.6	24.2	15.7
Pancréas	5,900	3,100	2,800	12.2	13.9	10.7
Sein	5,500	55	5,400	11.9	0.2	22.1
Prostate	4,900	4,900	—	9.8	23.0	—
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	3,500	2,200	1,300	7.2	9.9	4.9
Leucémie	3,100	1,800	1,300	6.4	8.3	4.9
Lymphome non hodgkinien	3,100	1,800	1,300	6.3	8.2	4.8
Vessie	2,600	1,850	720	5.2	8.6	2.6
Encéphale/SNC	2,500	1,450	1,050	5.6	6.8	4.5
Œsophage	2,400	1,850	550	5.0	8.3	2.1
Tête et cou	2,100	1,550	580	4.4	7.0	2.2
Estomac	2,000	1,250	750	4.2	5.8	2.9
Ovaire	1,950	—	1,950	4.2	—	7.9
Rein et bassinnet du rein	1,900	1,250	650	4.0	5.8	2.4
Myélome multiple	1,700	990	710	3.5	4.5	2.6
Utérus (corps, SAI)	1,550	—	1,550	3.2	—	6.0
Mélanome	1,250	820	430	2.7	3.8	1.7
Tissus mous (y compris le cœur)	640	350	290	1.4	1.7	1.2
Col de l'utérus	400	—	400	1.0	—	1.9
Glande thyroïde	270	120	150	0.6	0.5	0.6
Lymphome de Hodgkin	110	70	35	0.2	0.3	0.1
Testicule	30	30	—	0.1	0.2	—
Tous les autres cancers	9,300	5,000	4,300	19.2	23.2	15.9

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

\* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour en savoir plus sur les procédures d'arrondissement, veuillez consulter la section Arrondissement pour les rapports à l'annexe II.

† La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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

**TABLEAU 2.3** Nombre projeté de décès par les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2023

Âge	Tous les cancers			Poumon et bronches			Colorectal		
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes
<b>Tous les âges</b>	<b>86,700</b>	<b>46,500</b>	<b>40,200</b>	<b>20,600</b>	<b>10,800</b>	<b>9,800</b>	<b>9,300</b>	<b>5,200</b>	<b>4,100</b>
0-14	100	60	40	0	0	0	0	0	0
15-29	220	130	95	5	5	0	5	5	—
30-39	670	290	380	40	20	20	95	55	40
40-49	2,000	900	1,150	240	120	120	290	170	120
50-59	6,600	3,300	3,300	1,200	650	570	800	470	330
60-69	18,700	10,200	8,500	5,200	2,700	2,500	1,750	1,100	660
70-79	27,500	15,300	12,200	7,600	4,000	3,500	2,600	1,550	1,050
80-89	22,600	12,400	10,300	5,100	2,700	2,400	2,600	1,350	1,200
90+	8,200	3,900	4,400	1,250	600	660	1,200	470	730
0-19	150	90	60	0	0	0	0	0	0
50-74	38,400	20,900	17,500	10,000	5,300	4,800	3,800	2,300	1,450
65+	69,200	37,600	31,600	17,000	9,000	8,100	7,400	4,000	3,400

Age	Pancréas			Sein	Prostate
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Femmes	Hommes
<b>Tous les âges</b>	<b>5,900</b>	<b>3,100</b>	<b>2,800</b>	<b>5,400</b>	<b>4,900</b>
0-14	0	0	0	0	0
15-29	0	0	0	5	0
30-39	15	5	5	130	0
40-49	110	60	45	340	5
50-59	500	300	210	700	95
60-69	1,400	810	610	1,150	620
70-79	2,000	1,050	920	1,350	1,400
80-89	1,450	690	760	1,150	1,900
90+	420	160	270	620	880
0-19	0	0	0	0	0
50-74	2,900	1,650	1,250	2,500	1,300
65+	4,700	2,400	2,300	3,700	4,600

— Moins de trois décès.

\* Les nombres ayant été arrondis, leur somme pour les deux sexes pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour en savoir plus sur les procédures d'arrondissement, veuillez consulter la section Arrondissement pour les rapports à l'annexe II.

**Nota :** Le [tableau A.1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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



**TABLEAU 2.4** Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada\*, 2023

	CA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>212.3</b>	<b>199.5</b>	<b>195.5</b>	<b>211.5</b>	<b>223.7</b>	<b>206.4</b>	<b>224.6</b>	<b>228.7</b>	<b>253.0</b>	<b>227.5</b>	<b>257.0</b>
Poumon et bronches	48.2	38.8	40.2	43.9	46.7	44.0	60.2	58.4	60.7	57.7	60.7
Colorectal	24.2	21.0	22.6	26.8	26.6	21.8	27.1	26.5	30.9	27.8	45.2
Prostate	23.0	25.0	24.4	27.9	29.7	22.3	20.3	23.3	28.1	23.9	25.3
Pancréas	13.9	14.0	13.4	14.0	13.8	14.0	13.7	16.0	14.6	13.1	12.5
Foie et canaux biliaires intrahépatiques <sup>†</sup>	9.9	11.2	9.6	8.5	10.2	10.2	9.4	7.8	8.3	10.4	9.2
Œsophage	8.3	9.4	7.1	10.2	9.2	8.5	7.0	9.9	12.0	12.1	8.5
Vessie	8.6	8.2	6.7	9.5	10.6	8.0	9.7	10.2	10.7	8.1	8.6
Leucémie	8.3	7.7	8.1	10.7	9.3	8.1	8.6	9.5	9.9	7.9	7.3
Lymphome non hodgkinien	8.2	8.7	7.8	7.8	7.6	8.1	8.1	8.7	9.3	8.3	9.9
Tête et cou	7.0	7.2	5.9	6.1	5.3	7.1	7.2	6.4	8.2	8.1	6.3
Encéphale/SNC	6.8	7.1	6.6	5.1	6.0	6.8	7.3	6.8	7.5	6.7	7.5
Estomac	5.8	4.5	4.8	4.6	4.8	6.3	6.2	5.6	5.7	5.3	9.7
Rein et bassinnet du rein	5.8	6.1	4.9	7.2	7.3	4.9	6.1	7.9	8.4	9.0	9.8
Myélome multiple	4.5	4.6	4.0	4.7	5.1	4.3	4.8	4.9	4.8	6.1	4.9
Mélanome	3.8	3.2	3.4	2.6	2.8	4.8	3.0	2.9	5.1	6.9	3.2
Tissus mous (y compris le cœur)	1.7	1.5	1.6	1.6	1.6	1.8	1.7	1.6	2.0	—	1.9
Glande thyroïde	0.5	0.7	0.6	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.8	0.4	—
Lymphome de Hodgkin	0.3	0.3	0.3	—	0.4	0.4	0.4	—	0.5	0.2	—
Sein	0.2	0.3	0.3	—	—	0.3	0.3	0.6	0.5	—	—
Testicule	0.2	0.2	—	—	—	0.2	0.2	—	—	0.0	—
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>154.6</b>	<b>141.0</b>	<b>145.9</b>	<b>158.3</b>	<b>168.8</b>	<b>148.2</b>	<b>168.4</b>	<b>165.0</b>	<b>177.6</b>	<b>148.1</b>	<b>186.5</b>
Poumon et bronches	36.9	31.8	36.1	40.1	40.1	32.3	44.3	42.4	47.4	42.0	43.2
Sein	22.1	19.3	20.9	24.3	22.6	22.1	23.8	20.5	24.8	18.1	24.3
Colorectal	15.7	12.9	14.4	16.5	18.2	14.0	18.2	18.2	20.9	17.4	28.3
Pancréas	10.7	11.3	10.4	10.1	11.1	10.2	11.4	11.3	10.4	9.2	10.1
Ovaire	7.9	8.7	7.4	7.5	8.8	7.7	7.8	7.4	8.7	9.1	8.8
Utérus (corps, SAI)	6.0	5.1	6.1	5.6	6.7	6.3	5.9	5.5	6.9	4.7	5.7
Leucémie	4.9	4.8	4.0	4.9	5.5	4.9	5.4	5.3	5.1	4.4	5.1
Lymphome non hodgkinien	4.8	4.7	4.4	5.1	5.8	4.8	4.8	5.7	6.2	4.5	6.0
Foie et canaux biliaires intrahépatiques <sup>†</sup>	4.9	4.2	4.9	5.0	5.9	4.9	5.3	5.8	4.4	4.1	5.2
Encéphale/SNC	4.5	4.3	4.1	4.1	4.3	4.3	5.1	4.3	4.2	4.2	5.6
Estomac	2.9	2.5	2.6	2.3	2.5	3.0	3.2	3.4	2.3	2.5	4.4
Vessie	2.6	2.8	2.0	2.8	2.7	2.4	3.1	2.6	2.7	2.6	2.7
Myélome multiple	2.6	2.5	2.4	2.9	3.2	2.5	2.8	2.9	3.1	2.8	3.1
Rein et bassinnet du rein	2.4	2.2	2.2	3.1	3.3	2.1	2.9	3.6	3.6	4.1	4.4
Tête et cou	2.2	2.4	2.1	1.6	2.2	2.2	2.5	2.2	2.3	2.8	2.4
Œsophage	2.1	2.7	1.9	2.2	2.2	2.1	1.8	2.4	2.7	3.3	2.0
Mélanome	1.7	1.5	1.6	1.6	1.4	1.8	1.8	2.2	2.3	3.6	1.4
Col de l'utérus	1.9	1.9	2.0	2.7	2.0	1.8	1.6	2.3	2.1	2.8	2.8
Tissus mous (y compris le cœur)	1.2	1.0	1.5	1.2	1.4	1.3	1.2	1.5	1.3	—	1.2
Glande thyroïde	0.6	0.6	0.7	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5	0.6	0.2	0.7
Lymphome de Hodgkin	0.1	0.2	0.2	—	—	0.2	0.2	—	—	0.4	0.1

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

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

† La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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

**TABLEAU 2.5** Nombre de décès projetés par certains cancers, selon le sexe et la province, Canada\*, 2023

	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>46,500</b>	<b>6,300</b>	<b>4,100</b>	<b>1,300</b>	<b>1,550</b>	<b>17,200</b>	<b>12,000</b>	<b>1,200</b>	<b>1,600</b>	<b>230</b>	<b>900</b>
Poumon et bronches	10,800	1,250	850	270	340	3,800	3,300	320	400	60	230
Colorectal	5,200	650	470	170	180	1,800	1,400	140	200	30	160
Prostate	4,900	780	470	170	200	1,850	1,050	120	170	25	80
Pancréas	3,100	450	290	85	100	1,200	740	85	95	15	45
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	2,200	370	210	55	75	870	510	40	55	10	35
Œsophage	1,850	300	160	65	65	720	380	50	75	10	30
Vessie	1,850	260	130	55	70	660	510	55	65	10	30
Leucémie	1,800	240	160	65	65	670	460	50	60	10	25
Lymphome non hodgkinien	1,800	280	160	45	50	670	430	45	55	10	35
Tête et cou	1,550	230	130	40	35	600	380	35	50	10	25
Encéphale/SNC	1,450	210	150	30	40	550	380	35	45	5	25
Estomac	1,250	140	100	30	35	520	330	30	35	5	35
Rein et bassinnet du rein	1,250	190	100	45	50	410	320	40	55	10	35
Myélome multiple	990	150	80	30	35	360	260	25	30	5	20
Mélanome	820	100	70	15	20	400	160	15	30	5	10
Tissus mous (y compris le cœur)	350	45	35	10	10	150	85	5	10	—	5
Glande thyroïde	120	20	15	5	5	50	30	5	5	—	—
Lymphome de Hodgkin	70	10	5	—	5	30	20	—	5	—	—
Sein	55	10	5	—	—	25	15	5	5	—	—
Testicule	30	5	—	—	—	20	10	—	—	—	—
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>40,200</b>	<b>5,200</b>	<b>3,600</b>	<b>1,150</b>	<b>1,400</b>	<b>15,000</b>	<b>10,500</b>	<b>1,050</b>	<b>1,350</b>	<b>180</b>	<b>750</b>
Poumon et bronches	9,800	1,200	890	290	340	3,300	2,800	270	370	50	180
Sein	5,400	680	510	180	180	2,100	1,400	120	180	20	90
Colorectal	4,100	480	360	120	160	1,450	1,150	120	160	20	110
Pancréas	2,800	420	260	75	95	1,050	720	70	80	10	40
Ovaire	1,950	310	180	50	70	740	470	45	65	10	35
Utérus (corps, SAI)	1,550	190	150	40	55	630	360	35	50	5	25
Leucémie	1,300	180	100	35	50	500	340	35	40	5	20
Lymphome non hodgkinien	1,300	180	110	35	50	490	310	35	50	5	25
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	1,300	150	120	35	50	500	340	35	30	5	20
Encéphale/SNC	1,050	140	95	25	35	410	290	25	30	5	20
Estomac	750	90	65	15	20	300	210	20	20	5	20
Vessie	720	110	50	20	25	260	210	15	20	5	10
Myélome multiple	710	95	60	20	25	260	180	20	25	5	15
Rein et bassinnet du rein	650	80	55	20	30	220	180	25	30	5	15
Tête et cou	580	85	50	10	20	220	150	15	20	5	10
Œsophage	550	100	45	15	20	220	110	15	20	5	10
Mélanome	430	50	40	10	10	180	110	10	15	5	5
Col de l'utérus	400	60	45	15	15	150	80	10	15	5	10
Tissus mous (y compris le cœur)	290	35	35	10	10	120	65	10	10	—	5
Glande thyroïde	150	25	20	5	5	60	30	5	5	—	5
Lymphome de Hodgkin	35	5	5	—	—	15	15	—	—	—	—

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

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

† Les nombres ayant été arrondis, les totaux canadiens pourraient ne pas correspondre aux totaux indiqués. Pour en savoir plus sur les procédures d'arrondissement, veuillez consulter la section Arrondissement pour les rapports à l'annexe II.

‡ La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Source :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

**TABLEAU 2.6** Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2020

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2020	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2020	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2020
Tous les cancers	1984-1992	-0.1 (-0.3, 0.2)	-1.0 (-1.1, -0.9)	1984-1988	0.6 (-0.2, 1.5)	-1.2 (-1.3, -1.1)	1984-2002	-0.2 (-0.3, -0.1)	-0.8 (-0.9, -0.7)
	1992-2002	-0.7 (-0.9, -0.5)		1988-2001	-0.8 (-1.0, -0.7)		2002-2016	-1.1 (-1.2, -1.0)	
	2002-2016	-1.3 (-1.4, -1.2)		2001-2020	-1.8 (-1.8, -1.7)		2016-2020	-2.3 (-3.0, -1.6)	
	2016-2020	-2.2 (-2.7, -1.7)							
Poumon et bronches	1984-1992	1.0 (0.6, 1.5)	-1.0 (-1.2, -0.8)	1984-1992	0.0 (-0.5, 0.6)	-2.1 (-2.3, -1.9)	1984-1993	3.7 (3.2, 4.3)	0.7 (0.5, 0.9)
	1992-2007	-0.8 (-0.9, -0.6)		1992-2014	-2.2 (-2.3, -2.1)		1993-2006	1.3 (1.0, 1.5)	
	2007-2015	-1.7 (-2.1, -1.2)		2014-2020	-4.3 (-5.0, -3.6)		2006-2016	-0.8 (-1.1, -0.4)	
	2015-2020	-3.8 (-4.5, -3.1)					2016-2020	-4.1 (-5.3, -3.0)	
Colorectal	1984-2004	-1.3 (-1.4, -1.2)	-1.8 (-1.9, -1.6)	1984-2004	-1.0 (-1.2, -0.9)	-1.6 (-1.7, -1.5)	1984-2014	-1.7 (-1.8, -1.6)	-1.9 (-2.1, -1.8)
	2004-2016	-2.0 (-2.2, -1.8)		2004-2020	-2.4 (-2.6, -2.2)		2014-2020	-3.1 (-3.9, -2.3)	
	2016-2020	-3.4 (-4.4, -2.3)							
Pancréas	1984-1999	-0.9 (-1.2, -0.6)	-0.3 (-0.5, -0.2)	1984-2000	-1.4 (-1.7, -1.1)	-0.6 (-0.7, -0.4)	1984-2020	-0.1 (-0.2, -0.0)	-0.1 (-0.2, -0.0)
	1999-2020	0.0 (-0.1, 0.2)		2000-2020	0.1 (-0.1, 0.3)				
Sein	1984-1994	-0.6 (-1.0, -0.2)	-1.8 (-1.9, -1.6)	1984-2020	-0.9 (-1.4, -0.5)	-0.9 (-1.4, -0.5)	1984-1994	-0.7 (-1.1, -0.3)	-1.7 (-1.9, -1.5)
	1994-2012	-2.4 (-2.6, -2.3)		1994-2011	-2.4 (-2.6, -2.2)				
	2012-2020	-1.7 (-2.2, -1.2)		2011-2020	-1.5 (-2.0, -1.1)				
Prostate				1984-1994	1.3 (0.8, 1.8)	-1.4 (-1.6, -1.2)			
				1994-2012	-2.8 (-3.0, -2.6)				
				2012-2020	-1.6 (-2.1, -1.0)				
Foie et canaux biliaires intra-hépatiques†	1984-1988	4.9 (0.2, 9.8)	3.1 (2.3, 4.0)	1984-1992	0.1 (-2.2, 2.4)	2.6 (2.0, 3.2)	1984-1988	7.3 (1.2, 13.7)	3.4 (2.3, 4.4)
	1988-1993	-1.1 (-5.1, 3.1)		1992-2016	4.0 (3.7, 4.3)		1988-1993	-3.0 (-7.9, 2.2)	
	1993-2008	3.9 (3.4, 4.4)		2016-2020	-0.2 (-2.8, 2.5)		1993-2008	4.2 (3.6, 4.8)	
	2008-2013	6.4 (4.0, 8.8)					2008-2013	7.3 (4.3, 10.4)	
	2013-2020	1.3 (0.5, 2.1)					2013-2020	1.3 (0.3, 2.3)	
Leucémie	1984-2020	-0.9 (-1.0, -0.8)	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984-2020	-1.0 (-1.1, -0.9)	-1.0 (-1.1, -0.9)	1984-2020	-1.0 (-1.1, -0.9)	-1.0 (-1.1, -0.9)
Lymphome non hodgkinien	1984-2000	1.6 (1.3, 1.9)	-0.3 (-0.5, -0.1)	1984-2000	1.8 (1.5, 2.2)	-0.1 (-0.4, 0.2)	1984-1998	1.7 (1.1, 2.3)	-0.6 (-0.8, -0.3)
	2000-2010	-2.5 (-3.1, -2.0)		2000-2010	-2.4 (-3.0, -1.7)		1998-2020	-2.0 (-2.2, -1.8)	
	2010-2020	-1.1 (-1.6, -0.7)		2010-2020	-0.9 (-1.4, -0.4)				
Vessie	1984-2016	-0.3 (-0.4, -0.2)	-0.6 (-0.9, -0.3)	1984-2016	-0.4 (-0.6, -0.3)	-0.8 (-1.1, -0.5)	1984-2020	-0.5 (-0.7, -0.3)	-0.5 (-0.7, -0.3)
	2016-2020	-2.9 (-5.4, -0.4)		2016-2020	-3.4 (-5.9, -0.9)				
Encéphale/SNC	1984-2005	-0.6 (-0.8, -0.4)	-0.3 (-0.6, -0.0)	1984-2003	-0.5 (-0.8, -0.2)	-0.2 (-0.4, 0.0)	1984-2006	-0.7 (-1.0, -0.5)	-0.5 (-0.9, -0.0)
	2005-2014	0.8 (0.1, 1.6)		2003-2020	0.2 (-0.1, 0.5)		2006-2014	1.4 (-0.0, 2.8)	
	2014-2020	-1.0 (-2.0, 0.1)					2014-2020	-1.8 (-3.4, -0.2)	
Œsophage	1984-1999	0.8 (0.4, 1.1)	0.2 (0.0, 0.3)	1984-2001	0.9 (0.5, 1.2)	0.3 (0.1, 0.4)	1984-2020	-0.5 (-0.7, -0.4)	-0.5 (-0.7, -0.4)
	1999-2020	-0.2 (-0.4, -0.1)		2001-2020	-0.3 (-0.5, -0.1)				

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2.6** Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2020

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2020	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2020	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2020
Tête et cou	1984-1991	-0.8 (-2.2, 0.5)	-1.4 (-1.8, -1.1)	1984-1991	-0.6 (-2.0, 0.8)	-1.6 (-2.0, -1.3)	1984-2020	-1.2 (-1.4, -1.0)	-1.2 (-1.4, -1.0)
	1991-2009	-2.4 (-2.7, -2.0)		1991-2009	-2.8 (-3.1, -2.4)				
	2009-2020	-0.3 (-0.9, 0.3)		2009-2020	-0.4 (-1.1, 0.2)				
Estomac	1984-2010	-3.1 (-3.2, -3.0)	-2.8 (-3.0, -2.6)	1984-2012	-3.3 (-3.4, -3.2)	-3.0 (-3.2, -2.8)	1984-2020	-2.7 (-2.9, -2.6)	-2.7 (-2.9, -2.6)
	2010-2020	-2.0 (-2.6, -1.5)		2012-2020	-2.0 (-2.8, -1.1)				
Ovaire							1984-2020	-0.9 (-1.0, -0.8)	-0.9 (-1.0, -0.8)
Rein et bassinnet du rein	1984-2013	-0.4 (-0.6, -0.2)	-0.9 (-1.1, -0.6)	1984-2014	-0.4 (-0.6, -0.2)	-0.8 (-1.1, -0.5)	1984-2008	-0.4 (-0.8, -0.1)	-1.0 (-1.3, -0.7)
	2013-2020	-2.6 (-3.9, -1.4)		2014-2020	-3.1 (-4.7, -1.5)		2008-2020	-2.0 (-2.8, -1.3)	
Myélome multiple	1984-1994	0.7 (-0.3, 1.8)	-0.5 (-0.8, -0.2)	1984-1990	2.0 (-1.5, 5.6)	-0.3 (-0.9, 0.3)	1984-2002	-0.1 (-0.6, 0.5)	-0.8 (-1.2, -0.5)
	1994-2020	-1.0 (-1.1, -0.8)		1990-2020	-0.8 (-1.0, -0.6)		2002-2020	-1.6 (-2.0, -1.1)	
Utérus (corps, SAI)							1984-2005	-0.8 (-1.1, -0.5)	0.3 (0.1, 0.6)
							2005-2020	1.9 (1.5, 2.3)	
Mélanome	1984-2013	0.9 (0.7, 1.1)	0.3 (-0.0, 0.6)	1984-2013	1.3 (1.0, 1.6)	0.5 (0.1, 0.9)	1984-2014	0.4 (0.1, 0.7)	-0.2 (-0.6, 0.3)
	2013-2020	-2.5 (-3.8, -1.2)		2013-2020	-2.6 (-4.5, -0.8)		2014-2020	-3.0 (-5.4, -0.5)	
Tissus mous (y compris le cœur)	1984-2020	0.7 (0.5, 0.9)	0.7 (0.5, 0.9)	1984-2020	0.7 (0.4, 0.9)	0.7 (0.4, 0.9)	1984-2020	0.6 (0.3, 0.9)	0.6 (0.3, 0.9)
Col de l'utérus							1984-2006	-2.8 (-3.2, -2.5)	-2.1 (-2.4, -1.7)
							2006-2020	-0.8 (-1.5, -0.2)	
Glande thyroïde	1984-2020	0.0 (-0.3, 0.4)	0.0 (-0.3, 0.4)	1984-2020	0.7 (0.2, 1.2)	0.7 (0.2, 1.2)	1984-2020	-0.4 (-0.8, 0.0)	-0.4 (-0.8, 0.0)
Lymphome de Hodgkin	1984-1997	-4.6 (-5.8, -3.5)	-3.3 (-3.8, -2.8)	1984-1996	-5.2 (-6.6, -3.8)	-3.4 (-4.0, -2.8)	1984-2020	-3.2 (-3.6, -2.9)	-3.2 (-3.6, -2.9)
	1997-2020	-2.5 (-3.1, -2.0)		1996-2020	-2.5 (-3.0, -1.9)				
Testicule				1984-2020	-1.4 (-2.0, -0.9)	-1.4 (-2.0, -0.9)			
Tous les autres cancers	1984-2003	1.4 (1.0, 1.8)	-0.4 (-0.8, 0.1)	1984-2004	1.5 (1.1, 2.0)	-0.3 (-0.8, 0.2)	1984-2003	1.2 (0.8, 1.6)	-0.5 (-0.9, -0.0)
	2003-2015	-2.9 (-3.6, -2.2)		2004-2015	-3.4 (-4.3, -2.4)		2003-2015	-2.9 (-3.7, -2.2)	
	2015-2020	-0.8 (-3.1, 1.7)		2015-2020	-0.6 (-3.2, 2.0)		2015-2020	-0.8 (-3.3, 1.8)	

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

\* La VAP et la VAMP ont été calculées à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011.

† La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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

**TABLEAU 2.7** Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2020

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)
<b>Tous les cancers</b>	<b>2016</b>	<b>-2.2 (-2.7, -1.7)</b>	<b>2001</b>	<b>-1.8 (-1.8, -1.7)</b>	<b>2016</b>	<b>-2.3 (-3.0, -1.6)</b>
Poumon et bronches	2015	-3.8 (-4.5, -3.1)	2014	-4.3 (-5.0, -3.6)	2016	-4.1 (-5.3, -3.0)
Colorectal	2016	-3.4 (-4.4, -2.3)	2004	-2.4 (-2.6, -2.2)	2014	-3.1 (-3.9, -2.3)
Pancréas	1999	0.0 (-0.1, 0.2)	2000	0.1 (-0.1, 0.3)	1984	-0.1 (-0.2, -0.0)
Sein	2012	-1.7 (-2.2, -1.2)	1984	-0.9 (-1.4, -0.5)	2011	-1.5 (-2.0, -1.1)
Prostate	—	—	2012	-1.6 (-2.1, -1.0)	—	—
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	2013	1.3 (0.5, 2.1)	2016	-0.2 (-2.8, 2.5)	2013	1.3 (0.3, 2.3)
Leucémie	1984	-0.9 (-1.0, -0.8)	1984	-1.0 (-1.1, -0.9)	1984	-1.0 (-1.1, -0.9)
Lymphome non hodgkinien	2010	-1.1 (-1.6, -0.7)	2010	-0.9 (-1.4, -0.4)	1998	-2.0 (-2.2, -1.8)
Vessie	2016	-2.9 (-5.4, -0.4)	2016	-3.4 (-5.9, -0.9)	1984	-0.5 (-0.7, -0.3)
Encéphale/SNC	2014	-1.0 (-2.0, 0.1)	2003	0.2 (-0.1, 0.5)	2014	-1.8 (-3.4, -0.2)
Œsophage	1999	-0.2 (-0.4, -0.1)	2001	-0.3 (-0.5, -0.1)	1984	-0.5 (-0.7, -0.4)
Tête et cou	2009	-0.3 (-0.9, 0.3)	2009	-0.4 (-1.1, 0.2)	1984	-1.2 (-1.4, -1.0)
Estomac	2010	-2.0 (-2.6, -1.5)	2012	-2.0 (-2.8, -1.1)	1984	-2.7 (-2.9, -2.6)
Ovaire	—	—	—	—	1984	-0.9 (-1.0, -0.8)
Rein et bassinnet du rein	2013	-2.6 (-3.9, -1.4)	2014	-3.1 (-4.7, -1.5)	2008	-2.0 (-2.8, -1.3)
Myélome multiple	1994	-1.0 (-1.1, -0.8)	1990	-0.8 (-1.0, -0.6)	2002	-1.6 (-2.0, -1.1)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2005	1.9 (1.5, 2.3)
Mélanome	2013	-2.5 (-3.8, -1.2)	2013	-2.6 (-4.5, -0.8)	2014	-3.0 (-5.4, -0.5)
Tissus mous (y compris le cœur)	1984	0.7 (0.5, 0.9)	1984	0.7 (0.4, 0.9)	1984	0.6 (0.3, 0.9)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2006	-0.8 (-1.5, -0.2)
Glande thyroïde	1984	0.0 (-0.3, 0.4)	1984	0.7 (0.2, 1.2)	1984	-0.4 (-0.8, 0.0)
Lymphome de Hodgkin	1997	-2.5 (-3.1, -2.0)	1996	-2.5 (-3.0, -1.9)	1984	-3.2 (-3.6, -2.9)
Testicule	—	—	1984	-1.4 (-2.0, -0.9)	—	—
Tous les autres cancers	2015	-0.8 (-3.1, 1.7)	2015	-0.6 (-3.2, 2.0)	2015	-0.8 (-3.3, 1.8)

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

\* La VAP a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Si un ou plusieurs changements importants dans la tendance des taux ont été détectés, la VAP tient compte de la tendance du changement important le plus récent (année de référence) à 2020. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2020). Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

† La mortalité par cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques a été sous-estimée, étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9), ont été exclus. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

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

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

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

## Chapitre 3

# Quelle est la probabilité de survie au cancer au Canada?

## Survie nette selon le sexe, l'âge, la région géographique et au fil du temps

Les estimations de la survie au cancer basées sur la population prennent en compte l'expérience de survie de toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer dans une zone géographique définie (comme une province), indépendamment de leur âge, de leur état de santé ou de leur accès à l'assurance maladie et aux soins médicaux. Ces chiffres donnent des estimations « moyennes » utiles de la survie et ne reflètent pas le pronostic individuel. Avec les données sur l'incidence et la mortalité, la survie au cancer dans la population est un indicateur clé pour évaluer les soins et les initiatives de dépistage du cancer dans la population<sup>(1,2)</sup>.



La survie nette prévue après cinq ans pour tous les cancers confondus est de 64 %.

### Principales constatations

- Pour la période de 2015 à 2017, la survie nette prévue à cinq ans, tous cancers confondus, était de 64 %. Ce chiffre était de 55 % au début des années 1990.
- La survie nette à cinq ans la plus élevée concernait les cancers de la glande thyroïde (97 %) et du testicule (97 %). Elle était la plus faible pour les cancers des voies biliaires intrahépatiques (6 %), du pancréas (10 %) et de l'œsophage (16 %).
- La survie nette à cinq ans était généralement plus élevée chez les femmes (66 %) que chez les hommes (62 %).
- Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des enfants ayant reçu un diagnostic de cancer ont survécu au moins cinq ans.
- Certaines des plus fortes augmentations de la survie nette à cinq ans ont été enregistrées pour les cancers liés au sang.
- Depuis le début des années 1990, la survie s'est améliorée pour tous les cancers signalés, à l'exception de ceux du système nerveux central, des voies biliaires intrahépatiques, de l'utérus et des tissus mous.
- Des progrès importants ont été réalisés en matière de survie nette à cinq ans dans chaque province étudiée, bien que certaines provinces aient connu des progrès plus importants que d'autres. La survie nette à cinq ans, tous cancers confondus, est actuellement la plus élevée en Ontario (64 %) et la plus faible en Nouvelle-Écosse (61 %)<sup>(3)</sup>.
- La survie à cinq ans au Canada pour les cancers les plus couramment diagnostiqués (poumon, sein, prostate et colorectal) diminue avec l'augmentation du stade de la maladie au moment du diagnostic<sup>(4)</sup>.

## Survie nette à cinq et dix ans

La survie nette au cancer, basée sur la population, fournit une mesure du pronostic d'un cancer. Le [tableau 3.1](#) présente les prévisions de survie nette à cinq et dix ans, selon le sexe, pour les personnes dont le cancer a été diagnostiqué à l'âge de 15 à 99 ans. Lorsque cela était possible, les estimations de la survie ont également été fournies pour des cancers individuels (p. ex., le cancer du côlon et le cancer du rectum) au sein d'un groupe de cancers (p. ex., le cancer colorectal).

- Tous cancers confondus, la survie nette ajustée est de 64 % à cinq ans et de 58 % à dix ans.

- La survie nette à cinq et dix ans était la plus élevée pour les cancers de la glande thyroïde (97 %, 97 %) et du testicule (97 %, 96 %).
- La survie nette à cinq et dix ans est la plus faible pour les cancers des voies biliaires intrahépatiques (6 %, 4 %), du pancréas (10 %, 8 %) et de l'œsophage (16 %, 13 %). Bien que cela ne soit pas présenté dans cette publication, la survie à cinq ans est également faible pour le mésothéliome (9 %)<sup>(7,8)</sup>.
- La survie peut varier considérablement au sein d'un groupe de cancer, en partie à cause des différences dans les traitements disponibles. Par exemple, la survie à cinq ans est

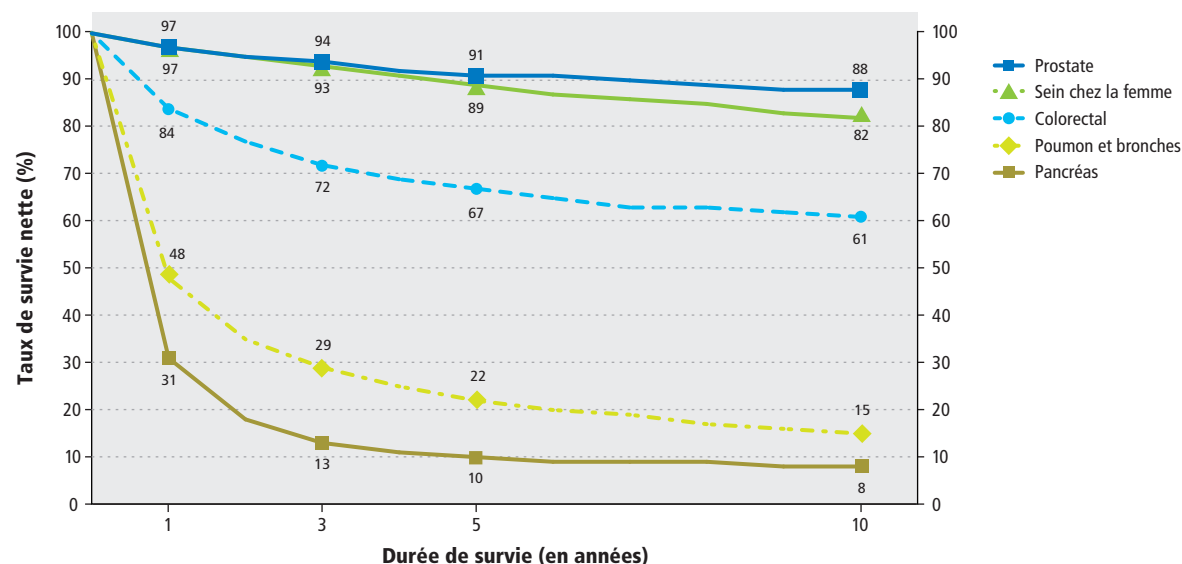
## Survie nette

Pourcentage de personnes à qui on a diagnostiqué un cancer qui survivent une période de temps donnée après leur diagnostic, dans l'hypothèse où le cancer à l'étude est la seule cause possible de décès. La méthode de la survie nette est privilégiée pour comparer les études portant sur la survie au cancer dans la population parce qu'elle s'adapte au fait que différentes populations peuvent présenter des risques de décès sous-jacents variables. Elle peut être mesurée sur diverses périodes. Toutefois, comme il s'agit de la norme utilisée dans d'autres rapports, la période de cinq ans a été retenue comme la principale durée d'analyse pour la présente publication.

## Survie prévue

La survie prévue (période) utilise une approche transversale similaire à celle utilisée par les démographes pour prédire l'espérance de vie. Par conséquent, la survie prévue fournit des estimations plus récentes de la survie au cancer que celles disponibles à partir des analyses basées sur les cohortes. Les estimations prévisionnelles sont basées exclusivement sur les données de survie d'une période récente (p. ex., de 2015 à 2017) et, en tant que telles, reflètent mieux les progrès en matière de détection et de traitement du cancer. Les estimations ont tendance à être plus prudentes que les estimations réelles calculées des années plus tard, en particulier lorsque la survie augmente rapidement<sup>(5,6)</sup>.

**FIGURE 3.1** Prévision de la survie nette pour les principales causes de décès par cancer selon la durée de survie, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec\*), 2015 à 2017



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

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

**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

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

significativement plus faible pour la leucémie myéloïde aiguë (23 %) que pour la leucémie lymphocytaire chronique (86 %).

La survie au cancer diminue généralement avec le temps, les baisses les plus marquées étant observées au cours des premières années suivant le diagnostic. La figure 3.1 montre la survie nette prévue jusqu'à 10 ans après le diagnostic pour certains cancers.

- Pour le cancer du poumon et des bronches et le cancer du pancréas, la survie nette a fortement diminué au cours des trois premières années suivant le diagnostic (jusqu'à 29 % et 13 %, respectivement), et de manière plus progressive par la suite.
- Pour le cancer de la prostate et le cancer du sein chez la femme, la survie nette a diminué relativement progressivement au cours des 10 premières années, mais moins progressivement pour le cancer du sein.
- Pour le cancer colorectal, la survie nette est passée de 84 % à 72 % entre un et trois ans après le diagnostic, puis plus progressivement à 61 % dix ans après le diagnostic.



Le taux de survie est généralement plus faible chez les hommes que chez les femmes.

## Survie selon le sexe

La survie au cancer peut varier d'un sexe à l'autre, comme le montrent les estimations par sexe présentées dans le [tableau 3.1](#). Les points suivants concernent en grande partie la survie nette à cinq ans.

- Tous cancers confondus, la survie nette ajustée était plus élevée chez les femmes (66 %) que chez les hommes (62 %).
- Les différences absolues les plus importantes entre les femmes et les hommes ont été observées pour le cancer du sein, la leucémie myéloïde chronique, le cancer du poumon et le mélanome.
- La survie nette à cinq ans était plus faible chez les femmes que chez les hommes pour la leucémie lymphocytaire aiguë (42 % contre 51 %), le cancer de la vessie (75 % contre 77 %), les cancers du système nerveux central (59 % contre 61 %) et le cancer du pancréas (9 % contre 10 %), mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.
- Pour le cancer de la vessie, le pronostic à 10 ans était en faveur des femmes (69 % contre 65 %). Une étude antérieure utilisant les données du Registre canadien du cancer a révélé que l'avantage en termes de survie pour les hommes n'était significatif que pendant les 12 à 18 premiers mois suivant le diagnostic<sup>(9)</sup>. Une explication partielle est que les diagnostics de cancer de la vessie chez les femmes peuvent être plus tardifs, comme ce type de cancer est moins courant chez les femmes que chez les hommes<sup>(10)</sup>.

## Survie observée

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

## Taux de survie nette normalisé selon l'âge

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

## Intervalle de confiance (IC)

Plage de valeurs qui fournit une indication de la précision d'une estimation. Les intervalles de confiance sont habituellement de 95 %. Cela signifie qu'en cas d'échantillonnage répété pour une étude, et en supposant qu'il n'y ait pas d'autres sources de biais, 95 % des intervalles de confiance résultants contiendraient la vraie valeur de la statistique estimée.



La survie nette généralement plus élevée chez les femmes se reflète dans l'observation que les femmes présentent un risque excédentaire de mourir de leur cancer significativement plus faible que les hommes, en particulier pour les personnes diagnostiquées entre 15 et 54 ans<sup>(9)</sup>.

## Survie selon l'âge

Pour la plupart des cancers diagnostiqués chez l'adulte, la survie nette diminue avec l'âge au moment du diagnostic<sup>(7)</sup>. Le [tableau 3.2](#) montre la survie nette à cinq ans prévue par groupe d'âge.

- La survie au cancer de la prostate est constamment élevée ( $\geq 94\%$ ) chez les hommes diagnostiqués avant 75 ans et la plus faible (52 %) chez les hommes âgés de 85 ans et plus.
- La survie au cancer du sein est relativement élevée ( $\geq 85\%$ ) chez les femmes diagnostiquées avant l'âge de 85 ans, après quoi la survie tombe à environ 73 %.
- Pour les deux sexes combinés, la survie au cancer du poumon est plus de deux fois plus élevée (43 %) chez les personnes diagnostiquées entre 15 et 44 ans que chez celles diagnostiquées entre 75 et 84 ans (19 %) et entre 85 et 99 ans (11 %).
- Il existe une différence relative considérable en termes de survie entre les personnes dont le cancer du pancréas a été diagnostiqué entre 15 et 44 ans (43 %) et celles dont le cancer a été diagnostiqué entre 75 et 84 ans (6 %). D'importantes baisses absolues des estimations de survie entre ces groupes d'âge existent également pour les cancers du rein et du bassin du rein (92 % à 59 %) et les lymphomes non hodgkiniens (86 % à 56 %).

## Survie au cancer chez les enfants

Le cancer chez les enfants (de moins de 15 ans) est rare ([tableau 1.3](#)), et les décès dus au cancer sont encore plus rares ([tableau 2.3](#)). En général, la survie au cancer est relativement élevée pour la plupart des cancers les plus couramment diagnostiqués dans ce groupe d'âge. Le [tableau 3.3](#) présente les estimations de la survie prévue à un an et observée à cinq ans pour les enfants, par groupe de diagnostic du cancer de l'enfant et par sous-groupes sélectionnés<sup>(11,12)</sup>.

- Pour l'ensemble des cancers de l'enfant, la survie à un an est de 93 % et la survie à cinq ans de 84 %.
- Le taux de survie à cinq ans dépasse 95 % chez les enfants atteints de lymphome de Hodgkin, de néphroblastome et d'autres tumeurs rénales non épithéliales, ainsi que de tumeurs germinales gonadiques malignes.
- La survie à cinq ans est la plus faible pour la leucémie myéloïde aiguë (65 %), les rhabdomyosarcomes (69 %), les tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intraspinales (71 %), les tumeurs osseuses malignes (72 %) et les tumeurs hépatiques (72 %).
- La survie à un an était de 80 % ou plus pour tous les cancers de l'enfant pris en considération et de 95 % ou plus pour sept des 12 groupes de diagnostic.



La survie à cinq ans chez les enfants est d'environ 84 %.

On a signalé des augmentations statistiquement significatives de la survie à un et cinq ans (2,7 et 7,5 points de pourcentage, respectivement) pour tous les cancers de l'enfant combinés entre la période de 1992 à 1996 et celle de 2013 à 2017<sup>(13)</sup>. La plupart de ces améliorations se sont produites dans la première moitié de cette période et les augmentations depuis la période de 2003 à 2007 n'ont pas été jugées statistiquement significatives.

## Survie selon la région géographique

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

- La survie nette à cinq ans est assez uniforme entre les provinces pour le cancer du sein et le cancer de la glande thyroïde chez les femmes. Il y a également peu de variation interprovinciale dans la survie à cinq ans pour le cancer de la prostate, à l'exception d'une prévision d'estimation relativement faible pour la Saskatchewan (86 %).
- On a observé les plus grands écarts dans la survie nette par région pour le cancer colorectal, avec des estimations allant de 62 % en Nouvelle-Écosse à 68 % à Terre-Neuve-et-Labrador; pour le cancer du poumon, les estimations allaient de 18 % en Saskatchewan à 24 % en Ontario; et pour le cancer du pancréas, pour lequel la survie nette à cinq ans allait de 7 % en Colombie-Britannique à 12 % en Ontario.

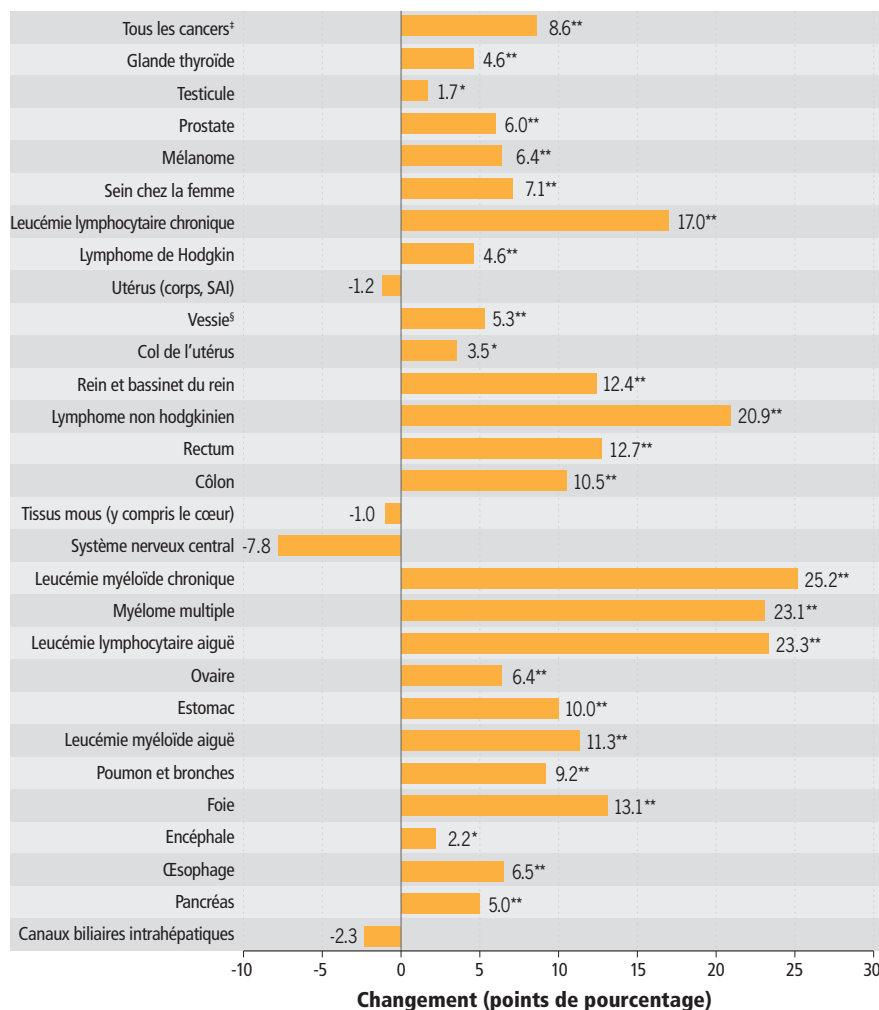
- Certaines de ces variations peuvent révéler des variations dans le stade auquel les cancers sont habituellement diagnostiqués dans différentes provinces<sup>(14)</sup>. Le stade du diagnostic peut être influencé par la connaissance et la présentation des symptômes, ainsi que par les voies de dépistage et de diagnostic.

## Survie au fil du temps

L'examen des tendances de la survie nette et des tendances de l'incidence et de la mortalité peut fournir des renseignements importants sur les progrès en matière de traitement et de lutte contre le cancer. La figure 3.2 montre la variation prévue de la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge depuis la période 1992-1994.

- La survie a augmenté pour la plupart des cancers, mais elle ne s'est pas améliorée pour les cancers de l'utérus, des tissus mous, du système nerveux central et des voies biliaires intrahépatiques.
- Des améliorations très modestes ont été observées pour le cancer des testicules et du cerveau. Alors que le taux de survie pour le cancer des testicules est égal ou supérieur à 95 % depuis un certain temps, le pronostic pour les personnes diagnostiquées avec un cancer du cerveau reste relativement très mauvais.
- Les augmentations les plus importantes entre les deux périodes concernent les cancers hématologiques, en particulier la leucémie myéloïde chronique (25 points de pourcentage), la leucémie lymphocytaire aiguë (23 points de pourcentage) et le myélome multiple (23 points de pourcentage), suivis du lymphome non hodgkinien (21 points de pourcentage) et de la leucémie lymphocytaire chronique (17 points de pourcentage).

**FIGURE 3.2** Survie nette prévue à cinq ans normalisée selon l'âge pour certains cancers, par période, personnes âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), 2015 à 2017 par rapport à 1992 à 1994



SAI = sans autre indication

\* les changement de la survie nette différent significativement de 0,  $p < 0.05$

\*\* les changement de la survie nette différent significativement de 0,  $p < 0.001$

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

‡ Les estimations pour tous les cancers combinés ont été calculées sous la forme d'une moyenne pondérée des estimations en fonction du sexe, et normalisées selon l'âge. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

§ Les estimés de survie nette de la vessie pour les années 1992 à 1994 n'incluent pas les carcinomes *in situ* de la vessie pour l'Ontario parce que ces cancers ont n'ont pas été soumis au Registre canadien des cancers avant 2010.

**Nota :** Les estimations ont été normalisées selon l'âge en utilisant les poids types canadiens de la survie au cancer. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#). Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

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

**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

Consulter les données

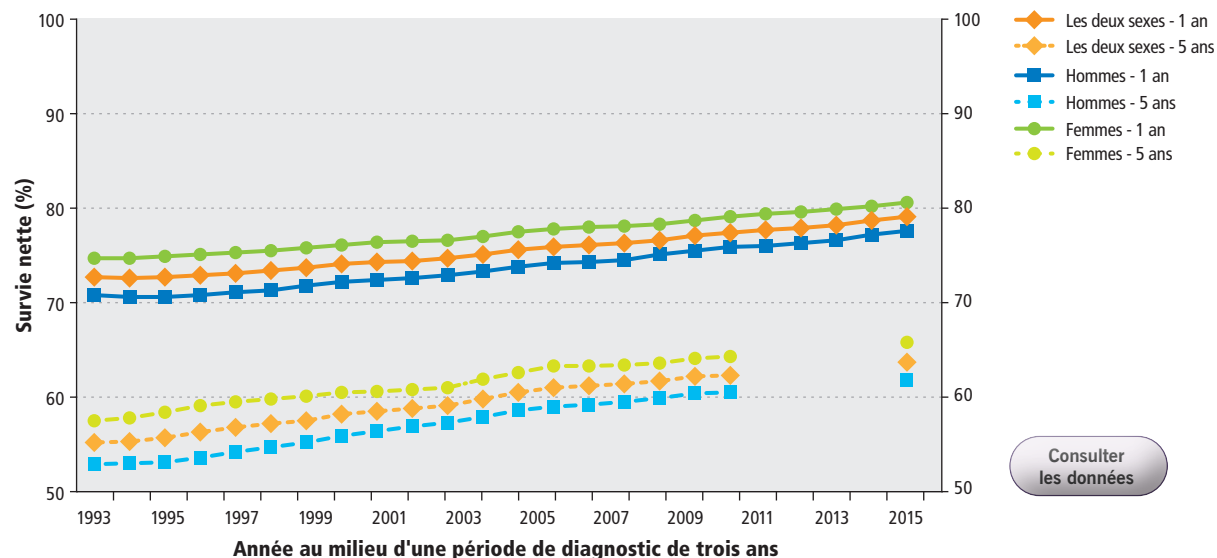
L'augmentation du taux de survie des cancers hématologiques a été largement attribuée aux progrès réalisés en matière de diagnostic précoce, de traitement (y compris l'immunothérapie) et d'amélioration des soins de soutien. Grâce à l'amélioration des traitements, de nombreux cancers hématologiques sont passés d'une prise en charge aiguë à une prise en charge à plus long terme associée à une survie plus longue. L'utilisation de la médecine de précision a également joué un rôle clé dans l'amélioration des résultats<sup>(15)</sup>.

### Indice de survie au cancer

L'étude « 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 » a fourni la première évaluation complète des progrès en matière de survie au cancer au Canada, tous types de cancer confondus<sup>(6)</sup>. La figure 3.3 présente certains résultats de cette étude.

- Entre la période de 1992 à 1994 et la période de 2015 à 2017, l'indice de survie au cancer (ISC) à cinq ans a augmenté de 8,6 points de pourcentage pour atteindre près de 64 %, et l'ISC à un an a augmenté de 6,4 points de pourcentage pour atteindre 79 %.
- Sur la période de dix ans la plus récente, entre la période de 2005 à 2007 et la période de 2015 à 2017, l'augmentation en points de pourcentage de l'ISC à un an a été plus importante que celle de l'ISC à cinq ans (3,1 contre 2,7).

**FIGURE 3.3** Estimés de l'indice de survie à 1 an et 5 ans, selon le sexe, personnes âgées 15 à 99 ans, Canada (à l'exclusion de Québec), périodes de trois ans qui se chevauchent de 1922-1994 à 2015-2017



Consulter les données

**Nota :** Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les estimés de l'indice de survie nette du cancer (ISC) pour les deux sexes combinés ont été calculés sous la forme d'une moyenne pondérée, normalisée selon l'âge, des estimés de la survie nette en fonction du sexe, et des types de cancer. Les ISC nets spécifiques à l'âge ont été calculés sous la forme d'une moyenne pondérée de la survie nette, normalisée selon l'âge, de chaque type de cancer pour chacun des sexes séparément. Les estimés de l'ISC pour la période de 2015 à 2017 ont été calculés à l'aire de la de survie prévue.

**Source :** Ellison LF. *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.*

- Si l'ISC à cinq ans était toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes, l'écart s'est légèrement réduit au fil du temps. L'ISC à cinq ans a augmenté de 8,9 points de pourcentage pour atteindre 62 % chez les hommes et de 8,2 points de pourcentage pour atteindre 66 % chez les femmes.

### Indice de survie au cancer

L'indice de survie au cancer (ISC) fournit une mesure de la survie au cancer, tous cancers confondus. Il tient compte des écarts potentiels dans la répartition selon l'âge des cas de cancer au sein des populations comparées. Il tient également compte des écarts dans la répartition des cas de cancer incidents par type de cancer et par sexe.

## Indice de survie au cancer par région géographique

La première évaluation complète de la survie globale au cancer au niveau provincial a été fournie dans l'étude « Mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer dans les provinces canadiennes : étendre l'indice de survie au cancer pour améliorer l'évaluation des efforts de lutte contre le cancer »<sup>(3)</sup>. La figure 3.4 montre certains résultats de cette étude. Des problèmes liés à la disponibilité des données (Québec) et à leur suffisance (Île-du-Prince-Édouard et territoires) ont empêché le calcul de l'ISC pour toutes les régions géographiques.

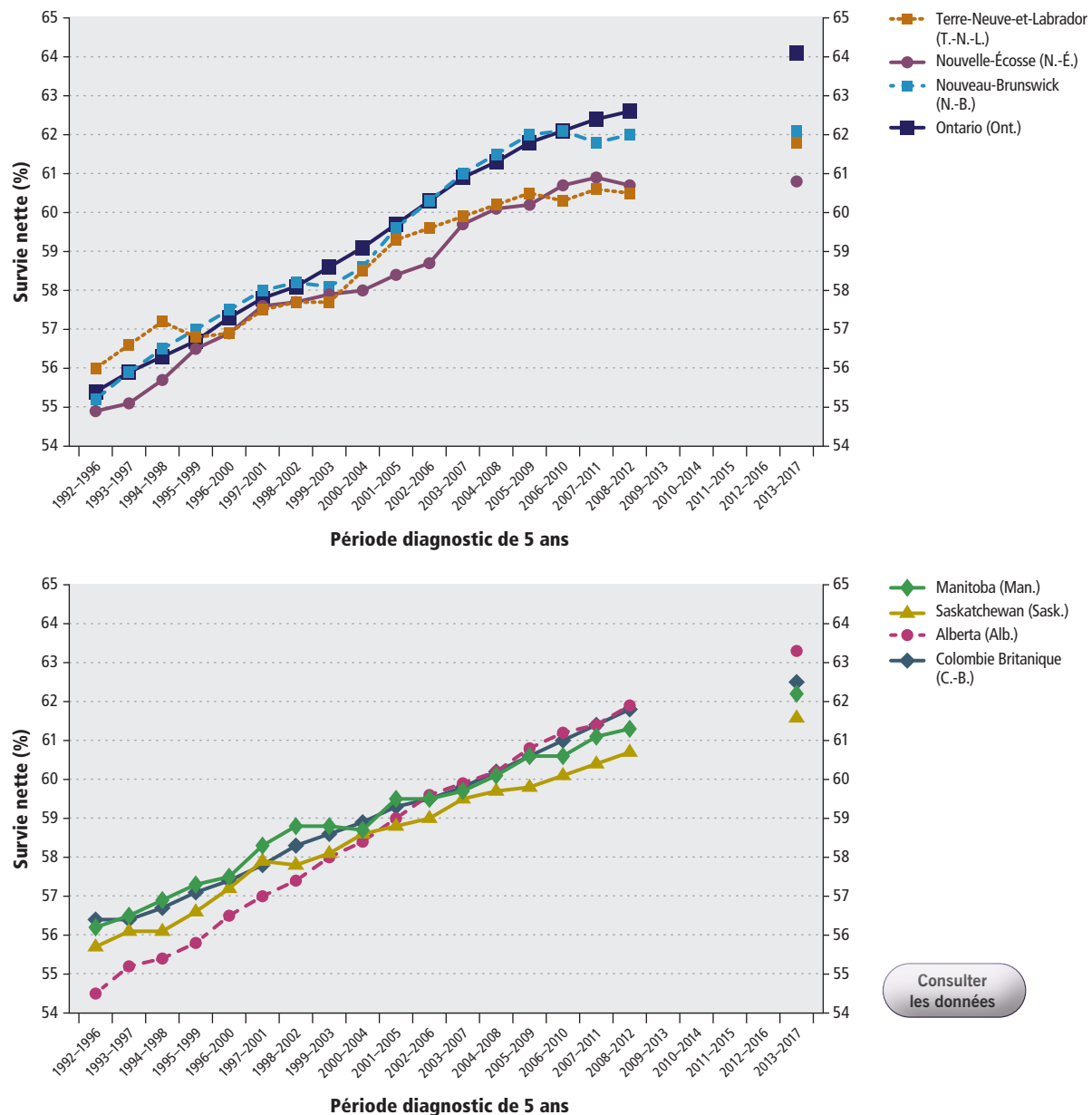
- L'indice de survie à cinq ans est actuellement le plus élevé en Ontario (64 %) et le plus bas en Nouvelle-Écosse (61 %).
- Depuis le début des années 1990, des progrès importants ont été réalisés en matière de survie nette à cinq ans dans chaque province étudiée, bien que certaines provinces aient connu des progrès plus importants que d'autres.
- Entre la période de 1992 à 1996 et la période de 2013 à 2017, l'Alberta et l'Ontario ont connu les plus fortes augmentations, de 8,7 et 8,6 points de pourcentage respectivement.

**Nota :** Les estimés de l'index de survie nette du cancer (ISC) ont été calculés sous la forme d'une moyenne pondérée des survies nettes, normalisées pour l'âge, selon le sexe et le type de cancer. Les estimés de l'ISC pour le chevauchement des périodes de cinq ans de 2009 à 2013 et de 2012 à 2016 ne sont pas encore disponibles. Les estimés de l'ISC pour la période de 2015 à 2017 ont été calculés à l'aide de la survie prévue.

**Sources :** Ellison LF. *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.

Ellison LF. *Mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer dans les provinces canadiennes : étendre l'indice de survie au cancer pour améliorer l'évaluation des efforts de lutte contre le cancer. Rapports sur la santé.* 2022;33(6):17-29.

**FIGURE 3.4** Estimés de l'indice de survie du cancer à cinq ans pour certaines provinces, les deux sexes combinés, personnes âgées de 15 à 99 ans, périodes de cinq ans qui se chevauchent de 1922-1996 à 2013-2017



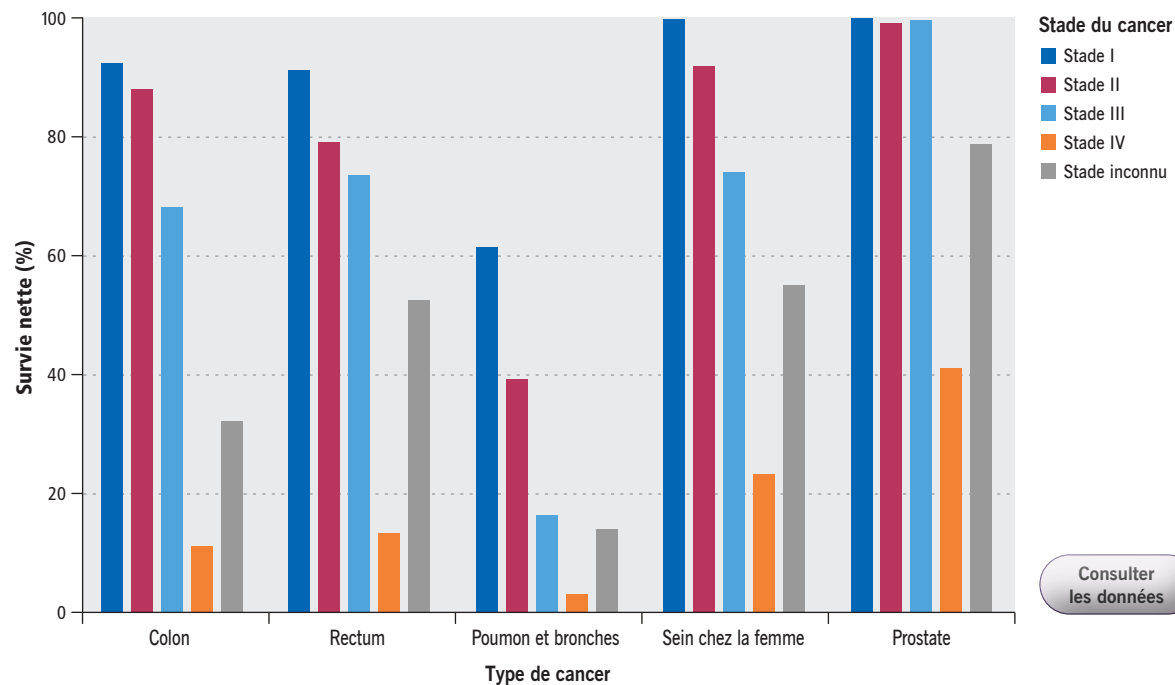
Consulter les données

## Survie nette conditionnelle

La survie conditionnelle est souvent plus significative pour la prise en charge clinique et le pronostic que la survie à cinq ans mesurée à partir de la date du diagnostic<sup>(16)</sup>. Étant donné que le risque de décès dû au cancer est souvent le plus élevé au cours des premières années suivant le diagnostic (figure 3.1), le pronostic peut s'améliorer considérablement chez les personnes qui survivent une ou plusieurs années. Pour ces personnes, la survie nette à cinq ans mesurée au moment du diagnostic (tableau 3.1) ne s'applique plus. Le tableau 3.5 présente la survie nette conditionnelle prévue à cinq ans, qui est calculée à partir de la date du diagnostic de cancer parmi les personnes qui ont survécu la première année après le diagnostic de leur cancer. Il présente également les prévisions de survie nette à un an.

- En règle générale, les écarts les plus importants entre la survie nette à cinq ans et la survie nette conditionnelle à cinq ans concernaient les cancers dont la survie à un an est relativement faible. La différence la plus importante a été observée pour la leucémie myéloïde aiguë, pour laquelle la survie conditionnelle à cinq ans était de 51 %, soit 28 points de pourcentage de plus que la survie à cinq ans. Les cancers de l'estomac et du poumon étaient associés aux différences les plus importantes suivantes, soit 26 et 24 points de pourcentage, respectivement.
- En revanche, comme le potentiel d'amélioration est limité pour les cancers qui ont un bon pronostic au moment du diagnostic, il y avait peu d'écarts entre la survie nette à cinq ans et la survie nette conditionnelle à cinq ans pour

**FIGURE 3.5** Estimés de survie nette à cinq ans par stade, pour certains cancers, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada, période de 2010 à 2017



**Nota :** Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les cas ont été suivis jusqu'à la fin de 2017.

**Source :** Ellison LF. 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;

Ellison LF, Saint-Jacques N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. *Rapports sur la santé* 2023;34(1):3-15.

ces cancers. Par exemple, compte tenu du taux élevé de survie nette à un an pour le cancer du sein (97 %), il n'y avait qu'un écart de deux points entre la survie nette à cinq ans (88 %) et la survie nette conditionnelle à cinq ans (91 %) pour ce cancer.

### Survie nette conditionnelle

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

## Survie au cancer par stade au moment du diagnostic

L'examen de la survie au cancer en fonction du stade au moment du diagnostic peut nous aider à évaluer l'efficacité de la détection précoce. L'étude « La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada », publiée au début de l'année 2023, a comblé une lacune importante dans la surveillance du cancer en fournissant les premières estimations de la survie nette au cancer à cinq ans par stade au Canada<sup>(4)</sup>. La [figure 3.5](#) présente certains résultats de cette étude, qui a porté sur les cas de cancer du poumon, du sein, de la prostate, du côlon et du rectum diagnostiqués entre 2010 et 2017 et suivis jusqu'à la fin de l'année 2017.

- La survie à cinq ans pour les cancers les plus couramment diagnostiqués au Canada diminue avec l'augmentation du stade de la maladie au moment du diagnostic. Par exemple, les estimations de la survie nette à cinq ans pour le cancer du sein chez la femme étaient de presque 100 % pour le stade I, 92 % pour le stade II, 74 % pour le stade III et 23 % pour le stade IV.
- Pour le cancer du côlon, la survie nette variait de 92 % lorsque la maladie était diagnostiquée au stade I à 11 % lorsqu'elle était diagnostiquée au stade IV. En revanche, pour le cancer de la prostate, le pronostic était proche de 100 % pour les trois premiers stades, puis tombait à 41 % lorsque le cancer était diagnostiqué au stade IV.
- La survie pour les diagnostics de stade I a dépassé 90 % pour chaque cancer étudié, à l'exception du cancer du poumon (62 %).
- Les cas diagnostiqués au stade III s'en sortent beaucoup mieux que ceux diagnostiqués au stade IV. Par exemple, le taux de survie du cancer du rectum était supérieur d'environ 60 points de pourcentage lorsque la maladie était diagnostiquée au stade III (74 %) par rapport au stade IV (13 %).

## Que signifient ces statistiques?

Les statistiques de survie au cancer sont des indicateurs importants de l'efficacité du dépistage précoce, du traitement et de la prise en charge clinique de la maladie. Plusieurs facteurs influencent la survie, notamment le sexe (les femmes ont une meilleure survie que les hommes), l'âge (la survie diminue généralement avec l'âge), l'accès à des soins de qualité (qui peut varier d'une région à l'autre) et d'autres facteurs pronostiques et cliniques.

Heureusement, nous progressons. La survie au cancer s'est améliorée pour la plupart des cancers au cours des 25 dernières années au Canada. Les améliorations les plus notables concernent les cancers liés au sang, notamment la leucémie et le lymphome non hodgkinien, et peuvent être largement attribuées aux progrès réalisés en matière de diagnostic et de traitement<sup>(15,17,18)</sup>.

- Si la survie au cancer colorectal s'est également améliorée, la survie à cinq ans n'est encore que de 67 %. Cela reflète probablement le fait que près de 50 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués à un stade avancé (c'est-à-dire au stade III ou IV), lorsque les modalités de traitement sont moins efficaces<sup>(14)</sup>. Toutefois, le dépistage du cancer colorectal s'est amélioré au fil du temps grâce à des tests modernisés (p. ex., le test immunochimique fécal ou TIF) qui offrent une meilleure précision et sont plus faciles à

utiliser pour les participants. Ces tests sont utilisés dans le cadre de programmes de dépistage du cancer colorectal dans la population partout au pays, qui se sont développés au cours de la dernière décennie pour faciliter l'accès et la participation. Grâce à une participation accrue à ces programmes, on s'attend à ce qu'un plus grand nombre de cancers soient diagnostiqués à un stade précoce et que le taux de survie au cancer colorectal continue d'augmenter.

- Malgré ces succès notables, il y a encore beaucoup de progrès à faire, car la survie nette de certains cancers reste faible. Il s'agit notamment du cancer du poumon – le cancer le plus couramment diagnostiqué et la principale cause de décès par cancer au Canada – et du cancer du pancréas, qui est un cancer moins couramment diagnostiqué, mais qui devrait être la troisième cause de décès par cancer au Canada en 2023. Les faibles probabilités de survie pour ces cancers se reflètent en grande partie dans le stade tardif auquel ils sont diagnostiqués<sup>(14)</sup>.
- Néanmoins, la survie au cancer du poumon s'est améliorée ces dernières années<sup>(3)</sup>, grâce aux progrès du traitement, y compris l'utilisation croissante de traitements ciblés et d'immunothérapies<sup>(19)</sup>. Cette amélioration a été définie comme un facteur clé de l'amélioration récente de la survie, tous cancers confondus<sup>(3)</sup>. L'introduction prévue de programmes de dépistage du cancer du poumon au Canada dans un avenir proche pourrait accroître la détection précoce de la maladie, ce qui pourrait entraîner d'autres améliorations de la survie. Dans le cas du cancer du pancréas, un dépistage précoce et des traitements efficaces sont nécessaires pour améliorer les chances de survie.

- La poursuite de la surveillance de la survie au cancer par sexe, âge, région géographique et période permet de mettre en évidence les domaines dans lesquels des efforts accrus sont nécessaires pour détecter, diagnostiquer et traiter le cancer. Ces données peuvent également nous indiquer les domaines dans lesquels des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mettre au point de meilleurs traitements et comprendre pourquoi il existe des disparités.

## Ressources supplémentaires

Le site [cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques) contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. En voici quelques-unes :

- Feuilles de calcul Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#)
- Feuilles de calcul Excel avec des [statistiques supplémentaires](#). Par exemple, afin de faciliter la comparaison internationale des estimations de survie avec le Canada, le [tableau S3.1](#) présente les estimations de survie par sexe pour certains cancers qui ont été normalisées selon l'âge en utilisant à la fois les poids types canadiens de la survie au cancer<sup>(7)</sup> et les poids de l'International Cancer Survival Standard (ICSS)<sup>(20)</sup>.
- Images des [figures PowerPoint](#) utilisées dans ce chapitre

## Références

1. Coleman MP. Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet*. 2014;383(9916):564-573.
2. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival. *J Intern Med*. 2006;260(2):103-117.
3. Ellison LF. Mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer dans les provinces canadiennes : étendre l'indice de survie au cancer pour améliorer l'évaluation des efforts de lutte contre le cancer. *Rapports sur la santé*. 2022;33(6):18-31.
4. Ellison LF, Saint-Jacques N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. *Rapports sur la santé*. 2023;34(1):3-16.
5. Brenner H, Soderman B, Hakulinen T. Use of period analysis for providing more up-to-date estimates of long-term survival rates: Empirical evaluation among 370,000 cancer patients in Finland. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):456-462.
6. Brenner H, Gefeller O, Hakulinen T. Period analysis for "up-to-date" cancer survival data: Theory, empirical evaluation, computational realisation and applications. *Eur J Cancer*. 2004;40(3):326-335.
7. Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. *Rapports sur la santé*. 2018;29(9):11-20.
8. Ellison LF. 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):15-27.
9. Ellison LF. Différences dans les taux de survie au cancer au Canada, selon le sexe. *Rapports sur la santé*. 2016;27(4):20-29.
10. Noon AP, Albertsen PC, Thomas F, Rosario DJ, Catto JW. Competing mortality in patients diagnosed with bladder cancer: Evidence of undertreatment in the elderly and female patients. *Br J Cancer*. 2013;108(7):1534-1540.
11. National Cancer Institute. International Classification of Childhood Cancer (ICCC): Recode ICD-0-3/WHO 2008 [en ligne]. Bethesda (Maryland) : Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER); 2008. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/icc-who2008.html> (consulté en avril 2023).
12. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, 3e éd. *Cancer*. 2005;103(7):1457-1467.
13. Ellison LF, Xie L, Sung L. Tendances de la survie au cancer chez les enfants au Canada, 1992 à 2017. *Rapports sur la santé*. 2021;32(2):3-16.
14. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2018* [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2018. Accès : <http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR> (consulté en avril 2023).
15. Hemminki K, Hemminki J, Försti A, Sud A. Survival trends in hematological malignancies in the Nordic countries through 50 years. *Blood Cancer J*. 2022;12(11):150.
16. Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. Analyses de la survie conditionnelle selon le siège du cancer. *Rapports sur la santé*. 2011;22(2):21-25.
17. Ellison LF. Amélioration de la survie à la leucémie chez les adolescents et les adultes au Canada : un examen plus approfondi. *Rapports sur la santé*. 2016;27(7):21-29.
18. Awad K, Dalby M, Cree IA, Challoner BR, Ghosh S, Thurston DE. The precision medicine approach to cancer therapy: Part 2 – haematological malignancies. *The Pharmaceutical Journal*. 2020.
19. Howlader N, Forjaz G, Mooradian MJ, Meza R, Kong CY, Cronin KA, et al. The effect of advances in lung-cancer treatment on population mortality. *N Engl J Med*. 2020;383(7):640-649.
20. Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. 2004;40(15):2307-2316.

**TABLEAU 3.1** Taux prédit de survie nette à cinq et à dix ans pour certains cancers selon le sexe, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec\*), 2015 à 2017

	Survie nette à cinq ans (%) (IC 95 %)			Survie nette à dix ans (%) (IC 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers<sup>†</sup></b>	<b>64 (64-64)</b>	<b>62 (62-62)</b>	<b>66 (66-66)</b>	<b>58 (57-58)</b>	<b>55 (55-56)</b>	<b>60 (59-60)</b>
Glande thyroïde	97 (97-98)	95 (93-96)	98 (98-99)	97 (96-98)	93 (91-95)	99 (98-99)
Testicule	—	97 (96-98)	—	—	96 (95-97)	—
Prostate	—	91 (91-92)	—	—	88 (87-88)	—
Mélanome	89 (88-90)	86 (85-88)	92 (91-93)	85 (84-87)	82 (79-84)	90 (87-92)
Sein	89 (88-89)	76 (70-81)	89 (88-89)	82 (81-83)	60 (50-69)	82 (82-83)
Lymphome de Hodgkin	85 (83-87)	84 (81-86)	86 (84-89)	81 (79-83)	80 (76-82)	82 (79-85)
Utérus (corps, SAI)	—	—	82 (82-83)	—	—	80 (79-81)
Vessie <sup>‡</sup>	77 (76-77)	77 (76-78)	75 (73-77)	66 (64-68)	65 (63-67)	69 (66-72)
Col de l'utérus	—	—	74 (72-75)	—	—	68 (67-70)
Rein et bassinet du rein	73	73 (71-74)	73 (71-74)	64 (63-66)	64 (62-66)	64 (62-66)
Lymphome non hodgkinien	69 (69-70)	68 (67-69)	71 (70-73)	61 (60-62)	59 (57-60)	64 (62-65)
Colorectal	67	66 (66-67)	67 (66-68)	61 (60-61)	60 (59-61)	61 (60-62)
Rectum	67 (67-68)	67 (66-68)	69 (67-70)	60 (59-62)	59 (57-60)	64 (61-66)
Côlon	66 (66-67)	66 (65-67)	66 (65-67)	61 (60-62)	62 (60-63)	60 (59-62)
Tête et cou	64 (63-65)	64 (63-65)	65 (63-67)	56 (55-57)	56 (54-57)	57 (54-60)
Tissus mous (y compris le cœur)	61 (59-63)	60 (57-63)	62 (58-65)	58 (54-62)	56 (50-62)	62 (57-66)
Leucémie	61 (60-62)	60 (59-62)	61 (60-63)	52 (50-53)	51 (49-53)	53 (50-56)
Leucémie lymphocytaire chronique	86 (85-88)	84 (82-86)	89 (86-91)	73 (70-76)	70 (67-74)	77 (72-82)
Leucémie myéloïde chronique	58 (56-61)	55 (52-59)	63 (59-67)	49 (46-53)	46 (42-51)	54 (49-59)
Leucémie lymphocytaire aiguë	47 (42-51)	51 (44-57)	42 (35-48)	41 (36-46)	44 (38-51)	37 (29-45)
Leucémie myéloïde aiguë	23 (22-25)	22 (19-24)	26 (23-29)	20 (19-22)	19 (17-21)	23 (20-25)
Ovaire	—	—	44 (43-45)	—	—	35 (33-36)
Myélome multiple	50 (49-52)	50 (48-52)	51 (48-53)	30 (28-32)	28 (26-31)	32 (29-35)
Estomac	29 (28-30)	27 (26-29)	32 (30-34)	25 (24-27)	23 (21-25)	29 (26-32)
Poumon et bronches	22 (22-23)	19 (18-19)	26 (25-26)	15 (15-16)	13 (12-13)	18 (17-19)
Encéphale/SNC	22 (21-23)	21 (20-22)	23 (21-24)	17 (16-18)	16 (15-17)	18 (16-20)
SNC	61 (54-67)	61 (51-70)	59 (49-67)	51 (44-58)	50 (40-60)	51 (41-60)
Encéphale	20 (19-21)	19 (18-21)	20 (19-22)	15 (14-16)	14 (13-16)	16 (14-17)
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	18 (17-19)	19 (18-20)	17 (15-19)	14 (13-15)	14 (13-15)	13 (11-15)
Foie	22 (21-23)	22 (21-23)	22 (20-25)	16 (15-18)	16 (14-18)	18 (15-21)
Canaux biliaires intrahépatiques	6 ( 5-8)	5 ( 3-7)	8 ( 6-10)	4 ( 3-6)	3 ( 2-5)	5 ( 3-8)
Œsophage	16 (15-18)	16 (15-18)	17 (15-20)	13 (11-14)	12 (11-14)	14 (12-17)
Pancréas	10 ( 9-10)	10 ( 9-11)	9 ( 9-10)	8 ( 7-9)	8 ( 7-9)	8 ( 7-9)

— Sans objet; IC = intervalle de confiance;

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

† Les estimations pour tous les cancers combinés ont été calculées comme une moyenne pondérée des estimations en fonction du sexe pour les cancers individuels. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

‡ La survie nette à dix ans pour le cancer de la vessie ne comprend pas les cas *in situ* pour l'Ontario diagnostiqués avant 2010, car ils n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

**Nota :** Les estimations associées à une erreur-type supérieure à 0,05 et inférieure ou égale à 0,10 sont en italique. Le [tableau A.1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada  
**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada



**TABLEAU 3.2** Taux prédit de survie nette à cinq ans pour certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec\*), 2015 à 2017

Groupe d'âge (années)	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)					
	Prostate	Sein (femme)	Colorectal	Poumon et bronches	Glande thyroïde	Mélanome
15-44	94 (88-97)	88 (87-89)	74 (73-76)	43 (38-47)	100 (99-100)	95 (94-96)
45-54	96 (95-97)	91 (91-92)	73 (72-74)	29 (28-31)	99 (98-99)	94 (92-95)
55-64	97 (96-97)	91 (90-91)	71 (70-72)	26 (25-27)	98 (97-98)	91 (89-92)
65-74	95 (95-96)	91 (90-92)	70 (69-71)	24 (24-25)	95 (93-96)	90 (89-92)
75-84	85 (84-86)	85 (83-86)	62 (61-63)	19 (18-20)	92 (86-95)	83 (81-86)
85-99	52 (49-56)	73 (70-77)	50 (47-52)	11 ( 9-12)	57 (41-70)	75 (68-80)

Groupe d'âge (années)	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)				
	Utérus (corps, SAI)	Vessie	Rein et bassinnet du rein	Lymphome non hodgkinien	Pancréas
15-44	91 (88-93)	91 (87-93)	92 (90-94)	86 (84-87)	43 (37-49)
45-54	88 (87-90)	86 (84-88)	85 (84-87)	83 (82-85)	21 (18-23)
55-64	88 (87-89)	83 (82-85)	77 (76-79)	78 (77-80)	12 (10-13)
65-74	81 (79-82)	81 (79-82)	73 (71-75)	72 (70-73)	9 ( 8-10)
75-84	69 (67-72)	74 (72-75)	59 (57-62)	56 (55-58)	6 ( 5-7)
85-99	56 (49-63)	58 (54-62)	33 (27-38)	42 (38-46)	2 ( 1-4)

IC = intervalle de confiance; SAI = sans autre indication

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

**Nota :** Les estimations associées à une erreur-type supérieure à 0,05 et inférieure ou égale à 0,10 sont en italique. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

**TABLEAU 3.3** Proportions de survie observées (PSO) à un et cinq ans prédits selon le groupe de diagnostic et les sous-groupes sélectionnés, personnes âgées de 0 à 14 ans au moment du diagnostic, Canada (à l'exception du Québec\*), 2013 à 2017

Groupe de diagnostic <sup>†</sup>	PSO (%) (IC 95 %)	
	1 an	5 ans
<b>Tous les groupes<sup>‡</sup></b>	<b>93 (92-93)</b>	<b>84 (83-85)</b>
I. Leucémies, syndromes myéodysplasiques et syndromes myéoprolifératifs	95 (93-96)	88 (87-90)
a. Leucémies lymphoïdes	97 (96-98)	93 (92-95)
b. Leucémies myéloïdes aiguës	81 (74-86)	65 (57-71)
II. Lymphomes et tumeurs réticuloendothéliales	96 (94-97)	92 (89-94)
a. Lymphomes de Hodgkin	99 (95-100)	99 (95-100)
b. Lymphomes non hodgkiniens (à l'exclusion du lymphome de Burkitt)	93 (89-96)	84 (78-89)
c. Lymphome de Burkitt	97 (89-99)	94 (84-98)
III. Tumeurs du SNC et tumeurs intracrâniennes et intramédullaires diverses	84 (81-87)	72 (69-75)
b. Astrocytomes	88 (84-91)	82 (78-86)
c. Tumeurs embryonnaires intracrâniennes et intramédullaires	85 (79-90)	71 (64-78)
IV. Neuroblastomes et autres tumeurs du système nerveux périphérique	96 (92-97)	84 (79-88)
V. Rétinoblastomes	100 (..-..)	94 (85-98)
VI. Tumeurs rénales	98 (95-99)	96 (91-98)
a. Néphroblastomes et autres tumeurs rénales non épithéliales	98 (95-99)	96 (92-98)
VII. Tumeurs hépatiques	84 (71-92)	72 (58-82)
VIII. Tumeurs osseuses malignes	97 (92-99)	72 (64-78)
IX. Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extraosseux	90 (85-93)	70 (64-76)
a. Rhabdomyosarcomes	92 (85-96)	69 (60-77)
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	92 (86-96)	91 (85-95)
b. Tumeurs germinales extragonadiques et extracrâniennes malignes	91 (75-97)	91 (75-97)
c. Tumeurs germinales gonadiques malignes	97 (83-100)	97 (83-100)
XI. Autres tumeurs épithéliales malignes et mélanomes malins	96 (92-98)	92 (86-95)
XII. Tumeurs malignes autres et non précisées	80 (55-92)	80 (55-92)

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

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

† Les cancers ont été classés selon le Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) mise à jour de l'International Classification of Childhood Cancer, Third Edition (ICCC-3) (classification internationale des cancers de l'enfant, troisième édition)<sup>(11)</sup>. Seuls les sous-groupes sélectionnés au sein de chaque groupe de diagnostic figurent dans la liste.

‡ Les estimations pour tous les cancers de l'enfant combinés ont été calculées comme une moyenne pondérée des estimations en fonction du sexe et du groupe de diagnostic. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*.

**Nota :** Les estimations associées à une erreur-type supérieure à 0,05 et inférieure ou égale à 0,10 sont en italique.

**Analyse :** Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada

**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017). Adapté du tableau 2 dans [Ellison LF, Xie L, Sung L. Tendances de la survie au cancer chez les enfants au Canada, 1992 à 2017. Rapports sur la santé 2021; 17 février; 32\(2\):3-15.](#)

**TABLEAU 3.4** Taux prédit de survie nette à cinq ans, normalisé selon l'âge pour certains cancers, selon la province, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec\*), 2015 à 2017

Province	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)						
	Prostate	Sein (femme)	Colorectal	Poumon et bronches	Glande thyroïde	Mélanome	Utérus (corps, SAI)
<b>Canada*</b>	<b>91 (91-92)</b>	<b>89 (88-89)</b>	<b>66 (66-67)</b>	<b>22 (22-23)</b>	<b>98 (97-98)</b>	<b>89 (88-90)</b>	<b>83 (82-83)</b>
Colombie-Britannique (C.-B.)	91 (90-92)	88 (87-89)	67 (66-68)	21 (20-21)	95 (93-96)	90 (88-91)	83 (81-85)
Alberta (Alb.)	91 (90-92)	89 (88-90)	67 (65-68)	22 (20-23)	97 (95-98)	88 (85-90)	83 (81-85)
Saskatchewan (Sask.)	86 (84-88)	88 (86-89)	64 (62-67)	18 (17-20)	95 (91-97)	87 (82-91)	87 (83-91)
Manitoba (Man.)	91 (89-93)	88 (86-89)	64 (61-67)	22 (20-24)	97 (93-99)	90 (84-94)	85 (82-88)
Ontario (Ont.)	92 (92-93)	89 (88-89)	67 (66-67)	24 (23-24)	98 (98-99)	89 (88-90)	82 (81-83)
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	91 (88-93)	88 (86-91)	63 (60-65)	21 (20-23)	98 (93-99)	93 (87-96)	83 (78-87)
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	90 (88-92)	89 (86-90)	62 (60-64)	20 (18-22)	95 (91-97)	91 (86-94)	77 (73-81)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	88 (82-93)	90 (84-94)	67 (60-73)	..	91 (62-98)	82 (72-88)	79 (67-87)
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	91 (87-93)	89 (85-91)	68 (65-71)	23 (20-26)	97 (93-98)	87 (78-92)	88 (82-92)

Province	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)			
	Vessie	Rein et bassinnet du rein	Lymphome non hodgkinien	Pancréas
<b>Canada*</b>	<b>77 (76-77)</b>	<b>72 (72-73)</b>	<b>69 (69-70)</b>	<b>10 ( 9-10)</b>
Colombie-Britannique (C.-B.)	75 (73-77)	69 (67-72)	69 (67-71)	7 ( 6- 8)
Alberta (Alb.)	77 (74-80)	71 (68-74)	70 (67-72)	9 ( 8-11)
Saskatchewan (Sask.)	73 (68-77)	65 (60-69)	70 (65-74)	9 ( 7-12)
Manitoba (Man.)	72 (67-77)	66 (62-70)	69 (65-73)	11 ( 9-15)
Ontario (Ont.)	77 (76-78)	76 (75-77)	70 (69-71)	12 (11-13)
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	75 (70-80)	71 (66-75)	70 (65-74)	..
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	77 (72-82)	69 (65-73)	66 (62-70)	9 ( 7-12)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	68 (55-78)	..	67 (52-78)	..
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	82 (73-88)	70 (64-75)	69 (63-75)	..

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

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

**Nota :** Les estimations ont été normalisées selon l'âge en utilisant les poids types canadiens de la survie au cancer. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus. Les estimations associées à une erreur-type supérieure à 0,05 et inférieure ou égale à 0,10 sont en italique.

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

**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

**TABLEAU 3.5** Taux prédits de survie nette à un an et à cinq ans à partir du diagnostic (conditionnel à avoir survécu d'un an), pour certains cancers, selon le sexe, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec\*), 2015 à 2017

	Taux de survie nette à un an (%) (IC 95 %)			Taux de survie nette conditionnel à 5 ans (%) (IC 95 %)		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Glande thyroïde	98 (98-98)	96 (96-97)	99 (98-99)	99 (99-100)	98 (97-99)	100 (99-100)
Testicule	—	98 (98-99)	—	—	98 (97-99)	—
Prostate	—	97 (97-98)	—	—	94 (93-94)	—
Sein	97 (97-97)	96 (92-98)	97 (97-97)	91 (91-92)	79 (73-84)	91 (91-92)
Mélanome	97 (96-97)	96 (95-96)	98 (97-98)	92 (91-93)	90 (89-91)	94 (93-95)
Utérus (corps, SAI)	—	—	93 (92-93)	—	—	89 (88-90)
Lymphome de Hodgkin	91 (90-92)	90 (88-91)	93 (91-94)	93 (92-95)	93 (91-95)	93 (91-95)
Vessie	89 (89-90)	91 (90-91)	85 (84-86)	86 (85-87)	85 (84-86)	88 (87-90)
Col de l'utérus	—	—	89 (88-90)	—	—	82 (81-84)
Rein et bassinnet du rein	85 (85-86)	86 (85-87)	85 (83-86)	85 (84-86)	85 (83-86)	86 (85-88)
Colorectal	84 (83-84)	84 (84-85)	83 (82-83)	80 (79-80)	79 (78-79)	81 (80-82)
Rectum	87 (87-88)	88 (87-88)	87 (86-88)	77 (76-78)	76 (75-77)	79 (78-81)
Côlon	82 (81-82)	83 (82-83)	81 (81-82)	81 (80-82)	80 (79-81)	82 (81-83)
Tête et cou	83 (83-84)	84 (83-85)	82 (81-84)	77 (76-78)	76 (75-78)	79 (77-81)
Lymphome non hodgkinien	81 (81-82)	81 (80-82)	82 (81-83)	85 (84-86)	84 (83-85)	87 (86-88)
Myélome multiple	80 (78-81)	79 (78-81)	80 (78-81)	63 (62-65)	63 (61-66)	64 (61-66)
Ovaire	—	—	76 (75-77)	—	—	57 (56-59)
Tissus mous (y compris le cœur)	79 (78-81)	78 (76-80)	81 (79-83)	76 (74-79)	77 (74-80)	76 (72-79)
Leucémie	75 (74-76)	76 (75-77)	74 (73-75)	81 (80-82)	80 (78-81)	83 (81-84)
Leucémie lymphocytaire chronique	94 (94-95)	94 (93-95)	95 (93-96)	91 (90-93)	90 (87-91)	94 (91-96)
Leucémie myéloïde chronique	81 (79-83)	79 (76-82)	83 (80-86)	72 (69-75)	70 (66-74)	76 (71-80)
Leucémie lymphocytaire aiguë	67 (63-71)	69 (64-74)	64 (58-70)	70 (64-75)	73 (65-79)	65 (56-72)
Leucémie myéloïde aiguë	46 (44-48)	45 (43-48)	46 (44-49)	51 (48-54)	48 (43-52)	56 (51-60)
Estomac	53 (52-54)	53 (51-54)	53 (51-55)	55 (53-57)	52 (50-54)	61 (57-64)
Encéphale/SNC	49 (48-50)	49 (47-50)	50 (47-52)	44 (42-46)	43 (40-46)	45 (42-48)
SNC	79 (73-84)	81 (73-87)	76 (67-83)	77 (70-82)	76 (65-84)	77 (67-84)
Encéphale	48 (46-49)	47 (46-49)	48 (46-50)	41 (39-43)	41 (38-43)	42 (39-45)
Poumon et bronches	48 (48-49)	44 (43-44)	53 (52-53)	46 (45-47)	43 (42-44)	49 (48-50)
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	45 (44-46)	47 (46-48)	41 (39-43)	41 (39-43)	41 (38-43)	41 (37-45)
Foie	50 (48-51)	51 (49-52)	47 (44-49)	45 (42-47)	44 (41-46)	48 (43-52)
Canaux biliaires intrahépatiques	31 (29-34)	30 (27-33)	32 (29-36)	21 (17-25)	15 (10-21)	25 (19-31)
Œsophage	45 (44-47)	46 (44-47)	43 (40-46)	37 (34-39)	36 (33-38)	40 (35-45)
Pancréas	31 (30-32)	32 (31-33)	30 (29-32)	32 (30-33)	32 (29-35)	31 (29-34)

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

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

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

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

**Sources :** Fichier des décès du Registre canadien du cancer couplé (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

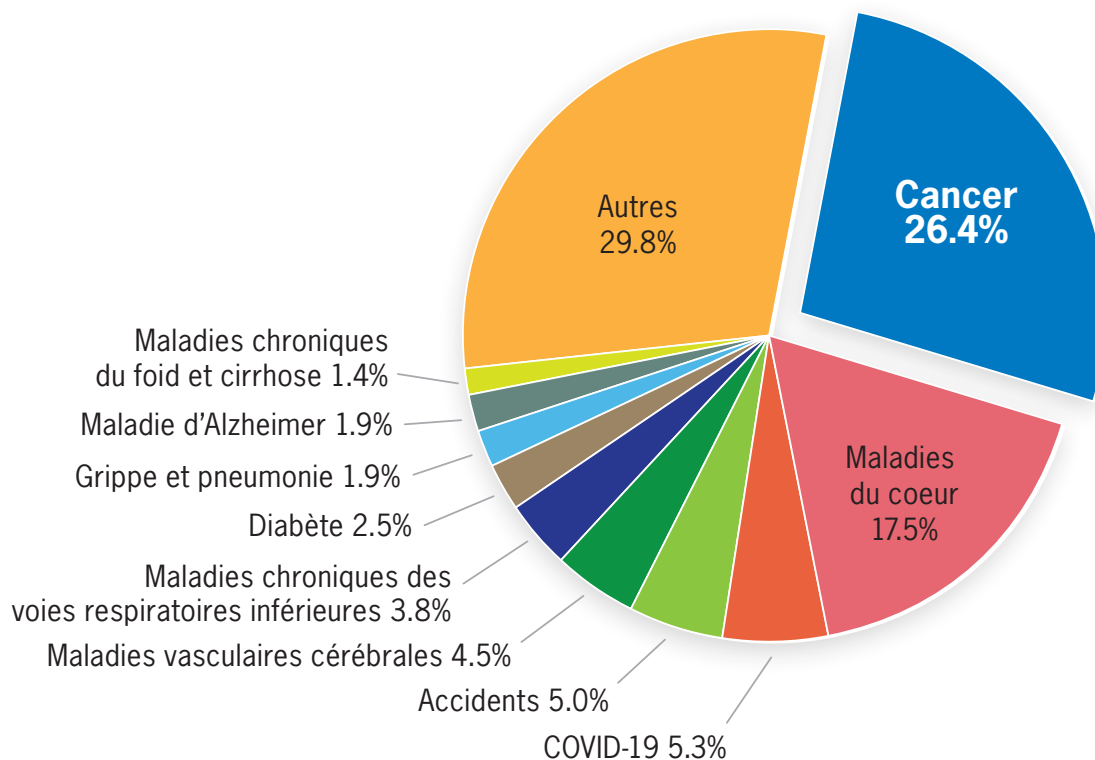
# Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

### Le cancer est la première cause de décès au Canada

Le cancer représente un fardeau énorme pour la santé des Canadiens et pour le système de santé canadien. Cette publication montre que 45 % des Canadiens devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie et que 22 % d'entre eux devraient mourir de cette maladie. En 2020, le cancer était responsable d'une proportion significativement plus élevée de tous les décès (26,4 %) que n'importe laquelle des autres principales causes de décès au Canada, y compris les maladies cardiaques (17,5 %), la COVID-19 (5,3 %), les accidents (5,0 %) et les maladies cérébrovasculaires (4,5 %) (figure 4.1).

Le cancer est également la principale cause de décès prématuré au Canada, ce qui signifie que des personnes meurent du cancer à un âge inférieur à l'âge moyen de décès par d'autres causes. La mortalité prématurée est souvent déclarée en fonction des années potentielles de vie perdues (APVP). Au cours de la période allant de 2018 à 2020, les APVP, tous cancers confondus, étaient d'environ 1 322 600 ans (figure 4.2), ce qui était considérablement plus élevé que toutes les autres causes principales de décès prématuré au Canada. Par exemple, les accidents se classent au deuxième rang du nombre total d'APVP le plus élevé, avec environ 711 300 années pour la période allant de 2018 à 2020.

FIGURE 4.1 Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2020



Nota : En 2020, le nombre total de décès au Canada était de 307 205.

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

Source : Statistics Canada. [Tableau 13-10-0394-01](#) Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge (accessé November 2, 2022)

## Le cancer est une maladie complexe

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

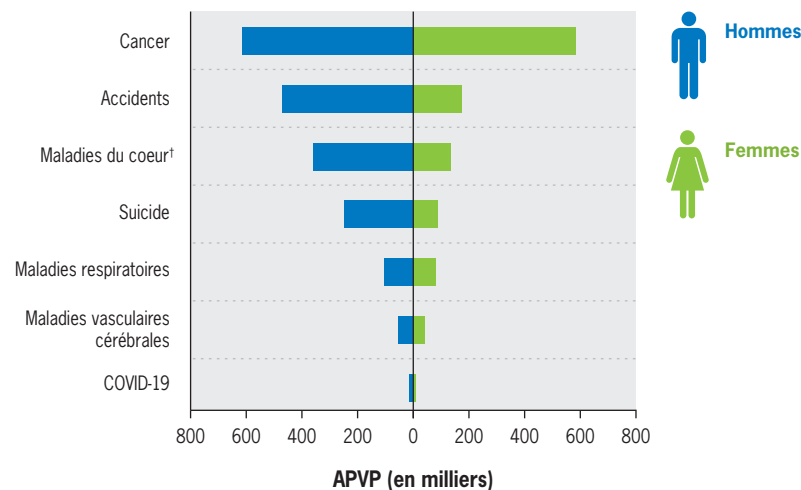
### Comment les cancers sont-ils catégorisés?

Les cancers sont catégorisés en fonction de l'organe, du tissu ou du système corporel dans lequel ils prennent naissance (site primaire) et de leurs caractéristiques cellulaires (histologie). Certaines cellules cancéreuses se développent et se propagent lentement et ressemblent de près à des cellules normales (cellules cancéreuses de faible grade). D'autres se distinguent radicalement des cellules normales et se propagent rapidement (cellules cancéreuses de haut grade). Chaque type de cancer possède ses propres systèmes de stadification et de classement, qui sont utilisés pour déterminer le pronostic et planifier le traitement. La catégorisation détaillée du cancer et des types de cellules qui y sont liés est essentielle pour une gestion clinique efficace des différents types de cancers.

### Comment le cancer se propage-t-il?

N'importe quel type de cancer peut se propager (métastase) de l'organe d'origine à un autre endroit du corps. La propagation d'un cancer et l'étendue de sa propagation dépendent

FIGURE 4.2 Années potentielles de vie perdues (APVP) pour certaines causes de décès\*, Canada, 2018 à 2020



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

† Les estimés d'APVP pour les maladies du cœur des versions précédentes de cette publication ont été calculés en utilisant les maladies du cœur ischémique seulement, alors que celles rapportées ici ont été calculées à partir des toutes les maladies du cœur, ce qui produit des valeurs beaucoup plus élevées.

**Nota :** Les causes sont affichées par ordre décroissant des APVP totales pour les hommes et les femmes combinés. Bien que les estimés aient été calculés sur trois années complètes de données, les décès attribués à la COVID-19 ont été rapportés seulement à partir de mars 2020. Par conséquent, les estimés d'APVP rapportés ici ne comptent que pour 10 mois des données de mortalité.

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

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

de plusieurs facteurs, comme le type de cancer, l'agressivité des cellules cancéreuses, l'emplacement de la tumeur primaire, la durée de sa présence dans l'organisme, ainsi que le type et l'efficacité des traitements disponibles. Une fois que le cancer s'est propagé (métastases), il est plus difficile de le traiter, ce qui peut donner lieu à des taux de survie plus faibles pour certains cancers. Par exemple, près de la moitié des tous les cas de cancer du poumon diagnostiqués au Canada sont au stade IV (dissémination dans l'organisme)<sup>(1)</sup> et sont donc associés à un taux de survie très faible<sup>(2)</sup>.

### Années potentielles de vie perdues

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont une estimation du nombre d'années supplémentaires qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas décédée prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans). Par exemple, si une personne meurt d'un cancer à l'âge de 60 ans, elle a perdu 15 années potentielles de vie, tandis que si elle meurt à l'âge de 70 ans, elle a perdu cinq années de vie.

## Comment le cancer est-il détecté?

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

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

Des recherches canadiennes ont mis en lumière le fardeau financier auquel sont confrontées de nombreuses personnes atteintes d'un cancer et leur famille, soulignant que les difficultés liées au cancer vont au-delà des défis physiques et émotionnels liés à la maladie<sup>(3-6)</sup>. Une enquête nationale, menée dans 20 centres de cancérologie partout au Canada, a révélé qu'un tiers des répondants à l'enquête étaient confrontés à un fardeau financier élevé, faisant état de difficultés financières « assez importantes, importantes ou les pires possible » causées par les dépenses liées à leurs soins<sup>(7)</sup>. Ce fardeau était particulièrement ressenti par les personnes à faible revenu. Dans



## Un diagnostic de cancer peut entraîner de graves difficultés financières pour les personnes et les familles.

l'ensemble, les répondants ont consacré en moyenne 34 % de leur revenu mensuel aux coûts liés au cancer, qui comprennent les dépenses liées à l'équipement médical, à la garde d'enfants, aux soins à domicile et au transport.

En termes d'impact total en dollars d'un point de vue sociétal, les coûts liés au cancer devraient s'élever à 26,2 milliards de dollars au Canada en 2021<sup>(8)</sup>. Le coût pour les personnes atteintes de cancer et leur famille, y compris les dépenses personnelles et le temps d'absence du travail, était de 7,8 milliards de dollars<sup>(8)</sup>. Compte tenu du nombre croissant de cas de cancer diagnostiqués chaque année au Canada, le coût total pour la société des soins liés au cancer devrait augmenter.

## Le Canada se classe favorablement dans la lutte contre le cancer, mais il y a des points à améliorer

Des mesures comparables de la lutte contre le cancer entre le Canada et d'autres pays figurent dans diverses ressources internationales, telles que celles fournies à l'[annexe I](#). L'étude la plus récente de l'International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) a montré que la survie au cancer au Canada est l'une des plus élevées parmi les pays comparables à revenu élevé dotés d'un système de soins de santé universel<sup>(1)</sup>. Selon

l'Index of Cancer Preparedness (indice de préparation au cancer) de l'Economist Intelligence Unit, le Canada se classe sixième sur 28<sup>(10)</sup>. Dans sa dernière année de données disponibles (2019), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montre que le Canada se classe 18e (sur 34) pour les décès dus au cancer (pour 100 000 personnes). Ce résultat est supérieur à celui de certains pays comparables, notamment le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Allemagne. Il reste toutefois inférieur à celui des États-Unis, de l'Australie et de la Suède<sup>(11)</sup>. La recherche exploratoire en cours dans le cadre de l'ICBP vise à comprendre pourquoi les résultats en matière de cancer varient d'un pays à l'autre. Les domaines d'enquête comprennent les différences d'accès aux diagnostics, les traitements optimaux et les structures des systèmes de santé<sup>(12)</sup>.

## Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure

Il ne fait aucun doute que des progrès considérables ont été réalisés grâce aux connaissances acquises sur le développement du cancer, sur les facteurs qui en augmentent le risque et sur les meilleurs moyens de le prévenir et de le traiter. Ces progrès se reflètent dans la diminution des taux d'incidence au fil du temps et, plus encore, dans les tendances des taux de mortalité, qui ont diminué de 39 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes depuis que le taux de mortalité par cancer a atteint son maximum en 1988 ([figure 4.3](#)).

Cependant, des défis importants subsistent, notamment le vieillissement et l'augmentation de la population au Canada, les inégalités dans l'accès aux soins et les résultats pour les différentes populations, ainsi que les nouveaux

défis qui continuent de se poser. Par exemple, les taux de cancer colorectal chez les jeunes sont en hausse<sup>(13)</sup>. Les raisons de ce phénomène restent floues et des recherches sont nécessaires pour comprendre comment nous pouvons atténuer cette augmentation.

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

Bien que les taux d'incidence et de mortalité aient diminué pour de nombreux types de cancer, le nombre total de nouveaux cas de cancer et le nombre de décès attribuables au cancer continuent d'augmenter chaque année au Canada. Ces augmentations s'expliquent en grande partie par le vieillissement et la croissance de la population. Le cancer est le plus souvent diagnostiqué chez les personnes âgées, de sorte que la proportion croissante de personnes âgées de plus de 65 ans peut être une indication du fardeau du cancer attendu. Selon des projections récentes, près d'un quart (25 %) des Canadiens pourraient être âgés de 65 ans et plus en 2051, contre un cinquième (19 %) en 2021<sup>(14)</sup>.

La figure 4.4 montre comment le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer chaque année est influencé par l'évolution des facteurs de risque de cancer et des pratiques de lutte contre le cancer, par la croissance démographique et le vieillissement de la population. Depuis 1984, l'évolution des risques de cancer et des pratiques de lutte contre le cancer n'a eu qu'un faible impact sur la réduction du nombre total de cas de cancer diagnostiqués. Toutefois, elle a eu un impact plus significatif sur la réduction du nombre de Canadiens qui meurent du cancer. Malheureusement, ces progrès ont été surpassés par l'incidence du

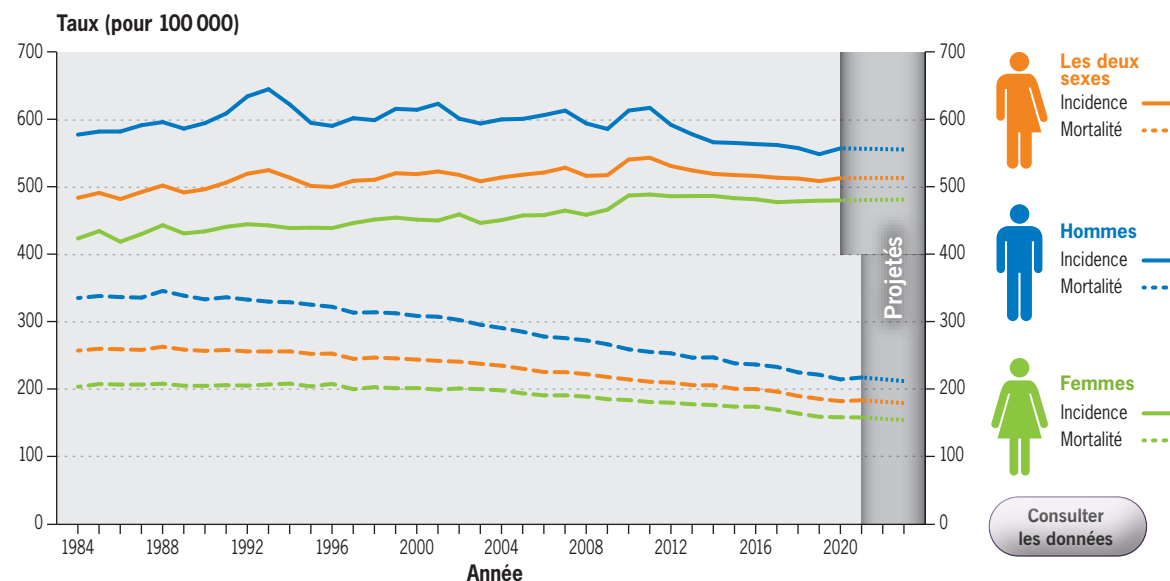
vieillesse de la population, suivi de la croissance démographique, qui ont toutes deux contribué à une augmentation spectaculaire du nombre de cas de cancer et de décès par cancer chaque année.

Comme la population canadienne continue de croître et de vieillir<sup>(15)</sup>, le nombre annuel moyen de cas de cancer devrait être 79 % plus élevé sur la période allant de 2028 à 2032 que sur celle de 2003 à 2007<sup>(16)</sup>. En conséquence, le système

de santé canadien devrait être confronté à une demande croissante de services liés au cancer, tels que les diagnostics, les traitements et les soins palliatifs.

De plus, un pourcentage croissant de Canadiens survivent leurs cancers, ce qui signifie qu'il y a un nombre croissant de survivants du cancer dans la population<sup>(17)</sup>. Bien que de nombreuses personnes qui survivent à un diagnostic de cancer mènent une vie épanouissante et productive, leur

**FIGURE 4.3** Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge de tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada\*, 1984 à 2023



\* Les taux d'incidence normalisés selon l'âge excluent les données du Québec.

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Les taux projetés sont fondés sur des données historiques à long terme et peuvent ne pas refléter l'évolution des tendances. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les données d'incidence réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 et projetées par la suite. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2020; les estimations pour 2021-2023 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2020. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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

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



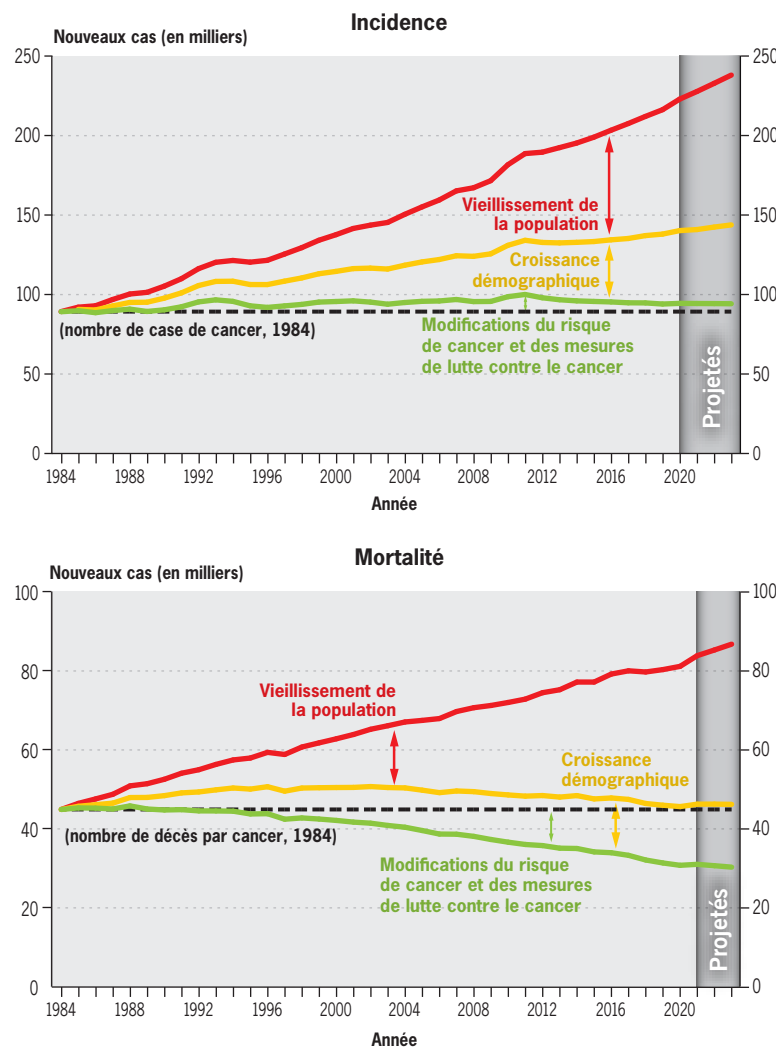
expérience du cancer peut entraîner des défis physiques, émotionnels, spirituels et financiers continus longtemps après le traitement de la maladie<sup>(17,18)</sup>. Cette population croissante de survivants aura besoin d'un soutien et de services continus.

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

Malgré des résultats relativement positifs en matière de cancer au niveau de la population au Canada, il est important de comprendre l'étendue et la nature des disparités en matière d'incidence, de mortalité et de survie en fonction, entre autres, de la race et de l'origine ethnique, de l'âge, de la langue, de la géographie, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle et du statut socio-économique. Plus précisément, nous devons comprendre dans quelle mesure les inégalités en matière de santé et de soins de santé sont sous-tendues par le racisme systémique et structurel, la marginalisation, la discrimination et la stigmatisation, qui créent des obstacles à l'accès aux soins touchant certaines populations plus que d'autres. Il est également important de reconnaître, comme l'a proposé la juriste Kimberlé Crenshaw, l'intersectionnalité de la façon dont les identités sociales et les systèmes d'oppression façonnent les expériences des personnes<sup>(19)</sup>.

**Nota :** Les nouveaux cas excluent les cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les données réelles sur l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec et la Nouvelle Écosse, et les données sur la mortalité jusqu'en 2020 pour toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Yukon. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*. Les fourchettes des taux varient entre les graphiques.

**FIGURE 4.4** Tendances de l'incidence et de la mortalité (en milliers de cas) associées aux modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, ainsi qu'à la croissance démographique et au vieillissement de la population, pour tous les cancers et tous les groupes d'âge, Canada, 1984 à 2023



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

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

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

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

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

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

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis qui accèdent au système de santé ont été victimes d'un racisme systémique généralisé manqué de manque de respect et de maltraitements; ils ont également été confrontés à des difficultés d'accès aux soins. Ces expériences les découragent de rechercher les soins dont ils ont besoin, ce qui entraîne des répercussions négatives sur leur santé<sup>(20)</sup>. Les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont également confrontées à des obstacles géographiques et économiques dans l'accès aux soins contre le cancer<sup>(21)</sup>. Par exemple, les Inuits qui vivent dans l'Inuit Nunangat (région désignée des Inuvialuits, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut) doivent parcourir de longues distances pour recevoir des soins de santé et de cancérologie qui ne sont pas disponibles localement. En effet, la prestation de services de santé dans les régions éloignées peut s'avérer difficile pour plusieurs raisons, notamment la taille du territoire, la dispersion de la petite population, les conditions météorologiques et la dépendance à l'égard du transport aérien<sup>(22,23)</sup>. Par conséquent, de nombreux Inuits sont confrontés à la décision difficile de quitter leur foyer, y compris leur famille, leurs amis et leur communauté, ou de renoncer au traitement contre le cancer<sup>(24)</sup>. Bien que certains aspects de cette situation soient inévitables (comme l'impossibilité de fournir un traitement par radiothérapie dans les communautés éloignées), l'expérience peut être considérablement améliorée grâce à la disponibilité de services de navigation culturellement appropriés, à un soutien pour les déplacements des personnes atteintes d'un cancer et leur famille, et à de meilleures solutions de santé numérique appuyées par une meilleure infrastructure de bande passante Internet.

La recherche a mis l'accent sur l'impact de ces obstacles sur les résultats du cancer. Par exemple, une étude a montré que les personnes vivant dans l'Inuit Nunangat sont plus de deux fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que les personnes vivant dans le reste du Canada<sup>(22,25)</sup>. En outre, un rapport sur le cancer du poumon et l'équité a montré qu'il existe des inégalités importantes dans les résultats de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis<sup>(22,25)</sup>. Le rapport a noté que les adultes des Premières Nations ont des taux d'incidence du cancer du poumon similaires à ceux de la population générale, mais qu'ils ont 35 % moins de chances de survivre cinq ans ou plus après leur diagnostic. Les adultes métis sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que la population générale, et ils ont 30 % moins de chances de survivre au-delà de cinq ans<sup>(25)</sup>. Les membres des Premières Nations avaient un taux de survie inférieur à celui de la population générale pour 14 des 15 cancers les plus couramment diagnostiqués, mais cette disparité ne pouvait pas être expliquée par le revenu et la ruralité<sup>(25-27)</sup>. Ces disparités dans les résultats sont probablement dues à un accès inéquitable aux soins de santé et à des diagnostics tardifs.

Les communautés racisées qui accèdent au système de santé ont également fait l'expérience d'un racisme systémique généralisé et de difficultés à accéder aux soins ou à voir leurs symptômes pris au sérieux<sup>(28)</sup>. Des recherches menées au Canada ont montré que certaines communautés racisées et certains immigrants se heurtent à des obstacles supplémentaires dans l'accès aux soins contre le cancer, ce qui se traduit par une moindre participation au dépistage et par des résultats plus défavorables<sup>(29-33)</sup>.

Les personnes LGBTQ2+ sont également confrontées à la discrimination et à la stigmatisation lorsqu'elles accèdent aux soins de santé, faisant état de refus de soins, de harcèlement et d'un manque de connaissances propres à la communauté de la part des prestataires de soins<sup>(34)</sup>. Les recherches existantes mettent en évidence certaines de ces inégalités, avec des données montrant que moins de personnes canadiennes lesbiennes, gaies et bisexuelles déclarent avoir un prestataire de soins habituel par rapport aux personnes hétérosexuelles<sup>(35)</sup>. Des barrières structurelles qui réduisent les taux de dépistage et l'accès aux soins appropriés ont été observées pour les populations LGBTQ2+, ce qui peut conduire à de moins bons résultats en matière de santé<sup>(36-38)</sup>.

En outre, les données montrent que les taux de dépistage sont disproportionnellement bas et que la mortalité par cancer est plus élevée dans d'autres communautés mal desservies, telles que les personnes à faible revenu et les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées<sup>(39)</sup>. Par exemple, au Canada, les personnes à faible revenu sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon, plus susceptibles d'être diagnostiquées à un stade avancé (stade III ou IV) et moins susceptibles de survivre<sup>(25)</sup>. Les personnes vivant dans des communautés rurales et éloignées sont confrontées à de nombreux obstacles pour accéder au dépistage, notamment des temps de trajet plus longs, des coûts plus élevés et moins de ressources de santé disponibles<sup>(40)</sup>.

Le Canada ne dispose pas de données de surveillance systématiques basées sur la race et l'appartenance ethnique, ce qui rend difficile la quantification complète des résultats du cancer dans les communautés mal desservies.

Par conséquent, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure certaines communautés peuvent accéder aux soins de santé, leurs expériences dans le système de santé et leurs résultats en matière de santé, et de comparer ces renseignements à ceux de la population générale. Les collaborateurs impliqués dans cette publication et d'autres membres de la communauté de la lutte contre le cancer investissent dans des efforts visant à accroître la collecte et la disponibilité des données afin de combler ces lacunes cruciales. Par exemple, la Société canadienne du cancer codirige 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. Outre le lancement récent d'importantes initiatives de collecte de données, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada s'efforcent de mieux intégrer les données socio-économiques et ethnoculturelles aux données sur le cancer. La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer de 2019 à 2029 définit plusieurs priorités liées au renforcement des capacités analytiques, y compris le soutien aux efforts menés par les Autochtones en matière de collecte, de communication et de gouvernance des données. Cela contribue à faire progresser l'autodétermination et à garantir que les Premières Nations, les Inuits et les Métis disposent des données nécessaires pour améliorer leur santé et leur bien-être<sup>(39)</sup>. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a approuvé la collecte de données sur la race et l'ethnicité, en décrivant les normes proposées pour la collecte de données afin de faciliter l'établissement de meilleurs rapports sur les groupes de population qui font généralement face à des inégalités en matière d'accès et de résultats<sup>(41)</sup>. L'ICIS a

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

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

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

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

**Incidence :** Les cotes relatives attribuées sont vertes s'il y avait moins de 5 000 cas, jaunes s'il y avait moins de 15 000 cas et rouges s'il y avait au moins 15 000 cas en 2021 (tableau 1.2).

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

**Mortalité :** Les cotes relatives attribuées sont vertes s'il y avait moins de 1 000 décès, jaunes s'il y avait entre 1 000 et 4 000 décès et rouges s'il y avait plus de 4 000 décès en 2023 (tableau 2.2).

poursuivi le développement de sa trousse d'outils Mesurer les inégalités en santé, qui contient diverses ressources aidant les utilisateurs à comprendre le processus de mesure et de déclaration des inégalités en matière de santé<sup>(42)</sup>. Les administrations des provinces et territoires canadiens ont également fait des efforts pour recueillir des données sur les populations mal desservies. Par exemple, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba se sont récemment engagés à recueillir des données sur la race dans les soins de santé afin d'aider à cerner et à résoudre les inégalités et le racisme dans les soins de santé<sup>(43,44)</sup>. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a introduit la loi Anti-Racism Data Act, qui vise à introduire un système destiné à recueillir et analyser en toute sécurité les données démographiques sur la race, l'ethnicité, la confession, le genre, le sexe, les capacités, le revenu et d'autres marqueurs d'identité sociale<sup>(45)</sup>. Ainsi, la communauté de la lutte contre le cancer travaille ensemble pour combler ces importantes lacunes dans les données afin de mieux relever les inégalités en matière d'accès et de résultats et d'y accorder plus d'attention et d'investissement.

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

La grande variation que nous observons en matière d'incidence du cancer et de la mortalité et de la survie qui y sont associées révèle la complexité de la maladie. La prévention, le dépistage et la détection précoce, le traitement, la survie et les soins palliatifs jouent tous un rôle important dans la lutte contre le cancer et doivent également être pris en compte lors de l'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour faire face à l'impact actuel du cancer au Canada.

La [figure 4.5](#) présente une approche simplifiée de la catégorisation des cancers en fonction de leur impact relatif au Canada et de la mesure dans laquelle ils peuvent être prévenus et détectés rapidement. La figure montre une évaluation relative des types de cancers les plus souvent diagnostiqués en fonction de leur préventabilité, de leur détectabilité, de leur incidence, de la survie et de la mortalité qui y sont associées, à l'aide des statistiques de la présente publication et de l'information sur les facteurs de risque modifiables et les programmes de détection précoce.

Cette approche simplifiée ne tient pas compte du fait que les cancers moins courants et les cancers pédiatriques peuvent encore avoir des effets dévastateurs sur les personnes atteintes du cancer et leurs familles. Il est reconnu que d'autres mesures, telles que les années potentielles de vie perdues (APVP) et les retombées économiques décrites précédemment, sont également importantes et doivent être prises en compte lors de l'évaluation de l'impact du cancer au Canada. Malgré ces limites, la [figure 4.5](#) vise à illustrer que les données statistiques présentées dans la présente publication, lorsqu'elles sont évaluées ensemble, peuvent servir à mettre en évidence les lacunes et les possibilités relatives aux stratégies de lutte contre le cancer mises en œuvre dans la population et à cerner les domaines prioritaires de la recherche clinique et sur les services de santé. L'objectif de la communication des statistiques sur le cancer est de changer l'avenir du cancer et, en fin de compte, d'améliorer la santé et le bien-être de toutes les personnes au Canada.

## Préventabilité

L'Organisation mondiale de la Santé laisse entendre que la prévention offre la stratégie à long terme la plus rentable pour lutter contre le cancer et d'autres maladies non transmissibles<sup>(46)</sup>. Les recherches suggèrent qu'un grand nombre de cancers peuvent être évités en réduisant l'exposition à des facteurs environnementaux, professionnels, comportementaux et infectieux néfastes<sup>(47)</sup>.

Par exemple, on estime que 3 300 nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Canada en 2015 étaient attribuables à la consommation d'alcool<sup>(48-50)</sup>. En janvier 2023, les Centres canadiens sur les dépendances et l'usage de substances ont publié les Repères canadiens sur l'alcool et la santé, qui encouragent les gens à réfléchir à leur consommation d'alcool et les aident à prendre des décisions éclairées sur leur santé<sup>(51)</sup>. Les Repères sont conçus pour éliminer la honte et la stigmatisation de la conversation sur l'alcool et pour informer les gens que moins ils boivent, moins ils risquent de nuire à leur santé.

Les efforts visant à réduire le risque de cancer par la mise en œuvre de programmes de prévention ciblant à la fois les personnes et la population en général peuvent avoir une incidence importante sur le fardeau futur du cancer au Canada. Par exemple, environ 72 % des cas de cancer du poumon au Canada sont dus au tabagisme<sup>(52)</sup>. La Société canadienne du cancer et le Partenariat canadien contre le cancer ont collaboré à une initiative nationale d'abandon du tabac ciblant les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, qui présentent des taux de tabagisme nettement plus élevés que les populations non autochtones<sup>(48-50)</sup>.

Le cancer du col de l'utérus peut être prévenu en recevant le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) avant l'exposition au HPV et en effectuant un dépistage des conditions précancéreuses du col de l'utérus. Grâce à ces possibilités de prévention, beaucoup pensent que le cancer du col de l'utérus pourrait être pratiquement éliminé dans certains pays<sup>(53)</sup>. L'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé d'éliminer le cancer du col de l'utérus au cours de ce siècle a été largement adopté à l'échelle mondiale. Le Canada s'est fixé l'objectif ambitieux d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040 grâce à des efforts coordonnés visant à améliorer les taux de vaccination contre le VPH, à remplacer le test de Pap traditionnel par un dépistage primaire du VPH et à garantir le traitement des lésions précancéreuses<sup>(54,55)</sup>. Toutefois, comme le montre la récente augmentation de l'incidence du cancer du col de l'utérus, une vigilance constante et des efforts concertés pour améliorer l'accès aux stratégies de prévention du VPH et leur adoption sont encore nécessaires pour atteindre l'objectif de quasi-élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, où moins de quatre cas sont diagnostiqués pour 100 000 femmes (normalisés selon l'âge) chaque année<sup>(56)</sup>. Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, décrit la manière dont un vaste groupe de partenaires, d'experts et d'intervenants, y compris l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que les organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les personnes atteintes du cancer, ont l'intention de combler les lacunes en matière d'accès équitable à la vaccination contre le VPH, au dépistage et au suivi des résultats anormaux du dépistage afin de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus<sup>(54)</sup>.

## Déteçtabilité

La détection précoce du cancer (p. ex., grâce à des tests de dépistage ou au suivi diagnostique de symptômes inquiétants) et le traitement des états précancéreux peuvent réduire de manière significative le fardeau de certains cancers. Des programmes de dépistage organisés existent dans la plupart des provinces et territoires pour les cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal, ce qui réduit l'impact de ces maladies.

Le dépistage du cancer du poumon pour les populations présentant un risque élevé de contracter la maladie a été exploré dans plusieurs provinces par l'intermédiaire de projets pilotes et d'essais de recherche démontrant qu'il est faisable, évolutif et rentable pour réduire la mortalité par cancer du poumon. Certaines provinces ont commencé à mettre en place des programmes organisés de dépistage du cancer du poumon ou des programmes pilotes, et toutes les provinces prévoient de les mettre en œuvre dans les années à venir<sup>(57)</sup>.

L'adoption généralisée du dépistage axé sur la population a eu des effets importants sur l'incidence et la mortalité de plusieurs cancers courants au Canada, y compris le cancer colorectal. Depuis l'adoption de programmes de dépistage organisés dans la plupart des provinces et territoires<sup>(58)</sup>, les taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal ont diminué. En fait, l'incidence du cancer colorectal au Canada diminue aujourd'hui plus rapidement que celle des autres types de cancer, tant chez les hommes que chez les femmes.

## Incidence, survie et mortalité

De nombreux cancers dont les taux d'incidence sont faibles ou moyens sont considérés comme un fardeau moyen ou élevé parce qu'ils ne présentent pas de facteurs de risque évitables, ne sont pas facilement détectés par les méthodes de diagnostic actuelles et ne présentent pas de symptômes précoces perceptibles. Par conséquent, ces cancers sont généralement diagnostiqués à un stade plus avancé, les options thérapeutiques sont limitées et le taux de survie est faible. Les cancers du cerveau et du pancréas en sont des exemples. Il est important de noter que le développement et la progression de ces cancers ne sont pas aussi bien compris que ceux d'autres cancers, car la courte durée de survie rend difficile la réalisation de recherches cliniques significatives. Néanmoins, il est nécessaire d'intensifier les efforts pour mieux comprendre l'étiologie de ces maladies et définir des stratégies de prévention, de diagnostic et de traitement plus efficaces afin de réduire le fardeau qu'elles représentent.

De l'autre côté du spectre se trouvent les cancers de la glande thyroïde et de la prostate, qui ont des taux d'incidence élevés, mais qui sont associés à une bonne survie. Cependant, ces deux cancers ont retenu l'attention en raison d'allégations de surdiagnostic<sup>(59,60)</sup>. Étant donné le coût important de chaque diagnostic pour les personnes et le système de soins de santé, il faut toujours prendre soigneusement en compte les circonstances (quand et comment) dans lesquelles les cancers sont diagnostiqués et traités.

## Les effets de la COVID-19 sur les statistiques sur le cancer

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur de nombreux aspects des soins et de la lutte contre le cancer. Les données disponibles à ce jour suggèrent que le nombre de cancers diagnostiqués a considérablement diminué pour de nombreux types de cancer, l'incidence étant plus importante pour les types de cancer faisant l'objet de programmes de dépistage organisés<sup>(21)</sup>. Les données administratives sur la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont montré une réduction de 25 % de l'imagerie diagnostique et de 20 % du nombre d'interventions chirurgicales liées au cancer au cours des six premiers mois de la pandémie<sup>(61)</sup>.

Les efforts internationaux suggèrent également que les diagnostics de cancers ont été réduits de 40 % entre le 9 mars et le 17 mai 2020, par rapport aux diagnostics établis en moyenne sur la même période en 2018 et 2019<sup>(62)</sup>. Les répercussions à long terme de la COVID-19 sur les résultats en matière de cancer chez la population canadienne ne seront pas connues avant plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Ce que l'on sait, c'est qu'il faudra déployer des efforts supplémentaires, voire augmenter la capacité, pour rattraper les procédures manquées. Plusieurs initiatives sont en cours aux niveaux national, provincial et territorial pour comprendre et atténuer les répercussions de la COVID-19 sur les soins contre le cancer au Canada<sup>(21)</sup>.

Compte tenu des répercussions disproportionnées de la pandémie sur les communautés noires et autres communautés racisées<sup>(63,64)</sup>, il est probable que les personnes issues de ces communautés connaissent également des difficultés d'accès

plus importantes et des résultats défavorables qui seront observés dans les années à venir. Il est important de noter que la COVID-19 a touché certaines populations plus que d'autres, et a donc exacerbé les inégalités auxquelles sont confrontées de nombreuses personnes, notamment la population autochtone, les communautés racisées, les personnes de la communauté LGBTQ2+ et autres<sup>(65)</sup>.

Les projections de l'incidence présentées dans cette publication ne tiennent pas compte des changements dans le diagnostic ou la lutte contre le cancer associés à la COVID-19, car elles sont fondées sur des données allant jusqu'en 2019. Les données sur la mortalité pour 2020 sont incluses dans les [figures 4.1](#) et [4.2](#), la mortalité et les années potentielles de vie perdues (APVP) à cause du cancer sont beaucoup plus importantes que celles attribuables à la COVID-19 et, par conséquent, aucun changement majeur n'a été observé dans la mortalité associée au cancer. On s'attend à ce que les interruptions des efforts de lutte contre le cancer entraînent des répercussions sur les estimations futures de la survie et de la mortalité par cancer en raison des délais de diagnostic largement signalés. Les changements apportés aux efforts de lutte contre le cancer au cours de la pandémie de COVID-19 devraient également avoir occasionné des effets différents à différents moments dans le pays. Ces répercussions seront évaluées dans les analyses futures.

## Résumé

Malgré les limites de l'approche adoptée pour générer la [figure 4.5](#), il s'agit d'un exercice qui peut aider à cibler les efforts de lutte contre le cancer. Il contribue également à renforcer le fait que les mesures de l'incidence du cancer doivent être évaluées de différentes manières et en parallèle afin de fournir une vue d'ensemble de l'incidence du cancer. Ces mesures doivent également être examinées en fonction de notre capacité actuelle à réduire le fardeau grâce à une meilleure prévention primaire, à une détection précoce et à un dépistage opportuns et efficaces, ainsi qu'à un diagnostic et à un traitement fondés sur des données probantes et centrés sur la personne. De telles évaluations globales peuvent contribuer à faire progresser les statistiques présentées dans cette publication en mettant en évidence les lacunes et les possibilités des stratégies de lutte contre le cancer à l'échelle de la population et en définissant les domaines prioritaires pour la recherche clinique et la recherche sur les services de santé.

## Ressources supplémentaires

Le site [cancer.ca/statistiques](https://cancer.ca/statistiques) contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Ces ressources comprennent les suivantes :

- Feuilles de calcul Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#)
- Images des [figures PowerPoint](#) utilisées dans ce chapitre

## Références

- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2018. Accès : <https://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR> (consulté en avril 2023).
- Ellison LF, Saint-Jacques N. La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada. *Rapports sur la santé*. 2023;34(1):3-16.
- Réseau canadien de lutte contre le cancer et Société canadienne du cancer. Financial hardship of cancer in Canada: A call for action [en ligne]. Toronto (Ontario); 2010. Accès : <https://sunivornet.ca/learn/health-concerns-for-cancer-patients/financial-cost-of-cancer/financial-hardship-of-cancer-in-canada-a-call-for-action/> (consulté en avril 2023).
- Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N, Essue B. The out-of-pocket cost burden of cancer care: A systematic literature review. *Curr Oncol*. 2021;28(2):1216-1248.
- Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N, Essue B. The indirect cost burden of cancer care in Canada: A systematic literature review. *Appl Health Econ Health Policy*. 2020;19(3):325-341.
- Essue BM, Iragorri N, Fitzgerald N, de Oliveira C. The psychosocial cost burden of cancer: A systematic literature review. *Psychooncology*. 2020;29(11):1746-1760.
- Longo CJ, Fitch MJ, Loree JM, Carlson LE, Turner D, Cheung WY, et al. Patient and family financial burden associated with cancer treatment in Canada: A national study. *Support Care Cancer*. 2021;29(6):3377-3386.
- Garaszczuk R, Yong JHE, Sun Z, de Oliveira C. The economic burden of cancer in Canada from a societal perspective. *Curr Oncol*. 2022;29(4):2735-2748.
- Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A, Ferlay J, Andersson TM, Myklebust TA, et al. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995-2014 (ICBP SURVMARK-2): A population-based study. *Lancet Oncol*. 2019;20(11):1493-1505.
- Economist Intelligence Unit. Cancer Preparedness 2019 [en ligne]. Accès : [https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Cancer\\_preparedness\\_around\\_the\\_world.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Cancer_preparedness_around_the_world.pdf) (consulté en avril 2023).
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Décès dus au cancer (indicateur) [en ligne]. 2023. Accès : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/deces-dus-au-cancer.htm> (consulté en avril 2023).
- Cancer Research UK. International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) [en ligne]. Londres (Royaume-Uni) : Cancer Research UK. Accès : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/data-and-statistics/international-cancer-benchmarking-partnership-icbp> (consulté en avril 2023).
- O'Sullivan DE, Hilsden RJ, Ruan Y, Forbes N, Heitman SJ, Brenner DR. The incidence of young-onset colorectal cancer in Canada continues to increase. *Cancer Epidemiol*. 2020;69:101828.
- Statistique Canada. Alors que les postes vacants sont nombreux et que le taux de chômage est à un niveau historiquement bas, le Canada fait face à une vague record de retraites au sein d'une main-d'œuvre qui vieillit : le nombre de personnes de 65 ans et plus a crû six fois plus vite que celui des enfants de 0 à 14 ans [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2022. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427a-fra.htm> (consulté en avril 2023).
- Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043) [en ligne]. No 91-520-X au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2019. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.pdf?st=FarHfzjg> (consulté en avril 2023).
- Xie L, Semenciw R, Mery L. Incidence du cancer au Canada : tendances et projections (1983-2032). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2015;35(suppl. 1):2-196.
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2022 sur la prévalence du cancer [en ligne]; 2022. Accès : [www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR](http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2022-FR) (consulté en avril 2023).
- Partenariat canadien contre le cancer. *Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient* [en ligne]. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2018. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/living-with-cancer-report-patient-experience/> (consulté en avril 2023).
- Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*. 1991;43(6):1241-1299.
- Université de la Colombie-Britannique. In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC Health Care [en ligne]. Healthcare 2020. Accès : <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf> (consulté en avril 2023).
- Partenariat canadien contre le cancer. La voie du rétablissement : le cancer à l'ère de la COVID-19 [en ligne]. 2022. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cancer-in-covid-19-era/summary/> (consulté en avril 2023).
- Carrière GM, Tjepkema M, Pennock J, Goedhuis N. Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998-2007. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:18581.
- Services de soins de santé – Nunavut. 2017 mars – Rapport du vérificateur général du Canada : Les services de soins de santé – Nunavut [en ligne]. 2017. Accès : [https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/nun\\_201703\\_f\\_41998.html](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/nun_201703_f_41998.html) (consulté en avril 2023).
- Jull J, Sheppard AJ, Hizaka A, Inuit Medical Interpreter Team, Barton G, Doering P, et al. Experiences of Inuit in Canada who travel from remote settings for cancer care and impacts on decision making. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):328.
- Partenariat canadien contre le cancer. Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie [en ligne]. Toronto (Ontario); 2020. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/> (consulté en avril 2023).
- Withrow DR, Pole JD, Nishri ED, Tjepkema M, Marrett LD. Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: Follow-up of the 1991 census mortality cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(1):145-151.
- Mazereeuw MV, Withrow DR, Nishri ED, Tjepkema M, Vides E, Marrett LD. Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: Results from the Canadian census follow-up cohort (1992-2009). *CMAJ*. 2018;190(11):E320-E326.
- Mahabir DF, O'Campo P, Lofters A, Shankardass K, Salmon C, Muntaner C. Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: A concept mapping study. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):74.
- Kiran T, Glazier RH, Moineddin R, Gu S, Wilton AS, Paszat L. The impact of a population-based screening program on income- and immigration-related disparities in colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(9):1401-1410.
- Nnorom O, Findlay N, Lee-Foon NK, Jain AA, Ziegler CP, Scott FE, et al. Dying to learn: A scoping review of breast and cervical cancer studies focusing on black Canadian women. *J Health Care Poor Underserved*. 2019;30(4):1331-1359.
- Buchman S, Rozmovits L, Glazier RH. Equity and practice issues in colorectal cancer screening: Mixed-methods study. *Can Fam Physician*. 2016;62(4):e186-e193.
- Lofters AK, Hwang SW, Moineddin R, Glazier RH. Cervical cancer screening among urban immigrants by region of origin: A population-based cohort study. *Prev Med*. 2010;51(6):509-516.
- Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Low rates of cervical cancer screening among urban immigrants: A population-based study in Ontario, Canada. *Med Care*. 2010;48(7):611-618.
- Sterling J, Garcia MM. Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Transl Androl Urol*. 2020;9(6):2771-2785.
- Statistique Canada. *Mémoire au Comité permanent de la santé : santé LGBTQ2 au Canada* [en ligne]. 2019. Accès : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10448110/br-external/StatisticsCanada-f.pdf> (consulté en avril 2023).
- Giblon R, Bauer GR. Health care availability, quality, and unmet need: A comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):283.
- D'Souza G, Rajan SD, Bhatia R, Cranston RD, Plankey MW, Silvestre A, et al. Uptake and predictors of anal cancer screening in men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2013;103(9):e88-e95.
- Kiran T, Davie S, Singh D, Hranilovic S, Pinto AD, Abramovich A, et al. Cancer screening rates among transgender adults: Cross-sectional analysis of primary care data. *Can Fam Physician*. 2019;65(1):e30-e37.
- Partenariat canadien contre le cancer. 2019-2029 Stratégie canadienne de lutte contre le cancer [en ligne]. Accès : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/06/Canadian-Strategy-Cancer-Control-2019-2029-FR.pdf> (consulté en avril 2023).
- Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du sein au Canada : 2021-2022 : stratégies d'amélioration de l'accès au dépistage pour les populations rurales et éloignées [en ligne]. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/breast-cancer-screening-in-canada-2021-2022/population-outreach/rural-remote/> (consulté en avril 2023).
- Institut canadien d'information sur la santé. Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé; 2022. Accès : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf> (consulté en mai 2023).
- Institut canadien d'information sur la santé. Mesurer les inégalités en santé : trousse d'outils [en ligne]. Accès : <https://www.cihi.ca/fr/mesurer-les-inegalites-en-sante-trousse-doutils> (consulté en avril 2023).
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Race-based and linguistic identity data in healthcare: Fair Care Project [en ligne]. 2022. Accès : <https://novascotia.ca/race-based-health-data/> (consulté en avril 2023).
- Hoye B. Collecting racial data in Manitoba hospitals will help "disrupt and dismantle" racism in health care: doctor [en ligne]. CBC News. 2023. Accès : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/university-manitoba-shared-health-race-based-data-hospital-patients-1.6734641> (consulté en avril 2023).
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. La loi sur les données contre le racisme [en ligne]. 2022. Accès : <https://antiracism.gov.bc.ca/fr/data-act/> (consulté en avril 2023).
- Organisation mondiale de la Santé. Cancer : prévention [en ligne]. Genève (Suisse). Accès : [https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab\\_2](https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_2) (consulté en avril 2023).
- Poirier A, Ruan Y, Volesky K, King WD, O'Sullivan DE, Gogna P, et al. The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results. *Prev Med*. 2019;122:140-147.
- Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2017. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-653-X> (consulté en avril 2023).
- Statistique Canada. Tableau 13-10-0096-01. Caractéristiques de la santé, estimations annuelles [en ligne]. Accès : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601&request_locale=fr) (consulté en avril 2023).
- Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 : les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2016. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016101-fra.htm> (consulté en avril 2023).
- Paradis CB, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T, Sherk A, groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque. *Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final* [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. Accès : [https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA\\_Canada\\_Guidance\\_on\\_Alcohol\\_and\\_Health\\_Final\\_Report\\_fr\\_0.pdf](https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canada_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_fr_0.pdf) (consulté en avril 2023).
- Poirier AE, Ruan Y, Grevers X, Walter SD, Villeneuve PJ, Friedenreich CM, et al. Estimates of the current and future burden of cancer attributable to active and passive tobacco smoking in Canada. *Prev Med*. 2019;122:9-19.

53. Hall MT, Simms KT, Lew J-B, Smith MA, Brotherton JML, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: A modelling study. *Lancet Public Health*. 2019;4(1):e19-e27.
54. Partenariat canadien contre le cancer. Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030 [en ligne]. Accès : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/11/Elimination-cervical-cancer-action-plan-FR.pdf> (consulté en avril 2023).
55. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement [en ligne]. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2017. Accès : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/01/cervical-cancer-screening-environmental-scan-2019-2020-Jan132021-FR.pdf> (consulté en mai 2023).
56. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique [en ligne]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2020. Accès : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789240014107> (consulté en avril 2023).
57. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du poumon au Canada : 2021-2022 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2022. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-screening-in-canada-2021-2022/programs/> (consulté en avril 2023).
58. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement 2021-2022 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2022. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-cancer-screening-in-canada-2021-2022/summary/> (consulté en avril 2023).
59. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2016;375(7):614-617.
60. Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène prostatique spécifique. *CMAJ*. 2014;186(16):1225-1234.
61. 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 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé; 2021. Accès : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/wait-times-chartbook-priority-procedures-in-canada-2016-2020-fr.pdf> (consulté en mai 2023).
62. De Vincentiis L, Carr RA, Mariani MP, Ferrara G. 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.
63. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020 [en ligne]; 2020. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html> (consulté en avril 2023).
64. Etowa J, Hyman I. Unpacking the health and social consequences of COVID-19 through a race, migration and gender lens. *Can J Public Health*. 2021;112(1):8-11.
65. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Rapport personnalisé de l'ACMTS : les répercussions de la COVID-19 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada [en ligne]. Ottawa (Ontario) : ACMTS; 2021. Accès : <https://www.cadth.ca/sites/default/files/covid-19/C10157-Impacts-of-COVID-19-on-Indigenous-Populations-f.pdf> (consulté en avril 2023).



## Ressources connexes

Pour la première fois, les données incluses dans cette publication sont disponibles dans un tableau de bord interactif en ligne à l'adresse <https://cancerstats.ca>. Les données peuvent être filtrées par âge, sexe et région géographique de manière à produire des aperçus et des téléchargements personnalisés qui aideront la communauté de lutte contre le cancer au Canada. Les futures mises à jour des données seront disponibles sur le tableau de bord dans le cadre de la diffusion de la publication *Statistiques canadiennes sur le cancer* par le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Le tableau de bord est le fruit d'une collaboration entre l'équipe du Dr Darren Brenner de l'Université de Calgary, le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, rendue possible grâce au financement de la Société canadienne du cancer.

### Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer

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

Statistique Canada offre une série de tableaux de données en ligne qui donnent au public un accès rapide et facile aux plus récentes statistiques disponibles au Canada sur la démographie, la santé, le commerce, l'éducation et d'autres

Numéro du tableau	Titre et description
<a href="#">13-10-0111-01</a>	<b>Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe</b> Dénombrement des nouveaux cas de cancer et taux d'incidence bruts (et intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
<a href="#">13-10-0747-01</a>	<b>Nombre de nouveaux cas et taux normalisés selon l'âge de cancer primitif, selon le type de cancer et le sexe</b> Dénombrement des nouveaux cas de cancer et taux d'incidence normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe et l'année.
<a href="#">13-10-0761-01</a>	<b>Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le stade au moment du diagnostic, certains types de cancer, le groupe d'âge et le sexe</b> Fournit le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence bruts (et les intervalles de confiance à 95 %) selon le stade du diagnostic pour le Canada, les provinces et les territoires, par type de cancer, groupe d'âge, sexe et année sélectionnés.
<a href="#">13-10-0762-01</a>	<b>Nombre de nouveaux cas et taux normalisés selon l'âge de cancer primitif, selon le stade au moment du diagnostic, certains types de cancer et le sexe</b> Fournit le nombre de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge (et les intervalles de confiance à 95 %) selon le stade du diagnostic pour le Canada, les provinces et les territoires, par type de cancer, groupe d'âge, sexe et année sélectionnés.
<a href="#">13-10-0109-01</a>	<b>Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires et régions sociosanitaires (limites de 2015)</b> Dénombrement des nouveaux cas de cancer et des taux bruts d'incidence normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe, la région géographique et l'année.
<a href="#">13-10-0112-01</a>	<b>Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, régions métropolitaines de recensement</b> Présente les cas de cancer et les taux de cancer bruts et normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance) pour les régions métropolitaines, selon le sexe et le siège du cancer pour les années 2001-2003 à 2013-2015.
<a href="#">13-10-0142-01</a>	<b>Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48)</b> Nombre annuel de décès par cancer au Canada selon la cause de décès, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
<a href="#">13-10-0392-01</a>	<b>Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes</b> Nombre annuel de décès et taux de mortalité bruts pour le Canada selon la cause de décès, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
<a href="#">13-10-0800-01</a>	<b>Décès et taux de mortalité (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011), selon certains groupes de causes</b> Indique le nombre annuel de décès et les taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour le Canada ou les provinces et territoires, selon le sexe, l'année et la cause de décès.
<a href="#">17-10-0005-01</a>	<b>Estimations de la population au 1er juillet, par âge et par sexe</b> Dénombrements démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires selon l'âge, l'année et le sexe.
<a href="#">13-10-0158-01</a>	<b>Estimations de la survie nette après cinq ans, selon l'âge, pour les sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans</b> Fournit des estimations de la survie nette après cinq ans (et des intervalles de confiance à 95 %) par âge pour le Canada (avec et sans le Québec) selon le type de cancer, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.

sujets clés. Cela comprend un certain nombre de tableaux liés au cancer. Vous pouvez accéder à ces tableaux à partir du site Web de Statistique Canada à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/type/donnees>.

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

Une description détaillée de la manière d'accéder, de modifier et de télécharger ces tableaux de données est fournie [en ligne](#) (en anglais seulement).

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

Des tableaux sur mesure peuvent être fournis sur demande à Statistique Canada, moyennant certains frais, selon le principe du recouvrement des coûts. Des articles analytiques paraissent régulièrement dans [Rapports sur la santé](#), no 82-003 au catalogue de Statistique Canada.

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

Numéro du tableau	Titre et description
<a href="#">13-10-0159-01</a>	<b>Estimations de la survie nette après cinq ans, selon l'âge, pour certains cancers, dont la répartition des cas selon l'âge était asymétrique à un âge plus avancé, par sexe, données combinées de trois ans</b> Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans, selon l'âge, (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (avec et sans le Québec) pour certains cancers, dont la répartition des cas selon l'âge était asymétrique à un âge plus avancé, selon le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
<a href="#">13-10-0160-01</a>	<b>Estimations de la survie nette après cinq ans, normalisées selon l'âge, pour les sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans</b> Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (avec et sans le Québec), selon le type de cancer, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
<a href="#">13-10-0161-01</a>	<b>Estimations de la survie nette après cinq ans, normalisées selon l'âge et pour tous les groupes d'âge, pour certains sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans, par province</b> Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisées selon l'âge et pour tous les groupes d'âge (et des intervalles de confiance à 95 %) pour les provinces selon certains cancers, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
<a href="#">13-10-0790-01</a>	<b>Estimations de la survie nette, prédite sur une durée de cinq ans, normalisées selon l'âge et tous âges confondus, pour certains cancers, par sexe, données combinées de trois ans</b> Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisées selon l'âge et tous âges confondus (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (à l'exception du Québec) pour certains cancers, selon le sexe, pour la période de 2015 à 2017.
<a href="#">13-10-0791-01</a>	<b>Estimations de la survie nette prédite sur une période de cinq ans, selon l'âge, pour certains cancers, par sexe, données combinées de trois ans</b> Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans selon l'âge (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (à l'exception du Québec) pour certains cancers, selon le sexe, pour la période de 2015 à 2017.
<a href="#">13-10-0751-01</a>	<b>Nombre de cas prévalents et proportions de prévalence de cancer primitif, selon la durée de la prévalence, le type de cancer, le groupe d'âge atteint et le sexe</b> Fournit des chiffres et des proportions de prévalence (et des intervalles de confiance à 95 %) par durée de prévalence pour le Canada, les provinces et les territoires, par type de cancer, sexe, groupe d'âge atteint et date indice.
<a href="#">13-10-0840-01</a>	<b>Tendances de l'incidence du cancer, selon le sexe et le type de cancer</b> Fournit les tendances de l'incidence du cancer – variation annuelle en pourcentage et variation annuelle moyenne en pourcentage – pour le Canada (à l'exception du Québec), par type de cancer sélectionné et par sexe.
<a href="#">13-10-0839-01</a>	<b>Tendances de la mortalité par cancer, selon le sexe et le type de cancer</b> Fournit les tendances de la mortalité du cancer – variation annuelle en pourcentage et variation annuelle moyenne en pourcentage – pour le Canada (à l'exception du Québec), par type de cancer sélectionné et par sexe.

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

Les utilisateurs des tableaux de données de Statistique Canada doivent savoir qu'il existe certaines différences entre les données recensées pour la présente publication et celles affichées dans les tableaux de Statistique Canada. Pour plus de détails sur ces données, les utilisateurs devraient consulter les notes en bas de page fournies dans chaque tableau sur le site Web de Statistique Canada. L'information contenue dans ces notes de bas de page peut être comparée aux renseignements fournis à l'*annexe II de la présente publication*.

## Surveillance des maladies chroniques

L'Agence de la santé publique du Canada héberge une série d'outils interactifs en ligne, notamment des outils de données, des cadres d'indicateurs et des blogues de données, dans son [Infobase de la santé publique](#), qui permet aux utilisateurs d'accéder aux données sur la santé publique et de les consulter. Il s'agit notamment de l'[outil de données sur le cancer au Canada \(ODCC\)](#), qui fournit des données sur l'incidence et la mortalité du cancer au Canada au fil du temps, par âge et par sexe, pour 22 types de cancer différents et pour tous les cancers confondus. Les autres ressources de l'Infobase de la santé publique comprennent l'outil de données du [Système canadien de surveillance des maladies chroniques \(SCSMC\)](#), qui est une ressource pancanadienne complète sur le fardeau des maladies chroniques et les déterminants connexes, ainsi que les [Indicateurs des maladies chroniques au Canada \(IMCC\)](#). Entre autres indicateurs, l'IMCC fournit

le taux d'incidence du cancer, la mortalité, la prévalence et les pratiques de dépistage au fil du temps et selon le sexe, l'âge et la province ou le territoire. L'ASPC publie également régulièrement des fiches d'information et des infographies sur le cancer au Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/cancer.html>).

## Surveillance du cancer chez les enfants

L'Agence de la santé publique du Canada finance et gère le programme [Cancer chez les jeunes au Canada \(CCJC\)](#), qui est un système national de surveillance fondé sur la population qui étudie tous les enfants et les adolescents atteints de cancer au Canada. Ce programme est un partenariat avec [C17 Council](#), le réseau des 17 hôpitaux anticancéreux pour enfants au Canada. Les produits CCJC comprennent l'[outil de données sur le cancer chez les jeunes au Canada \(CCJC\)](#), un [rapport complet](#)<sup>(1)</sup> et des fiches d'information. L'outil de données CCJC, situé sur l'Infobase de la santé publique, fournit des données de surveillance pancanadiennes sur les enfants et les jeunes atteints de cancer afin d'éclairer la recherche et la planification des efforts de lutte contre le cancer.

## Rendement du système de lutte contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer est un organisme indépendant financé par le gouvernement fédéral qui vise à accélérer les mesures de lutte contre le cancer au bénéfice de tous les Canadiens. Dans le cadre de ce travail, il produit des données sur le rendement du système de lutte contre le cancer afin de comparer les provinces ou territoires et de cerner les lacunes

dans les soins. Cela comprend des renseignements sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le point de vue axé sur la personne et la recherche. Des outils et des rapports en ligne sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/cancer-system-measurement/cancer-system-performance-fr/>.

## Prévention du cancer

La Société canadienne du cancer tient à jour des renseignements exacts sur la [prévention du cancer](#). Cela comprend [C'est ma vie](#), un outil interactif en ligne conçu pour enseigner au public comment les différents facteurs de risque se répercutent sur le risque de cancer et ce qui peut être fait pour réduire ce risque.

En 2019, l'étude ComPARE (Risque attribuable du cancer chez la population canadienne) a été diffusée. Elle contient des estimations du nombre et du pourcentage de cancers au Canada, aujourd'hui et dans l'avenir, attribuables à des facteurs de risque modifiables. Tous les résultats de cette étude sont disponibles sur un tableau de bord de données à [prevenir.cancer.ca](http://prevenir.cancer.ca). À l'aide du tableau de bord, les utilisateurs peuvent sélectionner le cancer et le facteur de risque d'intérêt et étudier les données selon l'âge, le sexe et l'année.

## Surveillance du cancer dans le monde

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

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

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Cancer chez les jeunes au Canada : rapport du système de surveillance accrue du cancer chez les enfants [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/science-research-data/cancer-young-people-canada-surveillance-2017-fra.pdf> (consulté en avril 2023).
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023-1075.



d'un facteur de correction (voir la section *Problèmes liés aux données et à la méthodologie*).

- Les données réelles sur la mortalité par cancer couvraient la période allant de 1984 à 2020. Les données pour le Yukon de 2017 à 2020 n'étaient pas disponibles et ont été imputées.
- Les projections d'incidence du cancer et de mortalité jusqu'en 2023 étaient généralement fondées sur les 25 dernières années de données disponibles pour chaque province et territoire.
- Les analyses de survie étaient fondées sur des cas diagnostiqués de 1992 à 2017 et suivis jusqu'à la fin de 2017.
- Les autres sources de données comprenaient les tables de survie de la population, les estimations de la population et les prévisions de croissance démographique.

### Quelles approches analytiques ont été utilisées?

- Les estimations de la probabilité à vie de développer et de mourir d'un cancer ont été établies à l'aide du logiciel DevCan<sup>(1)</sup>.
- Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer ont été établies à l'aide du logiciel CANPROJ<sup>(2)</sup>.
- Une analyse à l'aide du logiciel Joinpoint a été réalisée pour estimer les tendances de l'incidence et de la mortalité<sup>(3)</sup> au fil du temps.
- La survie nette a été calculée à l'aide de l'estimateur Pohar-Perme<sup>(4)</sup>.

## Sources des données

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

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans la présente publication portent sur la période de 1984 à 2019 (à l'exception de celles du Québec et de la Nouvelle-Écosse, jusqu'en 2010 et en 2018, respectivement). Les données pour les années 1992 à 2019 ont été obtenues à partir du fichier maître des totalisations du RCC<sup>(5)</sup>, publié le 23 août 2022 (voir *Méthodes et enjeux liés aux données*). Les données concernant les années antérieures (avant 1992) proviennent du prédécesseur du RCC, le Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC). Le SNDCC est une base de données fixe axée sur les tumeurs répertoriant des cas diagnostiqués de 1969 à 1991.

- Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada des données devant être versées dans le RCC.
- Le RCC est une base de données axée sur les personnes, qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada.
- Les estimations de l'incidence sont fondées sur la province ou le territoire de résidence des personnes au moment du diagnostic, qui peut différer de la province ou du territoire où le diagnostic a été posé.
- Le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada tient à jour le RCC. Un processus annuel est établi pour détecter et supprimer les enregistrements en double de personnes et de tumeurs. Dans le

cas du Québec, les enregistrements en double n'ont pas été supprimés, que ce soit dans le registre québécois ou parmi tous les registres des provinces depuis le dernier processus provincial qui a été effectué pour les cas diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2008.

- Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la Classification internationale des maladies – Oncologie, troisième édition (CIM-O-3) depuis 1992<sup>(6)</sup>. Les diagnostics de cancer dans le SNDCC (c.-à-d. avant 1992) ont été classés selon la *classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision (CIM-9)*<sup>(7)</sup>.
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)<sup>(8)</sup> relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées pour les cas recensés dans le RCC (voir la section *Problèmes liés aux données et à la méthodologie*) à compter de 1992 pour toutes les provinces sauf l'Ontario, où les règles du CIRC étaient légèrement plus prudentes jusqu'à l'année de diagnostic 2010. Au cours de la période visée par le SNDCC, des règles relatives aux sièges primitifs multiples autorisant un faible pourcentage de cas additionnels ont été utilisées pour d'autres registres, hormis ceux du Québec et de l'Ontario.

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

Les données réelles sur la mortalité utilisées dans cette publication couvrent la période de 1984 à 2020 et ont été obtenues à partir de la Base de données sur les décès de Statistique de l'état civil (BCDECD)<sup>(9)</sup>. Les données pour le Yukon pour la période allant de 2017 à 2020 n'étaient pas disponibles et ont été imputées.

- Les données sur les décès proviennent des registraires provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil. Elles sont communiquées sur une base régulière à Statistique Canada en vue d'être versées dans la BCDECD.
- Le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada tient à jour la BCDECD.
- La BCDECD comprend des renseignements sur les données démographiques et la cause du décès pour tous les décès au Canada. Avant l'année de référence 2010, certaines données étaient également recueillies sur les résidents canadiens décédés dans les États américains. Les décès de non-résidents du Canada ne sont pas inclus dans le calcul des statistiques de mortalité de cette publication.
- Les estimations de la mortalité reposent sur la province ou le territoire de résidence de la personne au moment du décès plutôt que sur l'endroit où le décès est survenu.
- Les causes de décès sont classées selon les neuvième et dixième révisions de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) : La CIM-9<sup>(7)</sup> de 1984 à 1999 et la CIM-10 à compter de 2000<sup>(10)</sup>.

- Les décès par cancer sont les décès dont la principale cause sous-jacente est un cancer. Cette cause initiale de décès est certifiée par un médecin.

### Population canadienne type de 2011

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

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

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

## Données sur la population : Recensement de la population

- Les estimations de la population pour la période de 1984 à 2021 ont été obtenues auprès de Statistique Canada<sup>(11)</sup>. Ces estimations sont intercensitaires définitives jusqu'en 2015,

postcensitaires définitives pour 2016 à 2019, postcensitaires actualisées pour 2020 et postcensitaires préliminaires pour 2021.

- Les projections démographiques utilisées pour 2022 et 2023, sont celles qui ont été établies par Statistique Canada et sont fondées sur des hypothèses de croissance moyenne (scénario M1)<sup>(12)</sup>. Le scénario M1 tient compte de la croissance moyenne et des tendances historiques (1991-1992 à 2016-2017) de la migration interprovinciale.
- Toutes les estimations démographiques incluent les résidents non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens qui reviennent de l'étranger.

## Données sur la survie

- Les analyses de survie ont été effectuées à l'aide du fichier analytique lié aux décès du RCC créé par Statistique Canada dans son Environnement de couplage de données sociales<sup>(13)</sup>. Plus précisément, le fichier des totalisations du RCC publié le 29 janvier 2020 a été lié aux renseignements sur la mortalité complets jusqu'au 31 décembre 2017.
- Outre les renseignements préexistants sur la mortalité dans le RCC lui-même, des renseignements sur la mortalité ont également été obtenus à partir de la BCDECD<sup>(9)</sup> et des fichiers maîtres personnels T1 (tels qu'ils sont déclarés dans les déclarations d'impôts). L'utilisation des renseignements sur les décès figurant dans les déclarations de revenus a permis de définir d'autres événements de décès qui n'auraient peut-être pas été inclus dans la

BCDECD (par exemple, les décès survenus à l'extérieur du Canada)<sup>(14)</sup>.

- Le fichier analytique suit les nombreuses règles de codage primaires du CIRC<sup>(8)</sup>.
- La durée de survie a été mesurée en jours entre la date du diagnostic et la date du décès, le cas échéant; sinon, jusqu'à la fin de l'année 2017.
- Pour une mise en correspondance plus précise de l'âge obtenu et de l'année civile obtenue avec les probabilités de survie attendues dans le suivi des personnes atteintes de cancer, le fichier analytique lié au décès du RCC comprend des variables pour l'âge au moment du diagnostic et l'année du diagnostic, mesurées à trois décimales près.
- De plus amples renseignements sur le processus de couplage et sur le fichier analytique lié aux décès qui en découle sont fournies dans le guide de l'utilisateur de ce fichier, qui est disponible [sur demande](#).

## Survie attendue

- On a obtenu les probabilités de survie attendues nécessaires au calcul de la survie nette principalement à partir de tables de survie annuelles nationales ou provinciales, complètes et selon le sexe<sup>(15)</sup>.
- Comme on ne disposait pas de tables de survie complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard ou les territoires, les pourcentages attendus de cas de survie pour ces endroits ont été calculés, jusqu'à l'âge de 99 ans, à partir de tables abrégées pour le Canada et les provinces et territoires visés<sup>(16)</sup> et des valeurs des tables de survie canadiennes complètes<sup>(15)</sup> au moyen d'une méthode proposée par Dickman et coll.<sup>(17)</sup>. Pour les âges de 100 à

109 ans, dans les cas où il n'était pas possible de procéder de cette manière pour ces provinces et ces territoires, les valeurs complètes des tables de survie canadiennes ont été utilisées directement.

## Définitions des cancers

- Les cas de cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9<sup>(7)</sup> avant 1992 et la CIM-O-3<sup>(6)</sup> par la suite. Les décès par cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9<sup>(7)</sup> avant 2000 et la CIM-10<sup>(10)</sup> pour les années suivantes. Le [tableau A1](#) présente les codes de la CIM-9, la CIM-O-3 et la CIM-10 utilisés pour définir les cas de cancer et les décès par type de cancer pour la présente publication.
- Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Les [tableaux A2-1](#) et [A2-2](#) font état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de la présente publication.
- Un nouveau groupe de cancers – les tissus mous (y compris le cœur) – a été inclus dans cette édition de la publication. En outre, les cancers des voies biliaires intrahépatiques ont été inclus dans les cas de cancer du foie pour former un groupe collectif.
- À la [figure 1.4](#) et au [tableau 3.3](#), les nouveaux cancers chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont été classés et déclarés conformément à la version mise à jour par le programme Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER)<sup>(18)</sup> de l'*International Classification of Childhood Cancer, Third Edition (ICCC-3)*<sup>(19)</sup>. Cette mise à jour a été effectuée pour mieux répondre aux nouveaux codes morphologiques

présentés par l'Organisation mondiale de la santé<sup>(20)</sup>. Ce système de classification convient mieux à la déclaration des cancers infantiles, car il tient compte des principales différences entre les cancers qui se développent pendant l'enfance et ceux qui se développent plus tard. Les tumeurs non malignes ont été exclues.

## Méthodologies

### Taux d'incidence et de mortalité

- Après les avoir extraites des registres de mortalité ou d'incidence pertinents, nous avons classé les déclarations provenant de chaque province ou territoire selon l'année du diagnostic ou du décès et selon le sexe, le groupe d'âge de cinq ans (p. ex. 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, ..., 85 à 89 ans et 90 ans et plus) et le type de cancer.
- Nous avons calculé les taux pour chaque catégorie en divisant le nombre de cas ou de décès dans chaque catégorie (c.-à-d. province ou territoire, sexe, année, groupe d'âge, type de cancer) par les chiffres de population correspondants. C'est à partir de ces chiffres qu'ont été calculés les taux normalisés selon l'âge et qu'ont été réalisées les projections au-delà de l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données réelles.
- Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés à l'aide de la méthode directe qui consiste à pondérer les taux selon l'âge pour chaque groupe d'âge de cinq ans, en fonction de la répartition par âge de population canadienne stable de 2011 (voir le [tableau ci-dessus](#)).



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

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

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

## Projection des taux et du dénombrement de l'incidence et de la mortalité pour 2023

Le paquet CanProj sur R a été utilisé pour produire des projections annuelles des taux et du dénombrement de l'incidence et de la mortalité. Six options sont disponibles dans CanProj, dont quatre modèles de régression et deux méthodes moyennes. Tous les modèles de régression reposent sur une fonction liée au processeur

Power5 (bien que cette option puisse être modifiée), et une distribution binomiale négative est utilisée au lieu d'une distribution de Poisson lorsqu'il y a dispersion excessive. Les options de projection disponibles sont :

- le modèle ADPC (âge-dérive-période-cohorte), également appelé modèle Nordpred lorsque la distribution de Poisson est utilisée;
- le modèle de cohorte-âge;
- les modèles hybrides qui tiennent compte des effets de l'âge et de la période (selon l'âge ou communs à tous les âges);
- le modèle hybride qui ne tient compte que de l'âge (équivalent à une moyenne à long terme);
- et la méthode de la moyenne sur cinq ans.

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

Tous les modèles incluaient un facteur d'âge. Les tendances du taux d'incidence et du taux de mortalité selon l'âge ont ensuite été extrapolées à 2023. Les nombres projetés de cas de cancer et de décès en 2023 ont été calculés en multipliant ces taux extrapolés par les chiffres de population projetés pour 2023, par sexe, par âge et par province.

### Sélection des « meilleures » projections

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

- L'arbre de décision du logiciel CanProj a été utilisé pour choisir le modèle qui convenait le mieux aux données réelles, selon les tests

statistiques effectués dans CanProj. Lorsque les dénombrements étaient petits, la projection moyenne sur cinq ans a été utilisée. Cela s'est produit plus souvent dans les territoires et à l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi que dans les types de cancer rares.

- Les figures créées à l'aide des modèles sélectionnés par CanProj ont fait l'objet d'une inspection visuelle de la validité apparente par un comité de révision. Dans les cas où le modèle sélectionné par CanProj semblait problématique (p. ex. les estimations différaient d'au moins 10 % des estimations attendues), un autre modèle a été choisi et approuvé par consensus collectif.
- Les estimations proposées (dénombrements et taux normalisés selon l'âge) ont été transmises aux représentants des registres provinciaux et territoriaux du cancer pour approbation.
- Dans les cas où la province ou le territoire n'était pas d'accord avec une estimation en raison de projections sur la base de projections à l'interne, de sa connaissance des tendances locales ou de son accès à des données plus récentes, elle ou il pouvait fournir cette information au comité pour examen.
- Si le comité approuvait la justification, il recommandait un autre modèle au représentant du registre.

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

## Projections relatives à l'incidence au Québec

Comme les données sur l'incidence du cancer étaient disponibles seulement jusqu'en 2010 pour le Québec, une autre méthode de projection a été utilisée pour estimer les cas et les taux propres au Québec pour la période de 2011 à 2023. Plus précisément :

- Les facteurs de correction selon le sexe, l'âge et le cancer ont été calculés en tant que ratio des estimations selon le sexe, l'âge et le cancer pour le Québec par rapport au Canada (à l'exception du Québec) pour les années 2006 à 2010.
- Les taux réels (2011 à 2019\*) et projetés (2020\* à 2023) au Canada qui excluaient le Québec selon l'année, le sexe et le groupe d'âge de cinq ans ont été appliqués à la population québécoise de 2011 à 2023 pour estimer les dénombrements préliminaires propres au Québec. (\*Les données d'incidence réelles pour la Nouvelle-Écosse étaient disponibles jusqu'en 2018; les données projetées de 2019 à 2023 ont été utilisées pour la Nouvelle-Écosse.)
- Les facteurs de correction ont été appliqués aux dénombrements préliminaires propres au Québec pour produire les dénombrements et les taux utilisés pour la présente publication.

Cette méthode suppose que le ratio des taux entre le Québec et le reste du Canada est demeuré constant dans le temps, ce qui n'est peut-être pas le cas. Compte tenu des hypothèses formulées pour cette analyse, il faut faire preuve d'une plus grande prudence dans l'interprétation des données projetées du Québec. Dans la présente publication, les cas ont été déclarés pour le Québec en raison de leur importance dans la détermination du nombre total projeté de cas de

cancer à l'échelle nationale. Toutefois, les taux normalisés selon l'âge n'ont pas été déclarés pour le Québec, car ils ont été estimés différemment des autres régions et ne devraient donc pas être comparés.

## Projections combinées

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

## Arrondissement aux fins de la déclaration

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

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

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

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

## Précision des projections pour 2023

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

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

- À l'aide du programme Joinpoint<sup>(3)</sup>, nous avons calculé la VAP de chaque type de cancer en ajustant un modèle de régression linéaire par segments et en supposant un taux de variation constant du logarithme des taux annuels normalisés selon l'âge pour chaque segment. Les modèles tenaient compte des erreurs-types estimées des taux annuels normalisés selon l'âge. Les tests de signification ont été effectués à l'aide de la méthode de permutation de Monte Carlo<sup>(21)</sup>. Enfin, la pente estimée à partir de ce modèle a été de nouveau transformée pour exprimer la variation annuelle en pourcentage du taux.
- L'analyse selon le modèle Joinpoint a été appliquée aux taux annuels normalisés selon

l'âge (1984 à 2019 pour l'incidence, et 1984 à 2020 pour la mortalité) afin de déterminer les années où la VAP a considérablement changé. Ces années sont appelées « points de changement ».

- Après consultation, 1984 a été choisi comme année de début parce que la qualité des données est jugée bonne pour l'ensemble des provinces et territoires à compter de cette année.
- Les données du Québec ont été exclues de l'analyse des tendances de l'incidence, parce que les cas diagnostiqués à partir de 2011 n'avaient pas été soumis au RCC. Les données d'incidence de la Nouvelle-Écosse pour 2019 ont été exclues, car ces cas n'avaient pas été soumis au RCC. Les taux d'incidence du cancer imputés pour le Québec de 2011 à 2019 et pour la Nouvelle-Écosse en 2019 n'ont pas été utilisés pour remplacer les données d'incidence manquantes.
- Les données de mortalité imputées pour le Yukon de 2017 à 2020 ont été utilisées pour l'analyse des tendances de la mortalité.
- La période minimale pour l'établissement d'une tendance a été fixée à cinq ans. Ainsi, la période de tendance la plus récente possible dans cette étude était de 2015 à 2019 pour l'incidence, et de 2016 à 2020 pour la mortalité. Un maximum de cinq points de jonction a été autorisé. Un modèle d'erreurs non corrélées a été choisi pour les options d'erreurs autocorrélées et le test de permutation a été utilisé pour la sélection du modèle.
- L'année correspondant au point de changement le plus récent détecté (année de référence) et la VAP pour les années suivant le point de

changement sont présentées aux [tableaux 1.6](#) et [2.6](#), de même qu'aux [figures 1.7](#) et [2.7](#). En l'absence d'un point de retournement, l'année de référence est 1984.

- Pour chaque sexe, les cancers qui ont affiché une VAP statistiquement significative d'au moins 2 % depuis l'année de référence, ainsi que les quatre cancers les plus couramment diagnostiqués (pour l'incidence) et les cinq principales causes de décès par cancer (pour la mortalité), sont mis en évidence dans le texte. Les tendances de ces cancers notables sont illustrées aux [figures 1.8](#) et [1.9](#) pour l'incidence et aux [figures 2.8](#) et [2.9](#) pour la mortalité.
- Pour résumer les tendances au cours de périodes précises, la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) a été calculée pour toute la période (de 1984 à 2019 pour l'incidence ou 1984 à 2020 pour la mortalité). La VAMP est calculée comme étant la moyenne pondérée des VAP en vigueur durant la période indiquée, les poids correspondant à la proportion de la période que représente chaque VAP.
- L'incidence du cancer de la vessie incluait les carcinomes *in situ*, qui sont considérés comme envahissants aux fins de la déclaration de l'incidence l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les cancers *in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 à 2019. Étant donné qu'une grande partie des Canadiens vivent en Ontario et qu'une proportion importante des cancers de la vessie sont des carcinomes *in situ*, l'analyse des tendances de l'incidence du cancer de la vessie

a été effectuée à l'aide du modèle de « saut » afin de tenir compte de l'augmentation artificielle des taux survenue entre 2009 et 2010. Plus précisément, le modèle de « saut » a un paramètre supplémentaire qui permet une estimation directe des tendances dans les situations où il y a un « saut » dans les taux causés par un changement d'échelle systématique, mais on suppose que le « saut » ne touche pas la tendance sous-jacente<sup>(22)</sup>.

## Probabilité de développer un cancer ou d'en mourir

Les probabilités brutes de développer un cancer ou d'en mourir ont été calculées à l'aide de l'application logicielle DevCan<sup>(1)</sup>. À l'aide de données transversales sur les diagnostics de cancer, les décès par cancer, tous les décès et les estimations de population, DevCan utilise la modélisation statistique pour calculer la probabilité de développer un premier cancer pendant un intervalle d'âge, à condition d'être en vie et sans cancer au début de l'intervalle d'âge, ainsi que la probabilité de mourir d'un cancer<sup>(1)</sup>.

Les estimations relatives à la probabilité de développer un cancer ou d'en mourir sont fondées sur une cohorte hypothétique de 10 000 000 naissances vivantes et sur l'hypothèse que les taux d'incidence et de mortalité actuels à chaque âge restent constants tout au long de chaque intervalle d'âge. Comme il se peut que cette hypothèse ne soit pas vraie, les probabilités ne peuvent être considérées que comme des approximations. En outre, les probabilités sont estimées pour la population canadienne en général et ne doivent pas être interprétées comme un risque individuel.

## Probabilité de mourir d'un cancer

Le nombre de cas et de décès pour chaque cancer selon l'âge et le sexe, le nombre de décès toutes causes confondues selon l'âge et le sexe et les estimations de la population au Canada (sauf le Québec) en 2020 ont été calculés à l'aide de 20 groupes d'âge (0 à < 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, [...], 85 à 89 ans et 90 ans et plus). Le Québec et la Nouvelle-Écosse ont été exclus pour correspondre aux exclusions géographiques appliquées dans l'estimation de la probabilité de développer un cancer au cours de la vie. Les données de mortalité imputées pour le Yukon pour 2020 ont été utilisées dans le calcul.

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

## Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'APVP a été calculé en obtenant l'âge exact de chaque personne décédée avant l'âge de 75 ans et en le soustrayant de 75, pour déterminer le nombre d'années de vie perdues. La somme de toutes ces valeurs correspond au total des APVP.

La [figure 4.2](#) présente les APVP totales pour les personnes de 0 à 74 ans pour les années 2018 à 2020 combinées à l'aide des données de la BCDECD.

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

Catégorie	Terminologie de la CIM-10 sur la cause de décès	Codes de la CIM-10
Cancer	Tumeurs malignes	C00-C97
Accidents	Blessures non intentionnelles	V01-X59, Y85-Y86
Cardiopathie	Cardiopathies ischémiques	I00-109, I11, I13, I20-I51
Suicide	Suicides et lésions auto-infligées	X60-X84, Y87.0
Maladie de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Maladies cérébrovasculaires	Maladies cérébrovasculaires	I60-I69
COVID-19	COVID-19	U07.1-U07.2

## Survie

### Inclusions et exclusions

- Les nouveaux cancers primaires diagnostiqués chez les personnes âgées de 15 à 99 ans au moment du diagnostic ont été initialement inclus. Les cas ont été définis sur la base de la *Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition*<sup>(6)</sup> et classés selon les définitions de regroupement du programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results)<sup>(23)</sup>.
- Les cas de la province du Québec ont été exclus, parce que les données sur l'incidence du cancer de cette province n'ont pas été soumises au RCC depuis l'année de données 2010 au moment de la création du dossier. Ensuite, les cas pour lesquels le diagnostic avait été établi par autopsie seulement ou par certificat de

décès seulement, ou pour lesquels un décès avait été établi mais où l'année du décès était inconnue, ont été exclus.

- L'ensemble de données a ensuite été restreint aux premiers cancers primaires par personne par cancer individuel, ou par groupe de cancers lorsque les cancers individuels sont regroupés à des fins de déclaration (p. ex. les cancers colorectaux, les cancers du foie et du canal biliaire intra-hépatique, les cancers de la tête et du cou, les cancers intra-utérins, les leucémies et les cancers du cerveau et autres cancers du système nerveux), diagnostiqués de 1992 à 2017<sup>(24-27)</sup>.
- Les analyses de survie au cancer chez l'enfant ont été menées séparément sur les nouveaux cancers primaires malins chez les enfants âgés de 0 à 14 ans au moment du diagnostic. Les cas ont été classés selon la mise à jour du programme SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results)<sup>(18)</sup> de la *Classification internationale du cancer chez les enfants, troisième édition (ICCC-3)*<sup>(6)</sup>. La mise à jour répondait aux nouveaux codes morphologiques présentés par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>(20)</sup>. Pour 19 cas ayant un code histologique 8963 (tumeur rhabdoïde maligne) et un code topographique C71 (cerveau) qui n'auraient autrement pas été associés à un groupe de diagnostic, le code histologique a été modifié pour le code 9508 (tumeur rhabdoïde tératoïde atypique) et les cas ont été inclus dans le sous-groupe de diagnostic IIIc. Les mêmes exclusions que celles mentionnées ci-dessus s'appliquent. En outre, 15 autres cas de cancer malin qui ne correspondaient pas à un groupe de diagnostic ont été exclus.

## Survie observée et nette

- Les proportions de survie observées ont été communiquées pour l'analyse des cancers chez les enfants. Sinon, les probabilités de survie nette ont été rapportées. Les deux statistiques ont été exprimées en pourcentages.
- Les estimations de l'analyse de survie non normalisée (brute) ont été établies à l'aide d'un algorithme<sup>(28)</sup> auquel Ron Dewar du programme de soins oncologiques de la Nouvelle-Écosse (Dewar R, 2020, communication par courriel, 22 juin) a ajouté l'estimateur de Pohar Perme de la survie nette<sup>(4)</sup> à l'aide de l'approche de transformation des hasards.
- Les cas comportant la même date de diagnostic et de décès (en excluant ceux omis précédemment parce qu'ils avaient été confirmés au moyen d'une autopsie seulement ou d'un certificat de décès seulement) se sont vus attribuer une survie d'un jour, parce que le programme exclut automatiquement les cas comportant une survie de 0 jour. L'exception de ces cas aurait entraîné un biais à la hausse des estimations de survie.
- En ce qui concerne la survie à cinq ans, des sous-intervalles de trois mois ont été utilisés pour la première année de suivi, puis des sous-intervalles de six mois pour les quatre années restantes, pour un total de 12 sous-intervalles. Lorsque l'analyse s'étendait à dix ans, des sous-intervalles d'un an ont été utilisés de la sixième à la dixième année.
- L'estimation de la survie nette dans une structure de survie relative requiert que le taux de mortalité non lié au cancer au sein d'un groupe de personnes chez qui l'on a diagnostiqué un cancer soit le même que celui

de la table de survie fondée sur la population<sup>(29)</sup>. Pour mieux satisfaire à cette hypothèse, les données sur la survie attendue utilisées dans le calcul de la survie nette pour le cancer colorectal, de la prostate et le cancer du sein chez les femmes ont été rajustées pour tenir compte des taux de mortalité par cancer dans la population générale<sup>(30-32)</sup>. Dans chaque cas, la proportion de décès chez les résidents canadiens attribuables au cancer, selon le sexe, le groupe d'âge de cinq ans et l'année de décès, a été utilisée aux fins du rajustement. Des estimations provinciales de la mortalité ont été utilisées pour les personnes de 55 à 59 ans et les groupes d'âge plus avancés. Autrement, des estimations nationales ont été utilisées<sup>(33)</sup>.

- La survie nette conditionnelle à cinq ans<sup>(34,35)</sup> a été calculée en fonction de la survie nette à cinq ans en utilisant uniquement les données des personnes qui avaient survécu au moins un an après le diagnostic. Autrement dit, les estimations de la survie pour une période supplémentaire de quatre ans chez les personnes qui avaient déjà survécu un an.
- Les estimations de la survie auxquelles sont associées des erreurs-types supérieures à 0,10 ont été omises. Les estimations auxquelles sont associées des erreurs-types supérieures à 0,05, mais inférieures ou égales à 0,10 sont indiquées en italique.

## Survie prévue

- Les estimations de survie prévues pour la période la plus récente – généralement de 2015 à 2017, mais de 2013 à 2017 pour le cancer chez les enfants – ont été calculées à l'aide d'une analyse par période<sup>(36)</sup>. L'approche par période

de l'analyse de survie fournit des prévisions actualisées de la survie au cancer<sup>(37)</sup>, car les estimations réelles de survie à long terme pour les personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période la plus récente, calculées à l'aide de la méthode de la cohorte, ne seront pas connues avant un certain temps.

- La méthodologie sous-jacente entre l'approche par cohorte et l'approche par période est essentiellement la même. L'exception est que les renseignements de suivi utilisés dans la méthode de la période ne se rapportent pas nécessairement à une cohorte fixe de personnes. Les estimations de la survie au cours de la période sont plutôt fondées sur l'hypothèse selon laquelle les personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période d'intérêt connaîtront les probabilités de survie conditionnelles les plus récemment observées.
- Les évaluations empiriques de l'analyse de période ont montré que cette méthode fournit des estimations qui prédisent étroitement la survie qui est finalement observée pour les personnes ayant reçu un diagnostic au cours de la période d'intérêt, en particulier lorsque la survie est relativement constante<sup>(37-39)</sup>. Lorsque la survie est généralement croissante (ou décroissante), une estimation de période a tendance à être une prévision prudente de la survie qui est finalement observée<sup>(38,40)</sup>.
- La méthode de la cohorte a été utilisée pour obtenir des estimations non prédictives (réelles) de la survie pour la période de 1992 à 1994.

## Normalisation selon l'âge

- Les estimations normalisées selon l'âge pour chaque groupe de cancer ont été calculées par la méthode directe en tant que moyenne pondérée des estimations propres à l'âge pour ce cancer en particulier. Pour les cancers individuels, on a utilisé les poids normalisés de survie au Canada pour le cancer<sup>(33)</sup>. Pour les six groupes de cancers figurant dans cette publication, les poids ont été calculés de la même manière que pour les poids normalisés de survie au Canada et sont fournis dans les données supplémentaires en ligne seulement ([tableau S3.2](#)).
- Une comparaison des estimations de la survie nette sur cinq ans, normalisée selon l'âge, à l'aide des poids normalisés de survie pour le cancer décrits ci-dessus et, à défaut, des poids élaborés à partir des données recueillies pour l'étude EURO CARE-2<sup>(41)</sup> est fournie sous forme de données supplémentaires en ligne seulement ([tableau S3.1](#)).
- Les erreurs-types pour les estimations normalisées selon l'âge ont été estimées en prenant la racine carrée de la somme des carrés des erreurs-types pondérées selon l'âge.

## Tous cancers confondus

- Dans l'analyse de la survie au cancer, tous cancers confondus, les estimations de la survie nette normalisées selon l'âge pour les deux sexes combinés ont été calculées comme la somme pondérée des estimations de la survie nette normalisée selon l'âge par sexe et par cancer non arrondies. Ces estimations sont appelées estimations de l'indice de survie nette au cancer (ISNC)<sup>(42)</sup>.

- Les estimations de la SNC selon le sexe ont été calculées séparément comme la somme pondérée des estimations de survie nette non arrondies propres au cancer et normalisées selon l'âge pour chaque sexe.
- Les pondérations utilisées pour le calcul des SNC sont fournies ailleurs<sup>(42)</sup>. Il convient toutefois de noter que les poids collectifs pour le corps utérin et l'utérus non précisés ailleurs et les poids pour les autres organes génitaux féminins ont été affichés par inadvertance de manière inversée dans le tableau 1 de l'étude citée en référence.
- Pour cette publication, 55 cancers ont été pris en considération – les cancers traditionnellement rapportés pour l'incidence, la survie et la prévalence du cancer par Statistique Canada, à l'exception des catégories correspondant au corps utérin et à l'utérus non précisé autrement qui ont été combinées.
- La SNC est supérieure à la seule normalisation selon l'âge pour mesurer les progrès de la survie pour tous les cancers combinés, car elle tient compte en outre des changements dans la répartition des cas de cancer selon le sexe et le type de cancer au fil du temps.
- Les estimations de survie nette non normalisées selon l'âge pour tous les cancers combinés ([tableau 3.1](#)) ont été calculées de la même façon en tant que somme pondérée des estimations de la survie nette non arrondies propres au sexe et au cancer (pour les deux sexes) ou en tant que somme pondérée des estimations de la survie nette non arrondies propres au cancer pour chaque sexe (propres au sexe).
- Les estimations de survie observées pour tous les cancers de l'enfant combinés ont été

calculées comme une moyenne pondérée des estimations en fonction du sexe et du groupe de diagnostic. Les pondérations utilisées étaient fondées sur la distribution de la composition de la clientèle selon le sexe et le groupe de diagnostic des personnes âgées de 0 à 14 ans ayant reçu un diagnostic de cancer au Canada, à l'exception du Québec, de 2010 à 2014<sup>(14)</sup>.

- Les pondérations normalisées de la composition de la clientèle sont applicables aux estimations brutes et normalisées selon l'âge pour tous les cancers combinés.

## Problèmes liés aux données et à la méthodologie

### Incidence

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

- Le fichier analytique utilisé pour les analyses de l'incidence du cancer ne comprend pas les cas diagnostiqués dans la province du Québec à partir de 2011, car ces cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer. Les données d'incidence de la Nouvelle-Écosse

pour 2019 ont également été exclues du fichier analytique, car elles n'avaient pas été soumises au Registre canadien du cancer au moment de la publication du fichier.

- Les tumeurs bénignes, frontières, et les cancers *in situ* ne sont pas systématiquement enregistrés ou signalés, sauf dans le cas des cancers *in situ* de la vessie, qui sont considérés comme envahissants aux fins de la déclaration de l'incidence pour l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les cancers *in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 à 2019.
- Dans les éditions précédentes de la publication, on indiquait qu'il était possible qu'il y ait sous-déclaration des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador en raison des liens insuffisants établis entre les données sur le cancer et les statistiques de l'état civil. Le Registre du cancer de Terre-Neuve-et-Labrador a mis en place des processus de confirmation des décès afin d'optimiser l'exactitude des données et a amélioré les procédures de déclaration des cas dans les régions infraprovinciales associées à une sous-déclaration des cas antérieure. 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.

- Comme le registre du Québec dépend principalement des données d'hôpitaux pendant la période comprise dans la présente publication, le nombre de cas de certains cancers est sous-estimé, surtout pour ceux dont les renseignements diagnostiques proviennent des rapports de pathologie. Le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie sont particulièrement concernés<sup>(43)</sup>. Les projections de 2021 pour ces types de cancer pourraient être sous-estimées parce qu'une augmentation des cas dans les registres est prévue en raison de l'inclusion des rapports de pathologie dans les données à partir de 2011 (ces données ne sont pas encore disponibles dans le RCC).
- Au moment de la publication, aucun cas de certificat de décès seulement (CDS) n'avait été signalé au RCC au Manitoba de 2013 à 2019 et au Québec en 2010. Les cas de CDS pour l'Ontario ont été imputés en assignant de façon aléatoire les cas de CDS diagnostiqués pour la période de 2006 à 2012 et en les assignant de façon aléatoire à la période de 2013 à 2019. Les CDS pour le Québec ont été imputés en assignant de façon aléatoire les cas de CDS diagnostiqués pour la période de 2007 à 2009 jusqu'à la période de 2010 à 2012 et en ne conservant que 2010. Ces cas de CDS étaient tous présumés être des premiers diagnostics de cancer pour calculer la probabilité de développer un cancer.
- En octobre 2014, l'Ontario a mis en œuvre un nouveau système de déclaration des cas de cancer. Le nouveau système comporte plusieurs améliorations qui permettent de repérer les cas de cancer qui n'avaient pas été enregistrés auparavant. Il s'agit notamment de l'utilisation de règles plus libérales pour le dénombrement des

sièges primaires multiples, de l'utilisation d'enregistrements sources supplémentaires et de l'inclusion d'enregistrements qui n'étaient pas inclus auparavant. Le nouveau système a appliqué ces changements rétrospectivement à l'année de diagnostic 2010 et par la suite. Le nombre relatif de cas de certains types de cancer – dont le cancer de la vessie, le lymphome non hodgkinien, la leucémie, le myélome multiple, le mélanome et le cancer de l'estomac – déclarés au RCC par l'Ontario a augmenté considérablement après la mise en œuvre du nouveau système, tandis que pour de nombreux autres types de cancer étudiés dans la présente publication, il n'y avait guère de changement.

- Les cancers de la peau autres que le mélanome malin (néoplasmes, SAI; néoplasmes épithéliaux, SAI; carcinomes basocellulaires et carcinomes squameux) ne sont pas inclus parce que la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas les données sur l'incidence de ce type de cancer. Il est difficile de tenir un registre de ces cancers, ceux-ci pouvant être diagnostiqués ou traités dans différents contextes où ces cas ne sont pas signalés aux registres provinciaux et territoriaux du cancer, comme les bureaux de dermatologues.
- Certains registres provinciaux et territoriaux du cancer transmettent avec du retard tous les cas pour une période de référence à Statistique Canada en raison du moment de la collecte ou de la production de rapports dans leur propre système<sup>(5)</sup>. Les cas présentés en retard sont souvent signalés l'année suivante et les cas manquants sont ajoutés à l'année de diagnostic pertinente. En général, le retard de déclaration pour l'année la plus récente se situe entre 2 %

et 3 % à l'échelle nationale, ce qui peut avoir une incidence sur les estimations contenues dans la présente publication.

- L'exhaustivité des cas a été définie comme un problème pour certains types de cancer dans les données de 2018 de la Nouvelle-Écosse. Pour remédier à cette situation, un facteur de correction a été appliqué afin d'augmenter le nombre de cas par sexe et par groupe d'âge pour les types de cancer dans cette province pour lesquels le TINA associé pour 2018 était inférieur de plus de 15 % au TINA prévu. Le TINA pour des cancers spécifiques a été déterminé par une moyenne pondérée des taux correspondants pour les années 2015 à 2017. Les poids ont été attribués comme suit : 1/6 pour 2015, 2/6 pour 2016 et 3/6 pour 2017. Le cas échéant, les facteurs de correction spécifiques au cancer ont été calculés comme l'inverse du rapport entre le TINA réel et le TINA attendu pour 2018.

### Sièges primaires multiples

- Il existe deux systèmes de règles visant à déterminer si un deuxième cancer ou un cancer subséquent doit être considéré comme un nouveau cancer primaire, par opposition à une rechute ou à une duplication d'un cancer déjà déclaré. Ces règles ont été établies, d'une part, par le Centre international de recherche sur le cancer (elles sont connues sous la désignation « règles du CIRC ») et par le programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (« règles du SEER »). Les règles du CIRC tendent à générer un nombre plus faible de cas de cancer que le SEER parce qu'elles ne permettent généralement pas le diagnostic

de multiples cancers au même siège chez une seule personne.

- Bien que toutes les provinces et tous les territoires déclarent maintenant les cas de cancer en suivant les règles du SEER en ce qui concerne les cancers primaires multiples, certains ne l'ont pas toujours fait. Comme le présent document se fonde sur des données historiques, celles-ci ont été assujetties règles du CIRC pour toutes les régions. Par conséquent, les nombres de cancers de certaines provinces peuvent sembler plus faibles dans la présente publication que ceux qu'indiquent les rapports provinciaux. L'ampleur de l'écart entre les deux systèmes varie selon la province, le type de cancer, le sexe et l'année du diagnostic. Par exemple, des analyses réalisées par l'Agence de la santé publique du Canada à l'aide des données du RCC ont démontré que la Colombie-Britannique rapporterait approximativement 6 % plus de cancers du sein chez la femme en vertu des règles du SEER, qu'en vertu des règles du CIRC, pour les cancers diagnostiqués en 2010<sup>(44)</sup>. En ce qui a trait au mélanome chez l'homme, en Colombie-Britannique, le nombre de nouveaux cas en 2010 était, en vertu des règles du SEER, environ 8 % plus élevé que celui établi suivant les règles du CIRC. Dans un document récent provenant des États-Unis sur les données du programme SEER, on signale des différences similaires entre les statistiques établies à partir des règles du SEER et celles qui sont fondées à partir des règles du CIRC<sup>(45)</sup>. On examine également l'incidence de ces règles sur les tendances ainsi rapportées.

### Mortalité

Bien que les procédures d'enregistrement des décès et de détermination de leur cause soient normalisées tant à l'échelle nationale qu'internationale, un certain manque de spécificité et d'uniformité est inévitable. La description du type de cancer qui figure sur le certificat de décès est généralement moins précise que celle qu'obtiennent les registres du cancer dans les dossiers des hôpitaux et des services d'anatomopathologie. De nombreux légers changements ont été apportés aux définitions au fil des ans (voir les tableaux A2-1 et A2-2); certains méritent d'être soulignés :

- Le fichier analytique utilisé pour l'analyse de la mortalité n'incluait pas les décès du Yukon pour la période de 2017 à 2020, car ces données n'avaient pas encore été communiquées à la BCDECD au moment de la publication du fichier. Cela a nécessité l'imputation des décès par cancer au Yukon pour ces trois années de données. Pour ce faire, on a assigné de façon aléatoire les décès par cancer dans cette instance de la période allant de 2012 à 2016 à la période allant de 2017 à 2021, puis on a conservé uniquement les données de 2017 à 2020.
- Les statistiques de mortalité par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques présentées dans cette publication excluent le cancer du foie, non précisé (C22.9). Cette décision se fonde sur des analyses non publiées effectuées par l'ASPC, qui indiquent qu'un nombre important de personnes décédées dans le cadre du RCC sans cancer primitif du foie enregistré avaient le code C22.9 comme cause initiale de décès. En d'autres termes, le code C22.9 comprend probablement un nombre important



de décès dus à des cancers qui ont entraîné des métastases au foie. Néanmoins, étant donné que le code C22.9 contient également des décès par cancer primaire du foie, son exclusion de la définition de la mortalité par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques utilisée dans cette publication entraîne une sous-estimation des décès par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques. L'ajout du cancer du foie, sans précision (C22.9) à la définition actuelle de la mortalité par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques aurait une incidence substantielle, augmentant de 32,9 % le nombre de décès par cancer du foie au Canada en 2020 et de 15,9 % le nombre correspondant de décès par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques. Par conséquent, la méthode de définition de la mortalité par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques doit être prise en compte lors de la comparaison des estimations d'une source à l'autre. Par exemple, le code C22.9 est inclus dans la présentation des statistiques de mortalité par cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques par SEER<sup>(23,46)</sup>. Il est également inclus dans la présentation des statistiques de mortalité par cancer du foie dans la publication annuelle *Cancer in North America (CINA)*<sup>(47)</sup>. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer continuera d'examiner cette question lorsqu'il décidera de la définition à utiliser pour les futures publications.

## Survie

Les analyses de survie ne comprennent pas les données du Québec, car les cas diagnostiqués dans cette province à partir de 2011 n'ont pas été transmis au Registre canadien du cancer au moment de la création du fichier utilisé pour l'analyse.

## Références

1. National Cancer Institute. DevCan: Probability of developing or dying of cancer software, Version 6.7.8.5. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program. National Cancer Institute; 2020.
2. Qiu Z, Hatcher J, Team C-PW. Canproj: The R package of cancer projection methods based on generalized linear models for age, period, and/or cohort. Technique report for cancer projections network (C-Proj). Alberta Heal Serv. 2013.
3. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program. National Cancer Institute; 2019.
4. Perme MP, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. *Biometrics*. 2012;68(1):113-120.
5. Statistique Canada. Registre canadien du cancer (RCC) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2023. Accès : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207) (consulté en avril 2023).
6. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D, et al. (dir). Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3e édition, 1re révision. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2013.
7. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 9e révision. Volumes 1 et 2. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 1977.
8. Centre international de recherche sur le cancer. International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-O Third Edition) [en ligne]. Lyon (France) : CIRC; 2004. Accès : [http://www.iacr.com/fr/images/doc/MPrules\\_july2004.pdf](http://www.iacr.com/fr/images/doc/MPrules_july2004.pdf) (consulté en avril 2023).
9. Statistique Canada. Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2023. Accès : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=3233](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2&SDDS=3233) (consulté en avril 2023).
10. Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision. Volumes 1 à 3. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 1992.
11. Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires [en ligne]. No 91-215-X au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2021. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2021001-fra.htm> (consulté en juillet 2022).
12. Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043) [en ligne]. No 91-520-X au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2019. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.pdf?st=FarHfzig> (consulté en juillet 2022).
13. Statistique Canada. Environnement de couplage de données sociales (ECDS) [en ligne]. Accès : <https://www.statcan.gc.ca/fr/ecds/index> (consulté en avril 2023).
14. Ellison LF, Xie L, Sung L. Tendances de la survie au cancer chez les enfants au Canada, 1992 à 2017. *Rapports sur la santé*. 2021;32(2):3-16.
15. Statistique Canada. Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 2016 à 2018 [en ligne]. No 84-537 au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/84-537-X> (consulté en avril 2023).
16. Statistique Canada. Tabulation des demandes spéciales effectuée par la division de la démographie. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2020.
17. Dickman PW, Auvinen A, Voutilainen ET, Hakulinen T. Measuring social class differences in cancer patient survival: Is it necessary to control for social class differences in general population mortality? A Finnish population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(11):727-734.
18. National Cancer Institute. International Classification of Childhood Cancer (ICCC): Recode ICD-0-3/WHO 2008 [en ligne]. Bethesda (Maryland) : Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER); 2008. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccd-who2008.html> (consulté en avril 2023).

19. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, 3e éd. *Cancer*. 2005;103(7):1457-1467.
20. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
21. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000;19(3):335-351.
22. Chen H-S, Zeichner S, Anderson RN, Espey DK, Kim H-J, Feuer EJ. The joinpoint-jump and joinpoint-comparability ratio model for trend analysis with applications to coding changes in health statistics. *J Off Stat*. 2020;36(1):49-62.
23. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2018 [en ligne]. Bethesda (Maryland) : National Cancer Institute; 2021. [Basé sur les données SEER soumises en novembre 2020]. Accès : [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2018/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/) (consulté en avril 2023).
24. Rosso S, De Angelis R, Ciccolallo L, Carrani E, Soerjomataram I, Grande E, et al. Multiple tumours in survival estimates. *Eur J Cancer*. 2009;45(6):1080-1094.
25. Brenner H, Hakulinen T. Patients with previous cancer should not be excluded in international comparative cancer survival studies. *Int J Cancer*. 2007;121(10):2274-2278.
26. Ellison LF. Measuring the effect of including multiple cancers in survival analyses using data from the Canadian Cancer Registry. *Cancer Epidemiol*. 2010;34(5):550-555.
27. Ellis L, Woods LM, Estève J, Eloranta S, Coleman MP, Rachet B. Cancer incidence, survival and mortality: Explaining the concepts. *Int J Cancer*. 2014;135(8):1774-1782.
28. Dickman PW. Estimating and modelling relative survival using SAS [en ligne]. 2021. Accès : <http://www.pauldickman.com/software/sas/> (consulté en avril 2023).
29. Lambert PC, Dickman PW, Rutherford MJ. Comparison of different approaches to estimating age standardized net survival. *BMC Med Res Methodol*. 2015;15:64.
30. Ellison LF. Ajustement des estimations de la survie relative en fonction de la mortalité par cancer dans l'ensemble de la population. *Rapports sur la santé*. 2014;25(11):3-10.
31. Talback M, Dickman PW. Estimating expected survival probabilities for relative survival analysis – Exploring the impact of including cancer patient mortality in the calculations. *Eur J Cancer*. 2011;47(17):2626-2632.
32. Hinchliffe SR, Dickman PW, Lambert PC. Adjusting for the proportion of cancer deaths in the general population when using relative survival: A sensitivity analysis. *Cancer Epidemiol*. 2012;36(2):148-152.
33. Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. *Rapports sur la santé*. 2018;29(9):11-20.
34. Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. Analyses de la survie conditionnelle selon le siège du cancer. *Rapports sur la santé*. 2011;22(2):21-25.
35. Henson DE, Ries LA. On the estimation of survival. *Semin Surg Oncol*. 1994;10(1):2-6.
36. Ellison LF, Gibbons L. Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. *Rapports sur la santé*. 2006;17(2):21-34.
37. Ellison LF. An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry. *Ann Epidemiol*. 2006;16(3):191-196.
38. Brenner H, Soderman B, Hakulinen T. Use of period analysis for providing more up-to-date estimates of long-term survival rates: Empirical evaluation among 370,000 cancer patients in Finland. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):456-462.
39. Talback M, Stenbeck M, Rosen M. Up-to-date long-term survival of cancer patients: An evaluation of period analysis on Swedish Cancer Registry data. *Eur J Cancer*. 2004;40(9):1361-1372.
40. Brenner H, Gefeller O, Hakulinen T. Period analysis for “up-to-date” cancer survival data: Theory, empirical evaluation, computational realisation and applications. *Eur J Cancer*. 2004;40(3):326-335.
41. Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. 2004;40(15):2307-2316.
42. Ellison LF. 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):15-27.
43. Brisson J, Major D, Pelletier E. Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec. Québec (Québec) : Institut national de la santé publique du Québec; 2003.
44. Zakaria D. The impact of multiple primary rules on cancer statistics in Canada, 1992 to 2012. *J Registry Manag*. 45(1):8-20.
45. Weir HK, Johnson CJ, Ward KC, Coleman MP. The effect of multiple primary rules on cancer incidence rates and trends. *Cancer Causes Control*. 2016;27(3):377-390.
46. National Cancer Institute. SEER Cause of Death Recode 1969+ (04/16/2012) [en ligne]. Bethesda (Maryland) : Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). 2015. Accès : [https://seer.cancer.gov/codrecode/1969\\_d04162012/index.html](https://seer.cancer.gov/codrecode/1969_d04162012/index.html) (consulté en avril 2023).
47. Sherman R, Firth R, Kahl A, De P, Green D, Hofer B, Liu L, Hsieh M, Johnson C, Kohler B, Morawski B, Nash S, Qiao B, Weir H (dir.). *Cancer In North America, 2015-2019. Volume Three: Registry-specific Cancer Mortality in the United States and Canada*. Springfield (Illinois) : North American Association of Central Cancer Registries, Inc. Mai 2022.

TABLEAU A1 Définitions des cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3	CIM-9	CIM-10	CIM-9
	Incidence (1992 à 2017)	Incidence (1984 à 1991)	Mortalité (2000 à 2019)	Mortalité (1984 à 1999)
Tête et cou	C00–C14, C30–C32.9	140-149, 160, 161	C00–C14, C30–C32	140-149, 160, 161
Œsophage	C15	150	C15	150
Estomac	C16	151	C16	151
Colorectal	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0, 154.1	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0, 154.1
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	C22.0, C22.1	155.0, 155.1	C22.0–C22.4, C22.7	155.0, 155.1
Pancréas	C25	157	C25	157
Poumon et bronches	C34	162.2–162.5, 162.8, 162.9	C34	162.2, 162.3, 162.4, 162.5, 162.8, 162.9
Tissus mous (y compris le cœur)	C38.0, C47, C49	164.1, 171	C38.0, C47, C49	164.1, 171
Mélanome	C44 (Type 8720–8790)	172	C43	172
Sein	C50	174, 175	C50	174, 175
Col de l'utérus	C53	180	C53	180
Utérus (corps, SAI)	C54–C55	179, 182	C54–C55	179, 182
Ovaire	C56.9	183.0	C56	183.0
Prostate	C61.9	185	C61	185
Testicule	C62	186	C62	186
Vessie (y compris <i>in situ</i> pour l'incidence)	C67	188, 233.7	C67	188
Rein et bassinnet du rein	C64.9, C65.9	189.0, 189.1	C64–C65	189.0, 189.1
Encéphale/SNC	C70–C72	191, 192	C70–C72	191, 192
Glande thyroïde	C73.9	193	C73	193
Lymphome de Hodgkin*	Type 9650–9667	201	C81	201
Lymphome non hodgkinien*	Type 9590–9597, 9670–9719, 9724–9729, 9735, 9737, 9738	200, 202.0–202.2, 202.8, 202.9	C82–C86	200, 202.0–202.2, 202.8, 202.9
	Type 9811-9818, 9823, 9827, 9837 all sites except C42.0, C42.1, C42.4			
Myélome multiple*	Type 9731, 9732, 9734	203.0, 238.6	C90.0, C90.2, C90.3	203.0, 238.6
Leucémie*	Type 9733, 9742, 9800–9801, 9805–9809, 9820, 9826, 9831–9836, 9840, 9860–9861, 9863, 9865–9867, 9869–9876, 9891, 9895–9898, 9910, 9911, 9920, 9930–9931, 9940, 9945–9946, 9948, 9963–9964	204.0, 204.1, 205.0, 207.0, 207.2, 205.1, 202.4, 204.2, 204.8, 204.9, 205.2, 205.3, 205.8, 205.9, 206.0, 206.1, 206.2, 206.8, 206.9, 203.1, 207.1, 207.8, 208.0, 208.1, 208.2, 208.8, 208.9	C91–C95, C90.1	204.0, 204.1, 205.0, 207.0, 207.2, 205.1, 202.4, 204.2, 204.8, 204.9, 205.2, 205.3, 205.8, 205.9, 206.0, 206.1, 206.2, 206.8, 206.9, 203.1, 207.1, 207.8, 208.0, 208.1, 208.2, 208.8, 208.9
	Type 9811-9818, 9823, 9827, 9837 sites C42.0, C42.1, C42.4			
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00–C80 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges 140–209 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00–C80 non mentionnés ci-dessus, C97	Tous les sièges 140–209 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

**Nota :** La CIM-O-3 est la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition<sup>(6)</sup>. La CIM-10 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision<sup>(10)</sup>. La CIM-9 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision<sup>(7)</sup>.

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

	Nouvelle définition	Année de la modification	Ancienne définition
Vessie	CIM-O-3 C67 (y compris les cancers <i>in situ</i> , sauf pour l'Ontario, qui n'a pas déclaré de cas de cancer <i>in situ</i> de la vessie avant 2010)	2006	CIM-O-3, C67 (à l'exclusion des cancers <i>in situ</i> )
Colorectal	CIM-O-3 C18–C20, C26.0	2011	CIM-O-3 C18–C21, C26.0
Rein et bassinnet du rein	CIM-O-3 C64–C65	2008	CIM-O-3 C64–C66, C68
Poumon et bronches	CIM-O-3 C34	2008	CIM-O-3 C33–C34 (avant 2006)
			CIM-O-3 C34 (en 2006)
			CIM-O-3 C33–C34 (en 2007)
Ovaire	CIM-O-3 C56	2006	CIM-O-3 C56, C57.0–C57.4

**Nota :** Les cancers de la vessie, colorectal, du rein, du poumon et de l'ovaire ne comprennent pas les types histologiques 9590 à 9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi). La CIM-O-3 est la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition.<sup>(7)</sup>

**Nota :** à partir de 2023, cette publication rend compte d'une nouvelle catégorie de cancer : les cancers des tissus mous (incluant le coeur) qui étaient auparavant inclus dans la catégorie "tous les autres cancers". Les cancers des canaux biliaires intrahépatiques (qui étaient auparavant dans la catégorie "tous les autres cancers") sont maintenant inclus avec les cancers du foie.

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

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

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

**Nota :** à partir de 2023, cette publication rend compte d'une nouvelle catégorie de cancer : les cancers des tissus mous (incluant le coeur) qui étaient auparavant inclus dans la catégorie "tous les autres cancers". Les cancers des canaux biliaires intrahépatiques (qui étaient auparavant dans la catégorie "tous les autres cancers") sont maintenant inclus avec les cancers du foie.

# Index des tableaux et des figures



## Tableaux

1.1	Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse), 2019	28
1.2	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe, Canada, 2023	29
1.3	Nombre projeté de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2023	30
1.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada (à l'exception du Québec), 2023	31
1.5	Nombre projeté de nouveaux cas de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2023	32
1.6	Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2019	33, 34, 35
1.7	Plus récente variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2019	36
2.1	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse), 2020	53
2.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés des cancers, selon le sexe, Canada, 2023	54

2.3	Nombre projeté de décès par les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2023	55
2.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2023	56
2.5	Nombre de décès projetés par certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2023	57
2.6	Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2020	58, 59
2.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2020	60
3.1	Taux prédit de survie nette à cinq et à dix ans pour certains cancers selon le sexe, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2015 à 2017	71
3.2	Taux prédit de survie nette à cinq ans pour certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2015 à 2017	72
3.3	Proportions de survie observées (PSO) à un et cinq ans prédits selon le groupe de diagnostic et les sous-groupes sélectionnés, personnes âgées de 0 à 14 ans au moment du diagnostic, Canada (à l'exception du Québec), 2013 à 2017	73
3.4	Taux prédit de survie nette à cinq ans, normalisé selon l'âge pour certains cancers, selon la province, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2015 à 2017	74

3.5	Taux prédits de survie nette à un an et à cinq ans à partir du diagnostic (conditionnel à avoir survécu d'un an), pour certains cancers, selon le sexe, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2015 à 2017	75
-----	---	----

## Annexe tableaux

A1	Définitions des cancers	106
A2-1	Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne l'incidence	107
A2-2	Recent cancer definition changes in mortality	107

## Figures

<b>1.1</b>	Probabilité d'être atteint du cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse), 2019 . . . . .	13	<b>2.4</b>	Distribution des décès par certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada, 2016 à 2020 . . . . .	41	<b>4.1</b>	Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2020 . . . . .	76
<b>1.2</b>	Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada, 2023 . . . . .	14	<b>2.5</b>	Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province ou territoire, chez les deux sexes, Canada, 2023 . . . . .	42	<b>4.2</b>	Années potentielles de vie perdues (APVP) pour certaines causes de décès, Canada, 2018 à 2020 . . . . .	77
<b>1.3</b>	Pourcentage de nouveaux cas et taux d'incidence selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada (à l'exception du Québec), 2017-2019 . . . . .	15	<b>2.6</b>	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2023 . . . . .	43	<b>4.3</b>	Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge de tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada, 1984 à 2023 . . . . .	79
<b>1.4</b>	Distribution des nouveaux cas de cancer de certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2015-2019 . . . . .	16	<b>2.7</b>	Variation annuelle en pourcentage (VAP)† la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2020 . . . . .	44	<b>4.4</b>	Tendances de l'incidence et de la mortalité (en milliers de cas) associées aux modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, ainsi qu'à la croissance démographique et au vieillissement de la population, pour tous les cancers et tous les groupes d'âge, Canada, 1984 à 2023 . . . . .	80
<b>1.5</b>	Distribution géographique des nouveaux cas de cancer projetés et des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), par province et territoire, chez les deux sexes, 2023 . . . . .	17	<b>2.8</b>	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers*, hommes, Canada, 1984 à 2023 . . . . .	45	<b>4.5</b>	Résumé des principales caractéristiques des mesures de lutte contre le cancer et de l'issue de la maladie selon le type de cancer . . . . .	82
<b>1.6</b>	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers, Canada, 1984-2023 . . . . .	18	<b>2.9</b>	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers*, femmes, Canada, 1984 à 2023 . . . . .	46			
<b>1.7</b>	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec), 1984-2019 . . . . .	19	<b>3.1</b>	Prévision de la survie nette pour les principales causes de décès par cancer selon la durée de survie, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2015 à 2017 . . . . .	62	<b>Annexe figure</b>		
<b>1.8</b>	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, hommes, Canada (à l'exception du Québec), 1984-2023 . . . . .	20	<b>3.2</b>	Survie nette prévue à cinq ans normalisée selon l'âge pour certains cancers, par période, personnes âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), 2015 à 2017 par rapport à 1992 à 1994 . . . . .	65	<b>A2-1</b>	Données utilisées au moment de l'analyse par région géographique . . . . .	92
<b>1.9</b>	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, femmes, Canada (à l'exception du Québec), de 1984-2023 . . . . .	21	<b>3.3</b>	Estimés de l'indice de survie à 1 an et 5 ans, selon le sexe, personnes âgées 15 à 99 ans, Canada (à l'exclusion de Québec), périodes de trois ans qui se chevauchent de 1922-1994 à 2015-2017 . . . . .	66			
<b>2.1</b>	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse), 2020 . . . . .	38	<b>3.4</b>	Estimés de l'indice de survie du cancer à cinq ans pour certaines provinces, les deux sexes combinés, personnes âgées de 15 à 99 ans, périodes de cinq ans qui se chevauchent de 1922-1996 à 2013-2017 . . . . .	67			
<b>2.2</b>	Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2023 . . . . .	39	<b>3.5</b>	Estimés de survie nette à cinq ans par stade, pour certains cancers, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada, période de 2010 à 2017 . . . . .	68			
<b>2.3</b>	Pourcentage de décès et taux de mortalité selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2018 à 2020 . . . . .	40						

# Pour nous joindre



## Collaborators

### 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](http://cancer.ca). Pour toute question concernant cette publication, envoyez un courriel à : [stats@cancer.ca](mailto:stats@cancer.ca).

### Agence de la santé publique du Canada

Pour en savoir plus sur les maladies chroniques, y compris le cancer, leurs déterminants et leurs facteurs de risque et de protection au Canada, veuillez consulter le site <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html> (sélectionner « Maladies chroniques ») ou envoyer un courriel à : [phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca](mailto:phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca).

### Statistique Canada

Des renseignements plus détaillés sur la méthodologie utilisée dans cette publication sont disponibles auprès du Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada, ligne de renseignements nationaux (1-800-263-1136) ou auprès du service à la clientèle du Centre des données sur la santé de la population ([statcan.hd-ds.statcan@canada.ca](mailto:statcan.hd-ds.statcan@canada.ca) ou 613-951-1746).

### Conseil canadien des registres du cancer

Les données sur l'incidence du cancer sont transmises à Statistique Canada, qui les consignent dans 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 se trouvent sur le site [Web du Registre canadien du cancer \(RCC\)](http://Web du 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 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 \(BCDECD\)](http://Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil – Décès (BCDECD)).

## Des questions sur le cancer?

Si vous souhaitez en savoir plus sur le cancer, appelez la ligne 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