

Statistiques canadiennes sur le cancer

2025



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

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 2025. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2025. Disponible à : cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2025-FR (accédé le [date])

Novembre 2025

ISSN 0835-2976

La présente publication est disponible en français et en anglais sur le site Web de la [Société canadienne du cancer](https://cancer.ca/statistiques), à l'adresse cancer.ca/statistiques. Visitez le site Web pour obtenir la version la plus récente de cette publication et des ressources supplémentaires, notamment les 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.

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, Halifax (Nouvelle-Écosse)

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)

Robin Urquhart, Ph. D.

Département de chirurgie et Division d'éducation médicale, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

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

Analyses supplémentaires

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

Yibing Ruan, Ph. D.; Alberta Health Services

John Hutchinson, BHSc; Université de Calgary

Gestion de projet

Monika Dixon

Surveillance, Société canadienne du cancer

Remerciements

Nayab Choudhry, MPH; Société canadienne du cancer

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 2025 14

Incidence selon le sexe 15

Incidence selon l'âge 16

Incidence selon la région géographique 18

Incidence au fil du temps 19

Que signifient ces statistiques? 27

Chapitre 2

Combien de personnes meurent du cancer au Canada?

Principales constatations 39

Probabilité de mourir d'un cancer 40

Prévisions des décès par cancer en 2025 41

Mortalité selon le sexe 41

Mortalité selon l'âge 42

Mortalité selon la région géographique 44

Mortalité au fil du temps 45

Que signifient ces statistiques? 52

Chapitre 3

Quelle est la probabilité de survie au cancer au Canada?

Principales constatations 63

Survie nette à cinq et dix ans 64

Survie selon le sexe 65

Survie selon l'âge 66

Survie selon la région géographique 66

Survie au fil du temps 67

Survie nette conditionnelle 70

Survie au cancer par stade au moment

du diagnostic 71

Que signifient ces statistiques? 71

Chapitre 4

Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

Le cancer est la première cause de décès au Canada	78
Le cancer est une maladie complexe	79
Le cancer impose un fardeau économique considérable aux personnes au Canada	80
Le Canada se classe favorablement dans la lutte contre le cancer, mais il y a des points à améliorer	81
Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure	82
Comment les statistiques peuvent contribuer à orienter la lutte contre le cancer?	86

ANNEXE I

Ressources connexes

Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer	94
Surveillance des maladies chroniques	96
Surveillance du cancer chez les enfants	96
Rendement du système de lutte contre le cancer	96
Prévention du cancer	97
Surveillance du cancer dans le monde	97

ANNEXE II

Sources des données et méthodologies

Résumé	98
Sources des données	99
Méthodologies	101
Problèmes liés aux données et à la méthodologie	107

Index des tableaux et des figures

Pour nous joindre

Sommaire

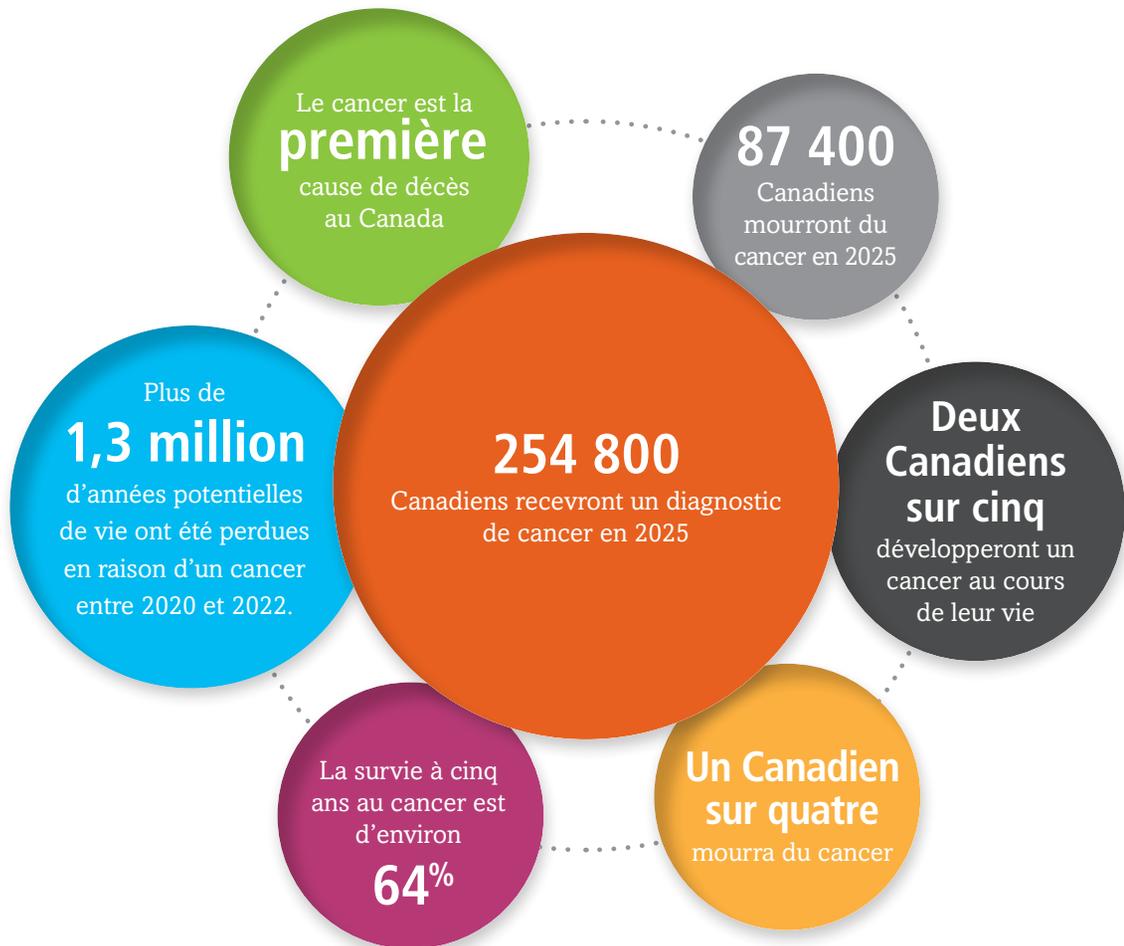
La publication *Statistiques canadiennes sur le cancer* présente des estimations exhaustives et à jour du fardeau du cancer au Canada.

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 2025 seulement, on s'attend à ce que 254 800 Canadiens recevront un diagnostic de cancer et que 87 400 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 demeure la principale cause de décès au Canada, et c'est de loin la principale cause de décès prématuré. Près de 1,3 million d'années potentielles de vie ont été perdues à cause d'un décès prématuré en raison d'un cancer entre 2020 et 2022.

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

- Le cancer du poumon demeure la principale cause de décès par cancer, et on s'attend à ce qu'il soit responsable de plus de 1 décès sur 5 par cancer au Canada cette année. 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.
- Des progrès considérables ont également été observés pour d'autres types de cancer au cours des dernières années, notamment une baisse des taux de mortalité pour les cancers de la vessie et de l'estomac chez les deux sexes. Les taux d'incidence et de mortalité liés à la leucémie ont également diminué au cours des dernières années.
- 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 42 % chez les hommes et de 28 % 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 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 (sang).
- Cependant, la survie varie considérablement en fonction du type de cancer et du stade au moment du diagnostic. Les résultats publiés par Statistique Canada⁽¹⁾ ont révélé que la survie diminuait avec l'augmentation du stade

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Anjum Karimi a subi une mammographie de dépistage en 2012. Les résultats ont montré qu'elle avait un cancer du sein de stade I.

« Mon cancer du sein a été détecté si tôt que j'ai pu m'en sortir très rapidement. Le dépistage m'a sauvée. »

au moment du diagnostic. Par exemple, la survie nette estimée à cinq ans pour le cancer du poumon était de près de 62 % pour les personnes diagnostiquées au stade I, de 39 % pour le stade II, de 16 % pour le stade III et de seulement 3 % pour le 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 taux d'incidence des cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques pourraient être en diminution chez les hommes depuis les dernières années. Cependant, un déclin similaire ne s'est pas produit chez les femmes. Malheureusement, les cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques ont un faible taux de survie.

- Le cancer du col de l'utérus n'est pas l'une des causes les plus courantes de décès par cancer chez les femmes au Canada, mais chacun des 430 décès prévus en 2025 en raison de ce cancer était potentiellement évitable. Des efforts continus sont nécessaires pour assurer l'accès aux stratégies de prévention disponibles et leur intégration, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH).
- Bien que les taux d'incidence du cancer du poumon aient diminué chez les hommes et les femmes, on s'attend maintenant à ce que plus de femmes que d'hommes reçoivent un diagnostic de cancer du poumon en 2025. Les résultats de survie par stade, en particulier pour le cancer du poumon, nous rappellent à quel point la détection précoce est essentielle pour de meilleurs résultats pour les personnes touchées par ce cancer.

Les mesures de l'incidence du cancer au Canada sont essentielles. 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 fournies dans la présente publication 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. De plus, ces statistiques peuvent être utilisées pour établir l'ordre de priorités pour les services destinés à aider les personnes atteintes de cancer et leurs familles. L'effet de la pandémie de COVID-19 sur le diagnostic et le contrôle du cancer est une question importante qui est abordée au [chapitre 4](#). Lors de la phase d'analyse pour la présente

publication, les données sur l'incidence jusqu'en 2021 et les données sur la mortalité jusqu'en 2022 étaient disponibles. L'enregistrement de nouveaux cas de cancer au Canada peut être attribuable aux perturbations des services de dépistage et de diagnostic pendant la pandémie de COVID-19. Les projections présentées ici sont basées sur des données historiques validées (jusqu'en 2019) et représentent les tendances sous-jacentes de l'incidence du cancer dans la population, et non

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Au plus fort de la pandémie de COVID-19, **Eli** a reçu un diagnostic de leucémie. Sa famille a dû faire face à d'innombrables voyages à l'hôpital, au stress émotionnel et à la tâche ardue de prendre soin d'un enfant malade. Elle a également eu l'expérience unique de naviguer dans le système de santé pendant le confinement.

« L'un des facteurs les plus compliqués était que nous ne pouvions pas avoir toute notre famille dans la même pièce », explique son père, Michael Daykin. « Ma femme et moi avons dû prendre la décision difficile de ne pas rester à l'hôpital avec eux. Ce que j'ai retenu de cette expérience est qu'il faut penser au patient, mais aussi à toute sa famille. Ce fut une expérience très isolante pour Katie et moi. »

les changements probables dans les modèles de diagnostic en raison de la COVID-19. Bien que la pandémie de COVID-19 ait eu une incidence limitée sur la mortalité relativement au cancer, ses répercussions sur les efforts de lutte contre le cancer devraient avoir des effets à plus long terme sur des résultats comme la mortalité.

Nous espérons que nos lecteurs feront preuve d'esprit critique en ce qui concerne la signification de ces chiffres et statistiques, 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 2023*, plusieurs nouvelles tendances se sont dégagées. En voici quelques-unes :

- Après avoir augmenté pendant des décennies, le taux d'incidence du mélanome chez les hommes s'est stabilisé. Malheureusement, le mélanome n'a pas suivi la même tendance chez les femmes et le taux d'incidence est toujours en hausse notable.
- Dans la dernière publication complète, les analyses des tendances ont révélé une augmentation de l'incidence du cancer du col de l'utérus au cours des dernières années. De nouvelles données et analyses dans cette publication indiquent que l'incidence du cancer du col de l'utérus ne diminue plus après une longue période de déclin (entre 1984 et 2005). On a observé une variabilité considérable des taux annuels d'incidence du cancer du col de l'utérus au cours de la période plus récente

(2005 et années subséquentes), ce qui souligne la nécessité d'une surveillance continue de cet enjeu.

- Les taux d'incidence du cancer du poumon ont diminué au cours des dernières années pour chacun des sexes, mais on s'attend à ce que plus de femmes (17 500) que d'hommes (15 400) reçoivent un diagnostic de cancer du poumon en 2025.
- Au cours des dernières années, le taux de mortalité par cancer du poumon a diminué plus rapidement que celui de la plupart des autres types de cancer. Malgré cela, le cancer du poumon demeure la principale cause de décès par cancer au Canada. En 2025, plus de 1 décès sur 5 par cancer devrait être attribuable au cancer du poumon, alors qu'auparavant, environ 1 décès sur 4 par cancer lui était attribuable.

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 2025 est la plus récente publication d'une série inaugurée en 1987 pour décrire le fardeau du cancer au Canada. Elle 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. 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)⁽¹⁾, l'un des systèmes nationaux de registres du cancer basés sur la population de la plus haute qualité au monde⁽²⁾ ainsi que de la Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès (BCDECD)⁽³⁾, 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 progrès ont été réalisés et ceux où il faut en faire

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 normalisés 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.

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 (2025). 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 contenue dans la présente publication est pertinente pour un public beaucoup plus vaste. Par conséquent, 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. Mise à jour des statistiques sur l'incidence et la mortalité

Dans l'édition de 2023, les estimations de l'incidence ont été basées sur les données de 2019. Cette édition de la publication utilise des données sur l'incidence jusqu'en 2021, les plus récentes données disponibles publiées par Statistique Canada au moment de l'analyse. Cependant, la pandémie de COVID-19 peut avoir influencé l'enregistrement des nouveaux cas diagnostiqués en 2020. Par conséquent, les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2020 ont été exclus de certaines analyses afin de minimiser les biais potentiels dans l'estimation en raison d'anomalies temporaires dans les données de 2020. Par conséquent, les projections d'incidence présentées dans cette publication sont basées sur des données allant jusqu'en 2019. (L'exception concerne le Québec : les données sur l'incidence du cancer soumises au Registre canadien du cancer étaient jusqu'en 2017 au moment de la présente publication et l'incidence

a été projetée de 2018 à 2025.) Les analyses des tendances de l'incidence du cancer utilisent des données jusqu'en 2021, mais excluent l'année de données 2020. Ces données permettent d'examiner les tendances récentes de l'incidence du cancer au Canada, qui sont présentées dans le [chapitre 1](#).

Les estimations de la mortalité par cancer dans la publication de 2023 étaient basées sur des

données allant jusqu'en 2020. Au moment de l'analyse de cette nouvelle édition, Statistique Canada avait publié des données sur la mortalité par cancer jusqu'en 2022, 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 2025 ont été basées sur les données de mortalité jusqu'en 2022.

Encadré 2 Projections du fardeau du cancer en 2025

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 2021 (sauf pour le Québec et la Nouvelle-Écosse, où les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2017 et 2019, respectivement) et les données sur les décès par cancer jusqu'en 2022 étaient disponibles au moment de l'analyse.

La pandémie de COVID-19 a perturbé les services de dépistage et de diagnostic, ce qui pourrait avoir eu une incidence sur l'enregistrement de nouveaux cas de cancer au Canada. Par conséquent, les projections en 2025 sont basées sur des données historiques validées (jusqu'en 2019) et représentent 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. (L'exception concerne le Québec : les données sur l'incidence du cancer soumises au Registre canadien du cancer étaient jusqu'en 2017 et l'incidence était prévue de 2018 à 2025.)

Les projections de mortalité présentées ici sont également basées sur des données historiques de qualité et incluent des données jusqu'en 2022. Jusqu'à présent, la pandémie de COVID-19 a eu un impact limité sur la mortalité par cancer, mais son impact pourrait être observé au fil du temps. Ces incidences potentielles sont abordées plus en détail au chapitre 4.

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 données de survie figurant dans le [chapitre 3](#) sont basées sur les mêmes années de données (jusqu'en 2017) que dans la publication de 2021 et de 2023. Nous avons inclus les résultats de la littérature canadienne publiée sur la survie au cancer⁽⁴⁻⁶⁾, y compris l'indice de survie au cancer et la survie par stade.

2. Changement dans la population stable

Dans chaque édition, les taux d'incidence et de mortalité sont normalisés selon une structure d'âge commune pour tenir compte des différences dans la répartition par âge des populations et permettre des comparaisons des taux au fil du temps et entre les populations. Un changement notable pour l'édition de cette année est que les taux d'incidence et de mortalité sont maintenant normalisés à la population stable canadienne de 2021, alors qu'ils l'étaient à la population stable canadienne de 2011 dans les éditions précédentes (2016 à 2024). Par conséquent, les taux normalisés selon l'âge présentés dans cette édition seront généralement plus élevés que ceux déclarés dans les éditions précédentes. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a eu une augmentation soudaine du taux historique de diagnostic ou de décès par cancer ni du risque de développer ou d'en mourir. Ils représentent plutôt le fait que la population canadienne de 2021 compte une proportion plus élevée de personnes appartenant à des groupes d'âge plus âgés, dans lesquels le cancer est plus fréquent, que la population de 2011⁽⁷⁾. Le changement de la population stable a été apporté cette année afin de représenter plus fidèlement la structure par âge actuelle de la population canadienne et de s'harmoniser avec les efforts d'autres organismes de santé, y compris Statistique Canada. Les taux de cette publication ne doivent pas être comparés

aux éditions précédentes ni aux taux normalisés pour différentes populations (p. ex. entre pays qui utilisent des populations stables différentes). Le [fichier de données supplémentaires](#) comprend les taux d'incidence et de mortalité, normalisés pour la population canadienne de 2021, à partir de 1984 pour tous les types de cancer inclus dans cette édition afin d'aider nos lecteurs à ne pas avoir à se référer aux éditions précédentes.

3. Nouvel étiquetage pour deux types de cancer : le cancer du cerveau et autres cancers du système nerveux, et le myélome

Les éditions précédentes des *Statistiques canadiennes sur le cancer* avaient utilisé les anciennes étiquettes « cerveau et système nerveux central (SNC) » et « myélome multiple ». Afin d'harmoniser avec l'étiquetage utilisé par Statistique Canada et d'autres organismes de surveillance et de déclaration du cancer, « cerveau et autres systèmes nerveux » et « myélome » seront utilisés pour la présente publication. Les définitions de ces types de cancer n'ont pas changé.

Références

1. Statistique Canada. Registre canadien du cancer (RCC) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2024. Accès : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&id=1535368 (consulté en avril 2025).
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 2025).
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 (consulté en avril 2025).
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. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2023001/article/00001-fra.htm> (consulté en avril 2025).
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. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022006/article/00002-fra.htm> (consulté en avril 2025).
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). Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021009/article/00002-fra.htm> (consulté en avril 2025).
7. Statistique Canada [en ligne]. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires, 2023. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2024. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x/2023002-fra.htm> (consulté en avril 2025).

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

- Le cancer continue de toucher un plus grand nombre de personnes au Canada chaque année. Cette tendance est en grande partie attribuable à la croissance et au vieillissement de la population.
- Selon les estimations, 42 % des personnes résidant au Canada recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie.
- 254 800 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2025. Le nombre de cas attendus chez les hommes (131 800) est plus élevé que chez les femmes (122 900).
- Ensemble, les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (cancer du poumon, cancer du sein, cancer de la prostate et cancer colorectal) devraient représenter 48 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2025.
- 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 Québec devrait avoir le taux d'incidence du cancer le plus élevé, suivi de Terre-Neuve-et-Labrador. La Colombie-Britannique devrait avoir le taux d'incidence du cancer le plus faible de toutes les provinces.
- 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.
- Depuis 2016, le taux d'incidence du mélanome a cessé d'augmenter chez les hommes, mais il continue d'augmenter chez les femmes. Il s'agit d'un cancer largement évitable.

Probabilité de développer un cancer

La probabilité de développer un type spécifique 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 représente 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. 2021 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.

- Quarante-deux pour cent des Canadiens devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie (figure 1.1).
- La probabilité de développer un cancer est la même pour les hommes et les femmes.

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

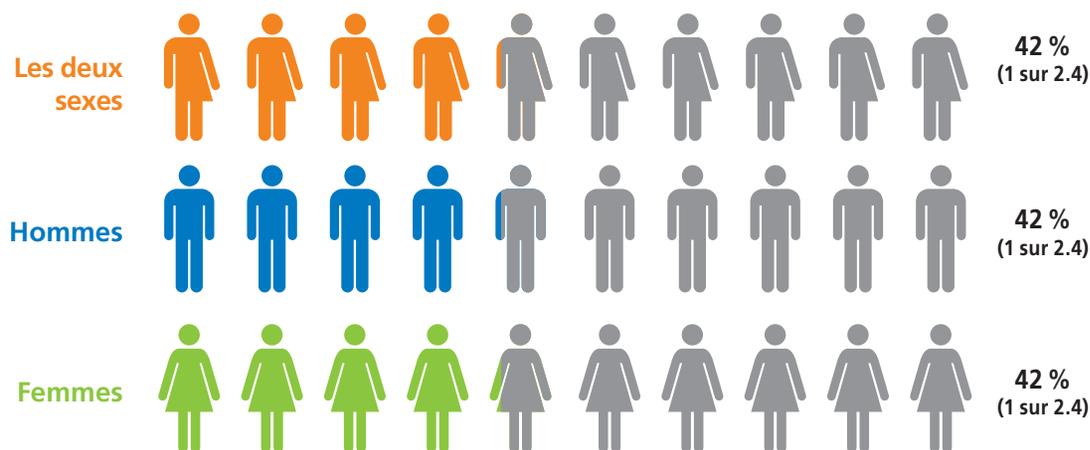
- La probabilité à vie de développer un cancer du sein, un cancer de la prostate, un cancer colorectal ou un cancer du poumon au cours de sa vie reste élevée.
- Un homme sur neuf (12 %) devrait recevoir un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie.
- Une femme sur huit (13 %) devrait recevoir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

- Si l'on considère les hommes et les femmes ensemble, 1 personne sur 16 au Canada devrait recevoir un diagnostic de cancer du poumon et 1 sur 18 devrait recevoir un diagnostic de cancer colorectal au cours de sa vie.

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).

FIGURE 1.1 Probabilité à vie de développer un cancer, Canada (à l'exception de la Nouvelle-Écosse et du Québec*), 2021



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

* Le Québec et la Nouvelle Écosse sont exclus car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2018 et en Nouvelle Écosse en 2020 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 2021. Les données de mortalité du Yukon ont été imputées. 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.

Nouveaux cas de cancer projetés en 2025

Les données sur l'incidence du cancer utilisées pour la présente publication sont celles de 1984 à 2021 (1984 à 2017 pour le Québec et de 1984 à 2019 pour la Nouvelle-Écosse). Les données à partir de 1995 à 2019 ont été utilisées pour projeter les taux et les dénombrements jusqu'en 2025. Il s'agissait des données les plus récentes qui étaient disponibles et qui n'étaient pas touchées par la pandémie au début des analyses.

Selon les estimations, 254 800 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2025 (tableau 1.2).

- Le cancer du poumon devrait être le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada, avec un nombre de cas estimé à 32 900 en 2025. Il est suivi par le cancer du sein (31 900), le cancer de la prostate (30 400) et le cancer colorectal (26 400).
- Les quatre cancers les plus diagnostiqués devraient représenter environ la moitié (48 %) de tous les cancers diagnostiqués en 2025.



Chaque jour en 2025, près de 700 personnes devraient recevoir un diagnostic de cancer au Canada.

Incidence selon le sexe

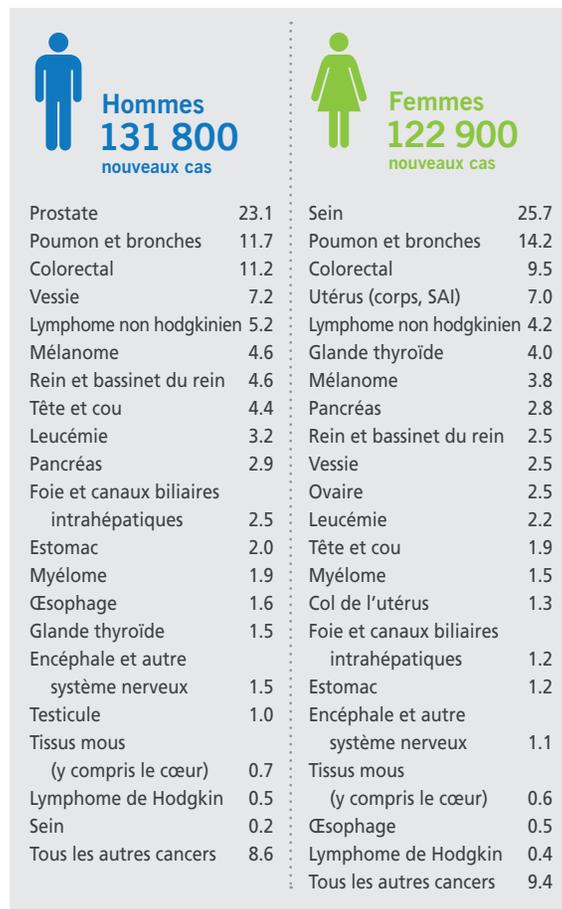
Le cancer touche différemment les hommes et les femmes. Il peut s'agir de différences biologiques ou de différences dans les facteurs de risque ou les comportements liés à la santé. En général, le cancer est plus souvent diagnostiqué chez les hommes que chez les femmes (tableau 1.2).

- Plus d'hommes (131 800) que de femmes (122 900) risquent de recevoir un diagnostic de cancer en 2025.
- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) chez les hommes (663,6 pour 100 000) devrait être supérieur d'environ 19 % à celui des femmes (557,4 pour 100 000).
- Un nombre plus élevé de femmes (17 500) que d'hommes (15 400) devrait recevoir un diagnostic de cancer du poumon en 2025.
- 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 distribution attendue des cas de cancer chez les hommes et les femmes en 2025.

- Chez les hommes, le cancer de la prostate devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué, représentant plus d'un cas sur cinq (23 %). Il est suivi par le cancer du poumon (12 %), le cancer colorectal (11 %), le cancer de la vessie (7 %) 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 (10 %), le cancer de l'utérus (7 %) et le lymphome non hodgkinien (4 %).

FIGURE 1.2 Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada, 2025



SAI = sans autre indication

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 stable en 2021. 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 2021 pour l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec (données disponibles jusqu'en 2017) et de la Nouvelle-Écosse (données disponibles jusqu'en 2019). Les données de 1995 à 2019 ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer jusqu'en 2025, car il s'agissait des données les plus récentes disponibles qui n'ont pas été touchées par la pandémie au début des analyses.



Les cancers le plus souvent diagnostiqué sont le cancer de la prostate chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes.

Incidence selon l'âge

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

- Les taux de cancer atteignent 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 20 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](#) indique le nombre projeté de cas par groupe d'âge en 2025.

- Neuf cancers sur 10 devraient être diagnostiqués chez les Canadiens âgés de 50 ans et plus.

- Parmi tous les cancers diagnostiqués, on prévoit que 1 000 cas (moins de 1 %) seront diagnostiqués chez les enfants (de 0 à 14 ans), 9 700 cas (environ 4 %) chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 39 ans) et 168 400 cas (66 %) 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 (52 %) 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)⁽¹⁾. On s'attend à ce que 8 % des cas de cancer colorectal soient diagnostiqués chez des personnes âgées de moins de 50 ans.
- On s'attend à ce que 35 % 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.

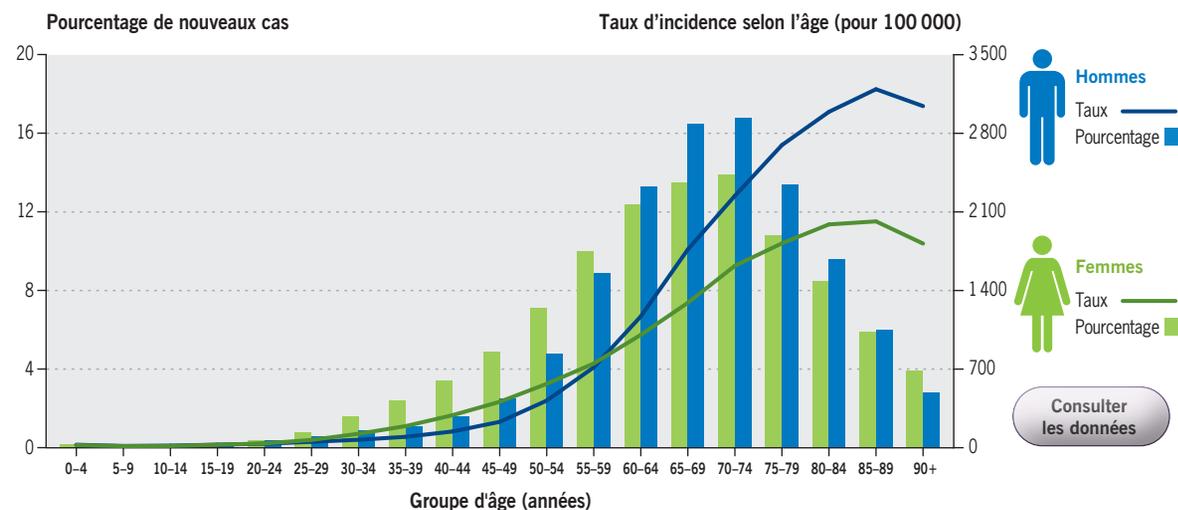
La distribution des types de cancer varie selon l'âge. En général, les cancers embryonnaires et hématologiques (sang) sont plus fréquents chez les enfants, tandis que les tumeurs épithéliales sont plus fréquentes chez les adultes. Les cancers observés chez les adolescents et les jeunes adultes sont un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

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Alex Hajjar a reçu un diagnostic de lymphome hodgkinien alors qu'il était à l'école secondaire. Il est maintenant guéri du cancer et fait du bénévolat au sein de l'équipe de prévention des jeunes. Il visite des écoles et des camps d'été pour enseigner aux enfants comment prévenir le cancer.

« J'ai moi-même vécu le cancer et si j'ai la capacité d'éviter ou d'aider les autres à éviter la maladie, je vais prendre toutes les mesures possibles. »

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 et partiellement la Nouvelle-Écosse*), 2018-2021[†]



* Le Québec est exclu de 2018 à 2021 et la Nouvelle-Écosse en 2020-2021 car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2018 et en Nouvelle-Écosse en 2020 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment où les analyses ont été faites.

† Les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2020 ont été exclus afin de minimiser les biais potentiels dans l'estimation dus à des anomalies temporaires dans les données de 2020

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

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

- Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la leucémie (33 %), suivie des cancers du système nerveux central (18 %), des lymphomes (14 %), des neuroblastomes et autres tumeurs des cellules nerveuses périphériques (7 %) et des tissus mous (6 %).
- 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 personnes âgées de 30 à 49 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient le cancer du sein (24 %), le cancer de la glande thyroïde (11 %), le cancer colorectal (9 %) et le mélanome (7 %).



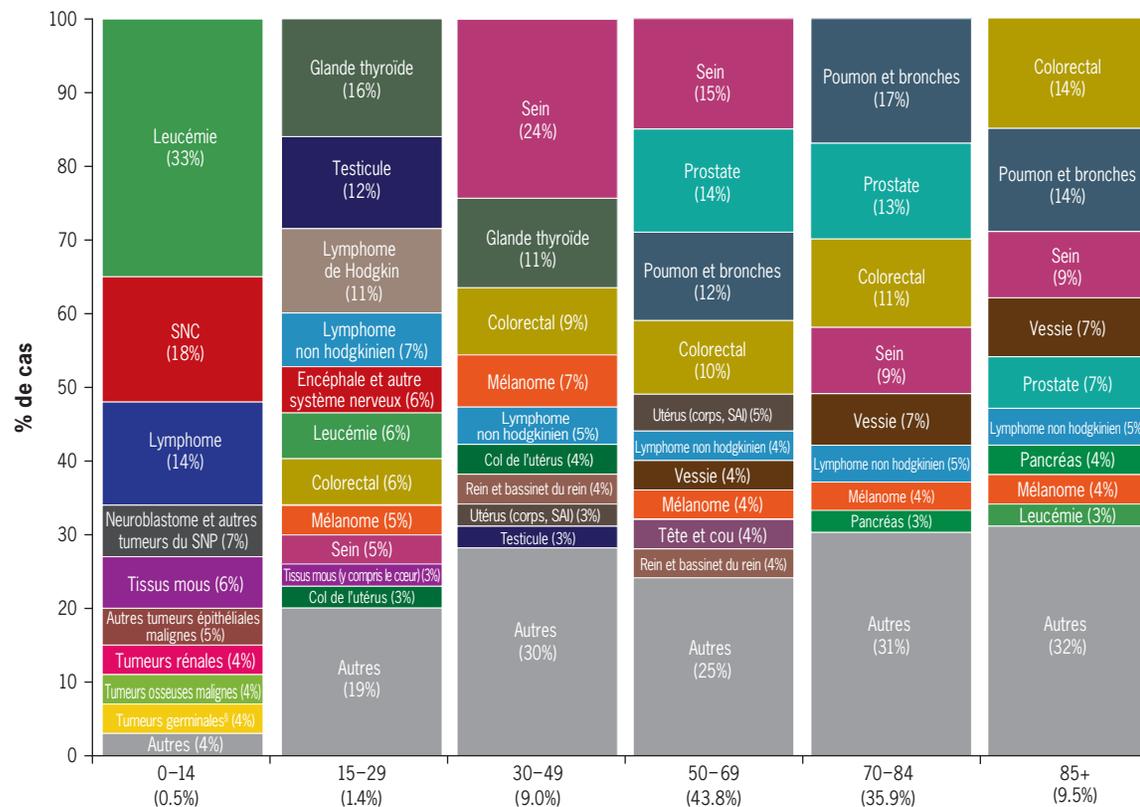
Les types de cancers les plus souvent diagnostiqués varient selon le groupe d'âge.

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

*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%.

† Le Québec est exclu de 2018 à 2021 et la Nouvelle Écosse est exclue en 2020-2021, car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2018 et les cas diagnostiqués en Nouvelle Écosse en 2020 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment où les analyses ont été faites.

FIGURE 1.4 Distribution des nouveaux cas de cancer de certains cancers*, selon le groupe d'âge, Canada (excluant partiellement le Québec et la Nouvelle-Écosse[†]), 2016-2021[‡]



Répartition au sein du groupe d'âge (pourcentage de tous les cas de cancer**)

‡ Les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2020 ont été exclus afin de minimiser les biais potentiels dans l'estimation dus à des anomalies temporaires dans les données de 2020

§ Comprend également les tumeurs trophoblastiques et gonadiques.

** Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de cas sur cinq ans (2016 à 2021) 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

Sources : Registre canadien du cancer à Statistique Canada

- Entre 50 et 84 ans, les cancers du poumon, du sein, colorectal et de la prostate étaient les cancers 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 2025. 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.

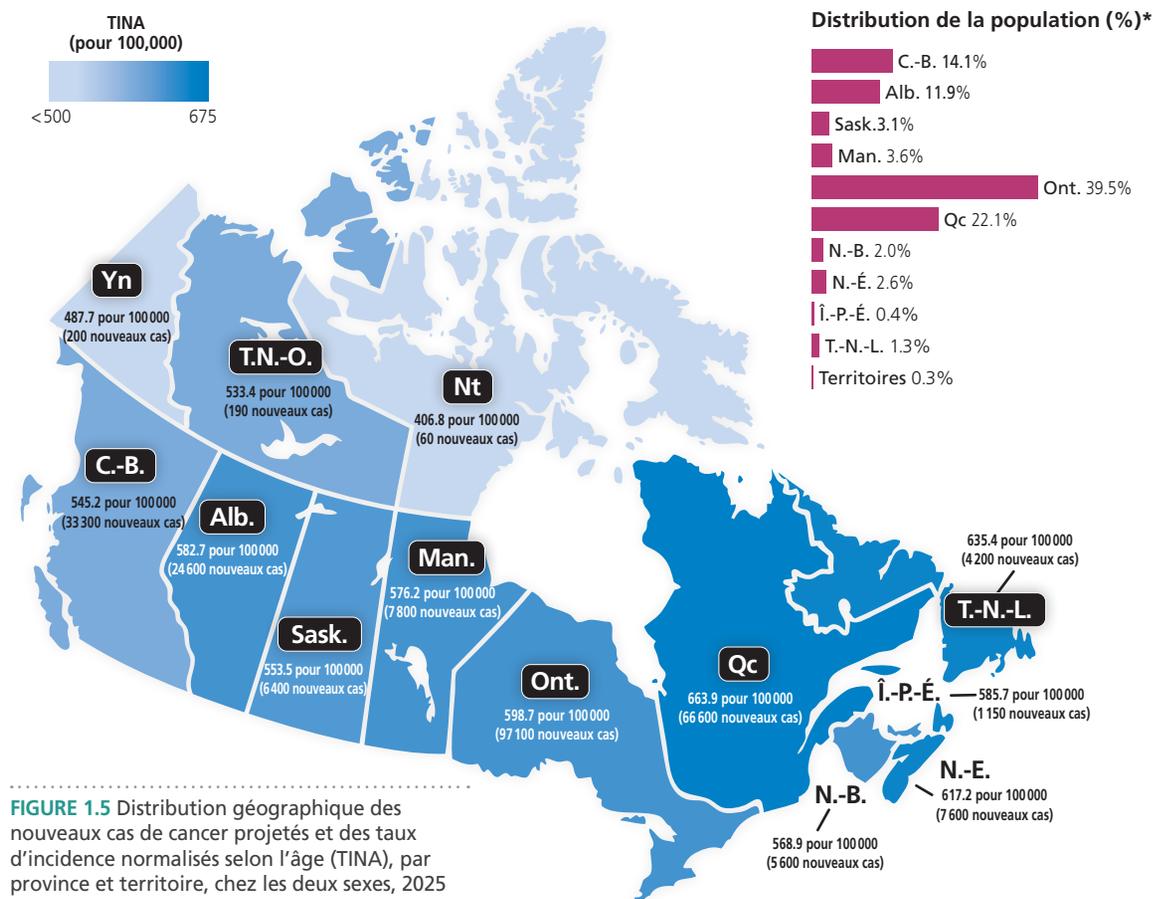


FIGURE 1.5 Distribution géographique des nouveaux cas de cancer projetés et des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), par province et territoire, chez les deux sexes, 2025

- Le Québec devrait avoir le taux d'incidence du cancer le plus élevé, suivi de Terre-Neuve-et-Labrador.
- La Colombie-Britannique devrait avoir le taux d'incidence du cancer le plus faible.

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 le TINA soit le plus élevé au Québec chez les hommes (727,4 pour 100 000) et les femmes (618,4 pour 100 000). Ces chiffres indiquent que le Québec devrait avoir les taux les plus élevés pour trois des cancers les plus fréquemment diagnostiqués (poumon, sein et prostate).
- Chez les hommes et les femmes, les taux les plus élevés de cancer colorectal sont attendus à Terre-Neuve-et-Labrador (116,8 pour 100 000 et 71,4 pour 100 000, respectivement). Chez les hommes, les taux de cancer colorectal devraient être les plus faibles en Alberta (64,0 pour 100 000 habitants), tandis qu'ils seront les plus faibles chez les femmes en Saskatchewan (42,6 pour 100 000).
- On s'attend à ce que les taux de cancer de la prostate dans l'ensemble du pays varient d'un minimum de 137,0 pour 100 000 habitants au Nouveau-Brunswick à un maximum de 169,7 pour 100 000 habitants au Québec.

* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2025.

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021.

Analyse : Centre de données sur la santé de la population, Statistics Canada
Sources : Registre canadien du cancer et projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires à Statistique Canada

- Les taux de cancer du sein chez les femmes devraient être les plus bas au Nouveau-Brunswick (125,5 pour 100 000) et les plus élevés au Québec (166,1 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, la collecte de données et la disponibilité des données. Par exemple, les projections pour le Québec sont basées sur des données jusqu'en 2017, tandis que les données jusqu'en 2019 étaient disponibles pour d'autres provinces et territoires, ce qui aurait pu influencer le classement du Québec.

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.

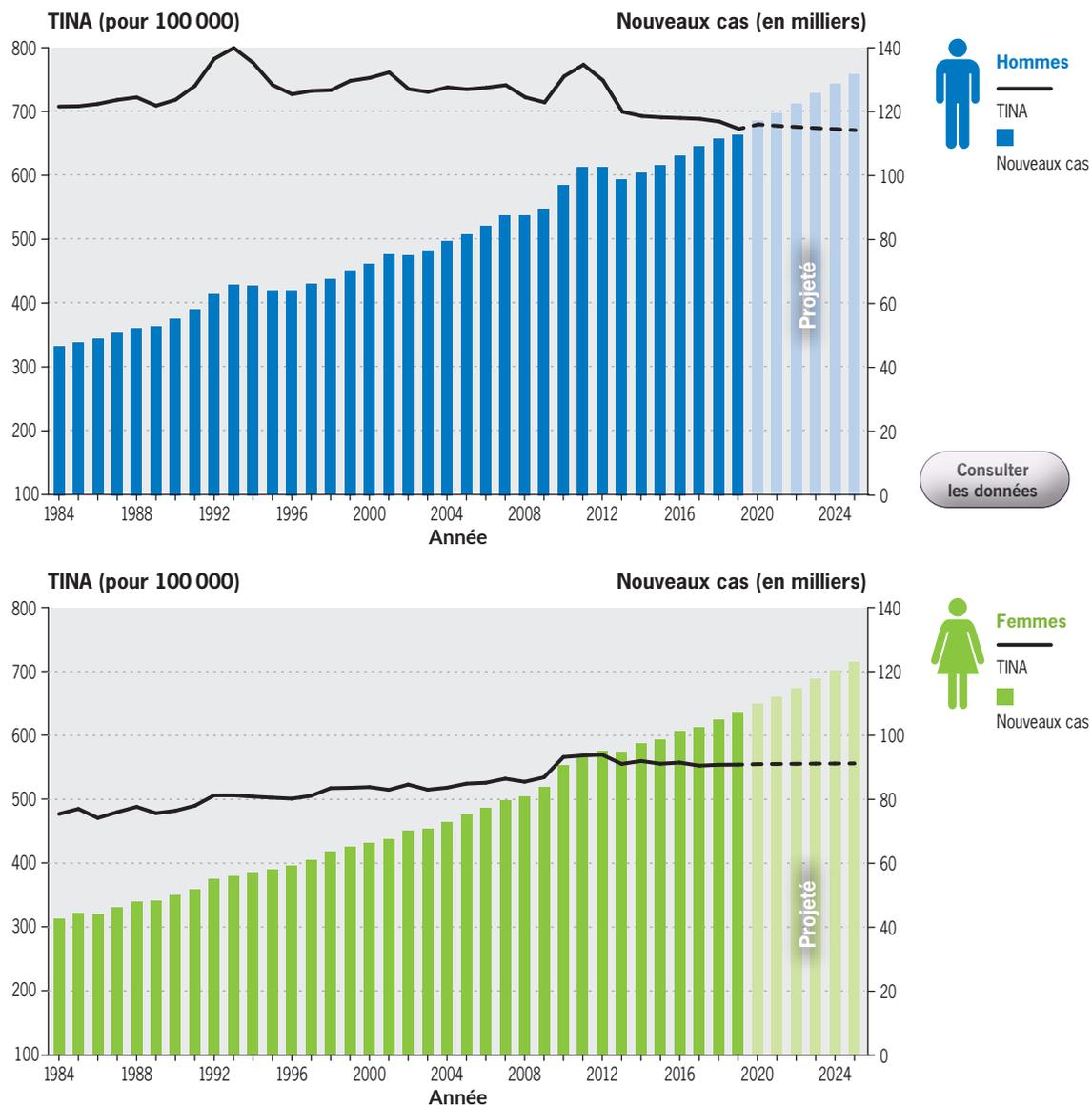
Incidence au fil du temps

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.

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour le Québec (2017 était la dernière année de données soumises au Registre canadien du cancer pour cette province au moment de l'analyse). Les projections du nombre de cas pour le Québec en 2018 et 2019 ont été utilisées pour faciliter le calcul des estimations nationales pour ces années. Les estimés pour 2020 à 2025 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, 1984-2025



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

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 retournement) 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)

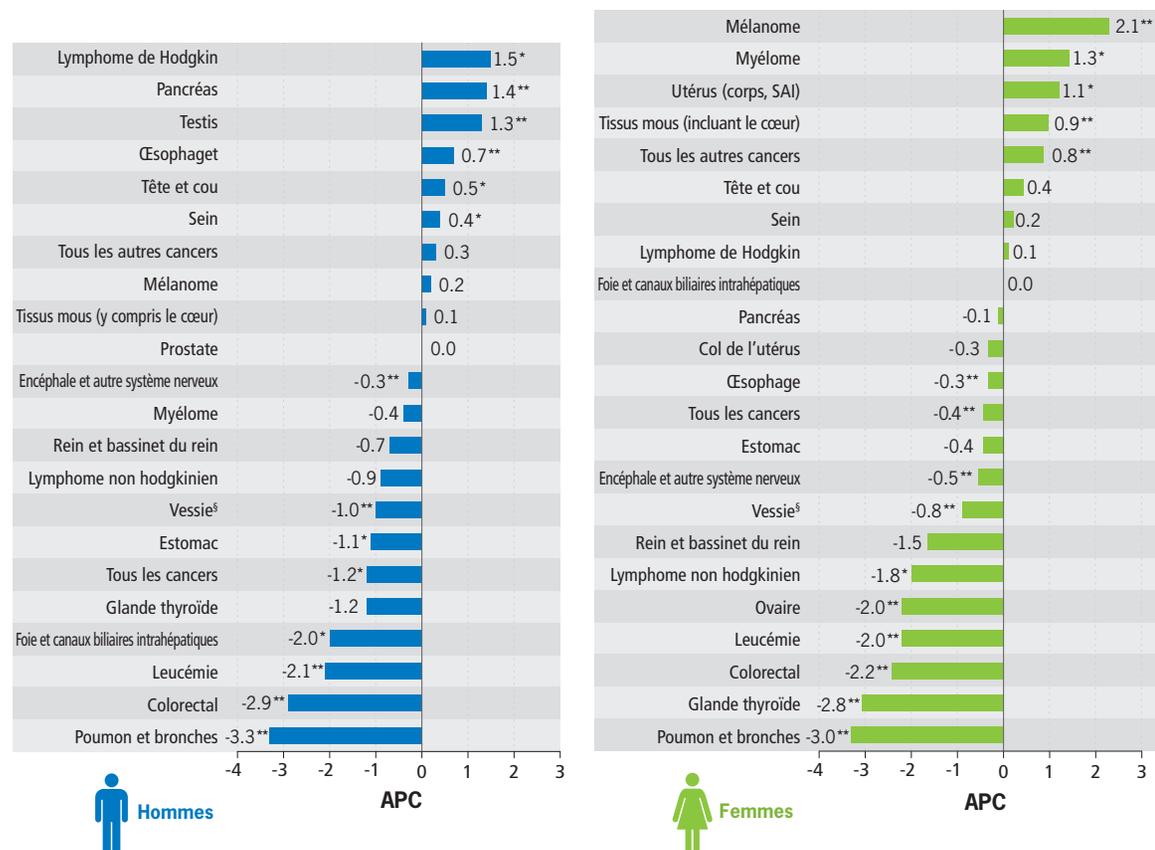
Valeurs supérieure et inférieure d'un intervalle (intervalle de confiance) qui donne une indication de la précision d'une estimation. Les intervalles de confiance sont habituellement de 95 %. Cela signifie qu'en cas d'échantillonnage répété pour une étude, et en supposant qu'il n'y ait pas d'autres sources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

SAI = sans autre indication

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

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

FIGURE 1.7 Variation annuelle en pourcentage (VAP)[†] la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et partiellement en Nouvelle-Écosse[‡]), 1984-2021



[†] La VAP a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint, où les données de 2020 sont supprimées en tant qu'anomalies et les taux sont standardisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021. Si un ou plusieurs changements significatifs dans la tendance des taux sont détectés, la VAP reflète la tendance depuis le changement significatif le plus récent (année de référence) jusqu'en 2021. Sinon, la VAP reflète la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984-2021). 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 2018 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2021 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 (version 5.2.0.0) 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 : 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

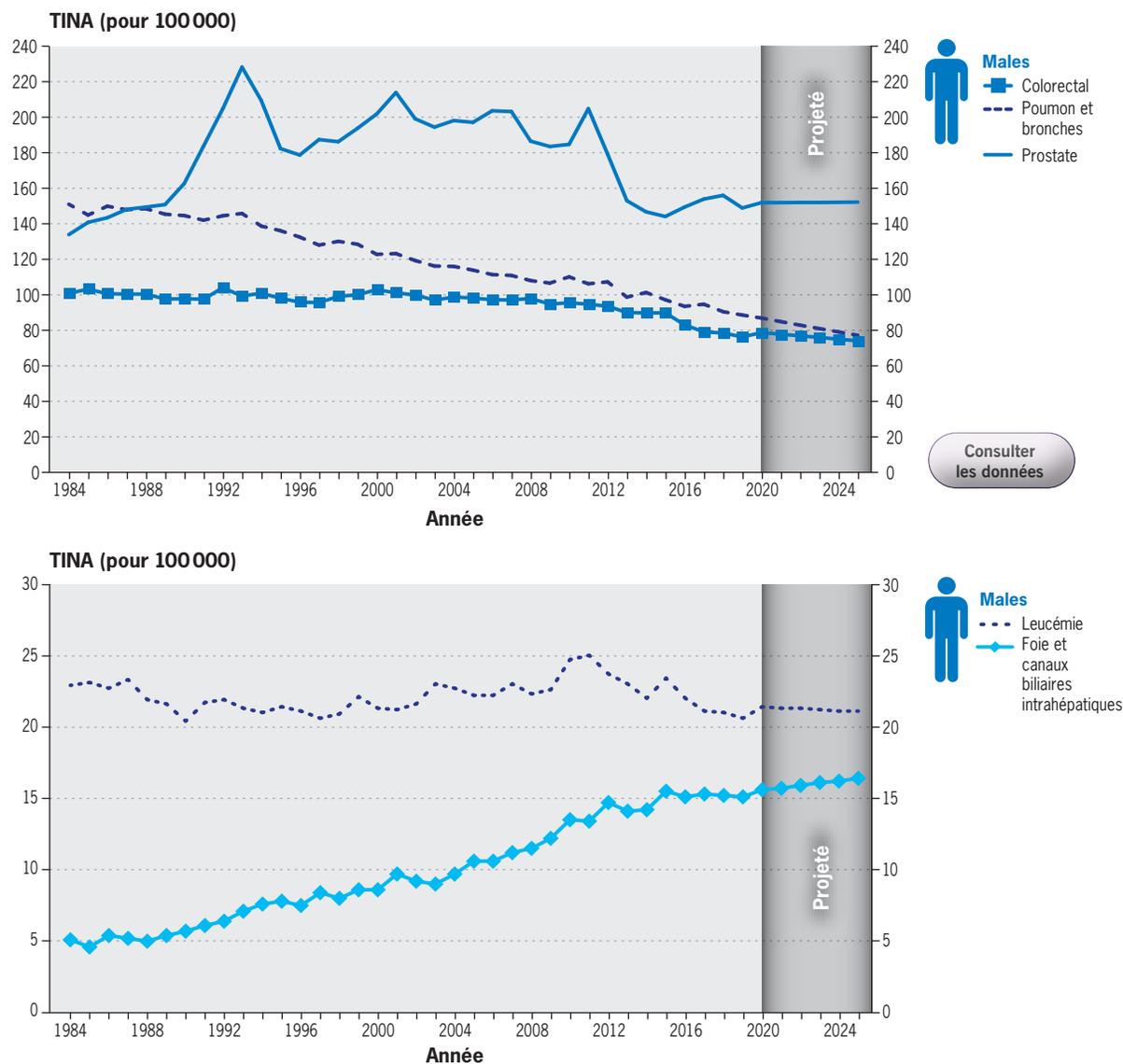
Sources : Registre canadien du cancer et Système national de déclaration des cas de cancer à Statistique Canada

- En 1984, le TINA pour tous les cancers combinés chez les hommes était de 700,2 pour 100 000 et devrait être de 663,6 pour 100 000 en 2025, ce qui représente une diminution d'environ 5 %. Pour les femmes, il était de 478,1 en 1984 et devrait être de 557,4 pour 100 000 en 2025, soit une augmentation d'environ 17 %.
- Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année a augmenté régulièrement, passant de 46 700 en 1984 à 131 800 prévus en 2025 chez les hommes, et de 42 500 à 122 900 prévus chez les femmes. L'augmentation constante du nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année est principalement attribuable à la croissance et au vieillissement de la population canadienne⁽²⁻⁵⁾.
- L'écart entre les taux de cancer chez les hommes et les femmes s'est réduit au fil du temps. 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.

* 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](#)).

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour le Québec (2017 était la dernière année de données soumises au Registre canadien du cancer pour cette province au moment de l'analyse). Les estimés pour 2020 à 2025 sont projetés. Pour plus de détails, veuillez consulter l'*Annexe II : Sources des données et méthodes*. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 1.8 Figure 1.8 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains* cancers, hommes, Canada, 1984-2025



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

Tendances récentes

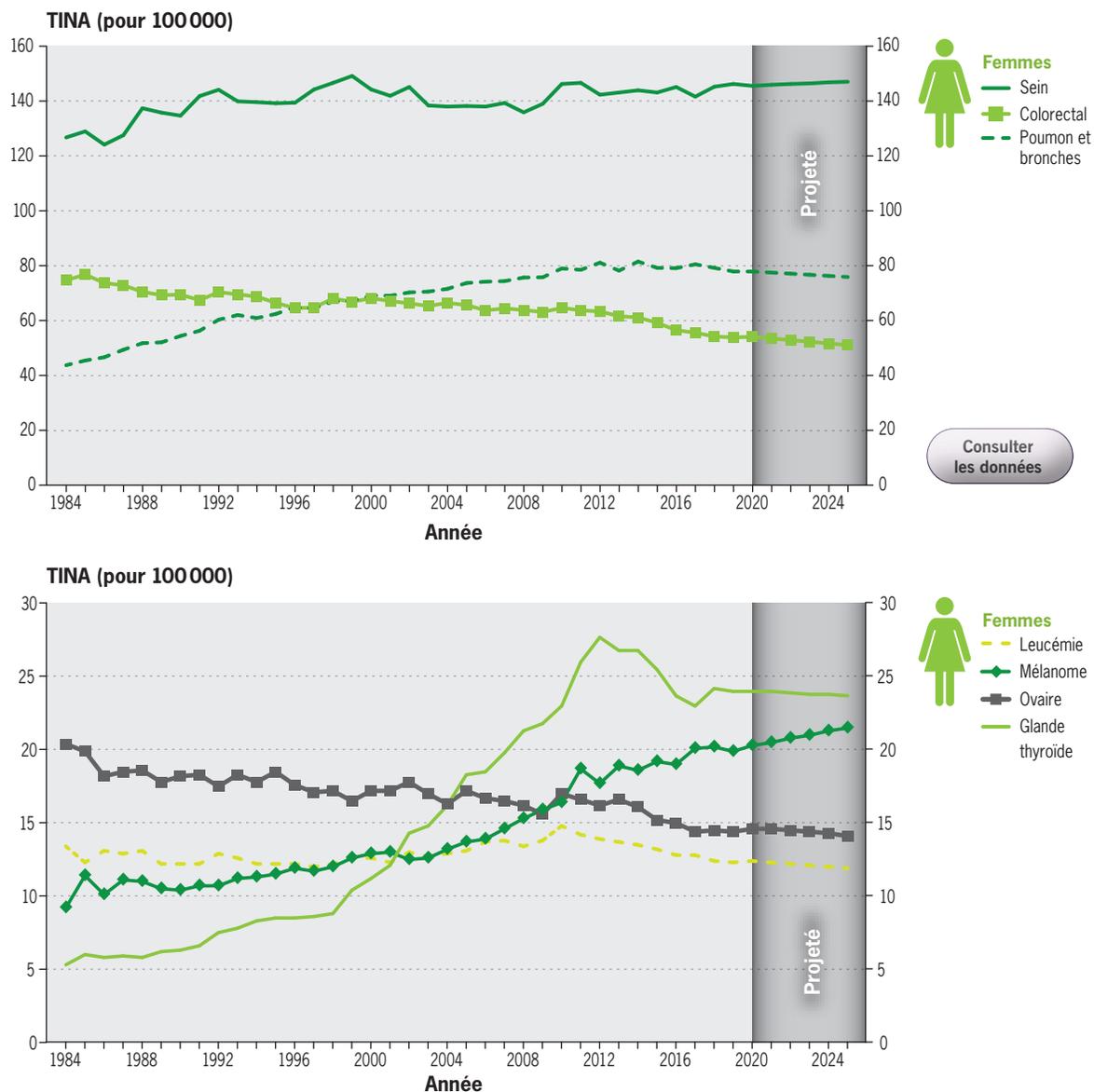
Le [tableau 1.6](#) fournit des détails sur les tendances entre 1984 et 2021 pour chaque type de cancer, selon le sexe, mesurées par variation annuelle en pourcentage (VAP). Le [tableau 1.7](#) présente les tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées à la [figure 1.7](#).

- Chez les hommes, les baisses les plus importantes et les plus récentes des taux d'incidence ont été observées pour le cancer du poumon (-3,3 % par année depuis 2014), le cancer colorectal (-2,9 % par année depuis 2011), la leucémie (-2,1 % par année depuis 2011) et les cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques (-2,0 % par année depuis 2015).
- Chez les femmes, les baisses les plus importantes et les plus récentes des taux d'incidence ont été observées pour le cancer du poumon (-3,0 % par année depuis 2016), le cancer de la thyroïde (-2,8 % par année depuis 2012), le cancer colorectal (-2,2 % par année depuis 2012), la leucémie (-2,0 % par année depuis 2010) et le cancer de l'ovaire (-2,0 % par année depuis 2013).

* 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](#)).

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021. Les données d'incidence réelles étaient disponibles jusqu'en 2019 dans chaque province et territoire, à l'exception du Québec (2017 était la dernière année de données soumises au Registre canadien du cancer pour cette province au moment de l'analyse). Le nombre de cas projetés pour le Québec en 2018 et 2019 a été utilisé pour faciliter le calcul des estimations nationales pour ces années. Les estimations pour 2020-2025 sont des projections. Pour plus de détails, voir l'[annexe II : Source des données et méthodes](#). L'éventail des échelles varie considérablement d'une figure à l'autre. La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve au [tableau A1](#).

FIGURE 1.9 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains* cancers, femmes, Canada, 1984-2025



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

- Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus a cessé de diminuer après une longue période de déclin (1984-2005).
- L'augmentation significative la plus importante et la plus récente chez les hommes a été observée pour le lymphome hodgkinien (1,5 % par année depuis 2012). Chez les femmes, c'est le cancer du mélanome qui a le plus augmenté (2,1 % par an depuis 1994).
- Les tendances récentes montrent que le taux d'incidence des cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques a fortement augmenté chez les deux sexes depuis 1984, mais il s'est stabilisé chez les femmes depuis 2012 et a diminué de -2,0 % par année chez les hommes depuis 2015.

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 2021 de tous les cancers et par type de cancer.

- Chez les hommes, le taux global d'incidence du cancer a augmenté lentement jusqu'au début des années 1990 (1,0 % par année), puis s'est stabilisé (-0,2 % par année). Depuis 2011, le taux a diminué de -1,2 % par an.
- Chez les femmes, le taux global d'incidence du cancer a augmenté lentement entre 1984 et 2007 (0,3 % par année), puis plus fortement entre 2007 et 2012 (1,3 % par année). Depuis 2012, le taux d'incidence a légèrement diminué chez les femmes (-0,4 % par an).

Les [figures 1.8](#) et [1.9](#) montrent le TINA au fil du temps (projeté jusqu'en 2025) pour les cancers les

plus courants au Canada et les cancers qui ont connu une variation statistiquement significative de la VAP d'environ 2 % dans la tendance la plus récente : leucémie chez les deux sexes, cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques chez les hommes, et cancers 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.

Cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon)

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon a diminué depuis 1990. Depuis 2014, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes a diminué de -3,3 % par année, ce qui représente une baisse plus marquée que ce qui avait été signalé précédemment. En 2025, le taux d'incidence normalisé selon l'âge chez les hommes devrait être inférieur de 49 % à ce qu'il était en 1984. Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté considérablement entre 1984 et 2016, mais plus lentement au cours des années suivantes ([tableau 1.6](#)). Depuis 2016, le taux a diminué de -3,0 % par an. À l'heure actuelle, le taux d'incidence du cancer du poumon au Canada diminue plus rapidement que pour tout autre type de cancer signalé, et ce taux de déclin est similaire chez les hommes et les femmes.

Les différences historiques dans les tendances des taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes et les femmes correspondent aux différences passées relativement au tabagisme⁽⁶⁾. 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⁽⁷⁾. 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. D'autres pays à revenu élevé dotés de programmes de lutte contre le tabagisme, comme les États-Unis et le Royaume-Uni, signalent des tendances similaires^(8,9).

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus communément diagnostiqué au Canada. Des efforts continus pour réduire l'exposition aux facteurs de risque connus et émergents sont essentiels pour maintenir les progrès réalisés dans la réduction de l'incidence du cancer du poumon, comme il est mentionné au chapitre 4. Par exemple, environ 3,5 millions (11 %) de Canadiens âgés de 15 ans et plus continuent de fumer des cigarettes quotidiennement, ce qui souligne la nécessité de contrôler la consommation de tabac commercial⁽¹⁰⁻¹²⁾. De plus, l'augmentation de l'utilisation du vapotage ou de la cigarette électronique chez les jeunes et les jeunes adultes est une préoccupation croissante en matière de santé⁽¹³⁻¹⁸⁾, avec une forte proportion de jeunes et de jeunes adultes canadiens ayant déjà vapoté⁽¹⁹⁾. Bien qu'il n'y ait pas de données définitives, le vapotage ou l'utilisation de la cigarette électronique peut augmenter le risque de cancer du poumon⁽²⁰⁾. Cela s'explique par le fait que les cigarettes électroniques et les liquides de vapotage contiennent des cancérigènes déterminés et probables et produisent des matières particulaires (MP_{2,5}), qui sont un facteur de risque bien établi de cancer du poumon^(21,22). Il a également été démontré que l'exposition à long terme à des facteurs de risque environnementaux, notamment le radon, l'amiante, la pollution atmosphérique et l'arsenic dans l'eau potable des puits, augmente également le risque de cancer du poumon⁽²³⁻²⁸⁾. Le radon est un gaz naturellement radioactif qui peut se concentrer à des niveaux élevés et cancérigènes dans l'air

intérieur. C'est la deuxième cause de cancer du poumon (après le tabagisme) et la première cause de cancer du poumon chez les non-fumeurs^(23,29-31). Environ 25 % des cancers du poumon chez les non-fumeurs ont été attribués à l'exposition résidentielle au radon⁽³²⁾. L'exposition à long terme au radon augmente le risque de cancer du poumon et est connue pour augmenter encore plus le risque de cancer du poumon (c.-à-d. avoir un effet synergique) avec d'autres facteurs de risque, notamment le tabagisme et le vapotage^(22,31,33-35).



Les taux de cancer du poumon diminuent à la même vitesse chez les hommes et les femmes.

Cancer du sein (chez les femmes)

Au Canada, le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes a augmenté de 2,2 % par année jusqu'en 1991, puis a diminué de -0,3 % par année jusqu'en 2006. Depuis cette année, le taux a augmenté de 0,2 % par an. Des augmentations similaires des taux de cancer du sein ont été observées au cours des dernières années dans plusieurs autres régions du monde⁽³⁶⁻³⁸⁾. Les augmentations ont touché tous les groupes d'âge, mais les femmes de moins de 50 ans en particulier⁽³⁸⁾. Une étude récente portant sur les tendances selon l'âge confirme les augmentations annuelles plus importantes du taux d'incidence du cancer du sein chez les jeunes femmes au Canada⁽³⁹⁾. Chez les femmes dans la vingtaine, le taux a augmenté de 3,1 % par année entre 2001 et 2019; chez les femmes dans la trentaine, le taux

a augmenté de 1,3 % par année entre 2009 et 2019; et chez celles dans la quarantaine, le taux a augmenté de 0,8 % par année entre 2015 et 2019. Les facteurs à l'origine de ces tendances à la hausse n'ont pas encore été cernés. Cependant, la recherche suggère que l'obésité, la consommation d'alcool et les comportements sédentaires, qui ont tous augmenté à l'échelle mondiale, ainsi que l'âge tardif à la première naissance, pourraient être responsables de l'augmentation du taux d'incidence^(36,38,40).

Cancer colorectal

En moyenne, les taux d'incidence du cancer colorectal ont diminué de -1,1 % par an entre 1984 et 2021 pour les deux sexes confondus. Les taux ont légèrement fluctué au fil du temps. Cependant, depuis 2011, les taux d'incidence du cancer colorectal ont diminué de -2,9 % par année chez les hommes, et ils ont diminué de -2,2 % par année chez les femmes depuis 2012. La baisse récente des taux est probablement due en partie à l'augmentation du dépistage de la maladie, qui permet de déceler les polypes précancéreux traitables et de réduire l'incidence du cancer. Entre 2007 et 2016, le Yukon et toutes les provinces du Canada (sauf le Québec) ont mis en œuvre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal^(41,42). Cependant, la baisse des taux d'incidence du cancer colorectal pourrait se limiter aux personnes âgées admissibles au dépistage; les taux d'incidence augmenteraient chez les adultes de moins de 50 ans au Canada⁽⁴³⁻⁴⁵⁾, aux États-Unis⁽⁴⁶⁾ et dans plusieurs autres pays à revenu élevé^(47,48). L'augmentation signalée du risque de cancer colorectal chez les jeunes adultes peut représenter une augmentation des taux de mauvaise alimentation, de sédentarité et d'obésité chez les générations suivant celle des baby-boomers^(44,48).

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Alexis Juliao a reçu un diagnostic de cancer du côlon de stade I à l'âge de 35 ans, alors qu'elle était jeune maman. Son diagnostic a été un choc parce qu'elle n'avait pas d'antécédents familiaux de cancer.

« Il a peut-être été facile d'ignorer les saignements puisque je venais d'avoir un bébé, mais en travaillant dans le domaine des soins de santé, j'ai compris que ce que je vivais était anormal et j'avais des inquiétudes au sujet de mes symptômes. »

Cancer de la prostate

Le taux d'incidence du cancer de la prostate a augmenté rapidement de 1984 à 1993 (5,7 % par an), s'est stabilisé, puis a diminué fortement de 2008 à 2014 (-5,9 % 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⁽⁴⁹⁾. 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, chez les hommes asymptomatiques de tous âges en 2011, puis la prise de décision partagée avec un médecin pour les hommes âgés de 55 à 69 ans en 2018. Le Canada a publié des directives similaires en 2014^(50,51). Le déclin considérable du cancer de la prostate à la suite des changements dans les directives sur le test de l'APS a également été rapporté aux États-Unis^(9,52).

Cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques

Chez les hommes, le taux d'incidence des cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques a diminué de -2,0 % par année depuis 2015, après une augmentation soutenue et abrupte depuis 1984. Une diminution annuelle similaire du taux d'incidence ne s'est pas encore produite chez les femmes, bien que le taux se soit stabilisé depuis 2012. Des tendances similaires ont été signalées à l'échelle mondiale⁽⁶³⁾, bien que les dernières statistiques pour les États-Unis continuent de montrer une augmentation annuelle de 2,0 % du taux chez les femmes⁽⁹⁾. De plus, à l'aide de données désagrégées sur les cancers du foie et des voies biliaires intrahépatiques, une étude récente suggère que la baisse du taux de cancer du foie aux États-Unis pourrait être en grande partie attribuable à une diminution des cancers du foie à apparition précoce (lorsque la maladie se développe chez les personnes âgées de 20 à 49 ans)⁽⁶⁴⁾. Le type le plus courant de cancer du foie, le carcinome hépatocellulaire (CHC), a été associé à une infection virale chronique par les hépatites B et C, à une forte consommation d'alcool et à une stéatose hépatique non alcoolique⁽⁶³⁾. Le tabagisme et la consommation de céréales et de légumineuses contaminées par certaines moisissures qui produisent des aflatoxines augmentent également le risque de cancer du foie⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾. Selon les données de 2015, on estime qu'environ 24 % des cancers du foie diagnostiqués au Canada pourraient être attribuables au tabagisme; 23 % pourraient être attribuables à des infections virales à l'hépatite; 9 % pourraient être liés à l'excès de poids; et 4 % pourraient être attribuables à la consommation d'alcool⁽⁶⁸⁾.

Leucémie

Les tendances du taux d'incidence de la leucémie ont varié au cours de la période de 1984 à 2021. 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 -2,1 % 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 -2,0 % par an. Une tendance similaire du taux d'incidence de la leucémie a été signalée aux États-Unis^(9,59) 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^(60,61). 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)⁽⁶²⁾. 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^(60,63).

Mélanome

Entre 1984 et 2016, le taux d'incidence du mélanome a augmenté en moyenne de 2,5 % par année chez les hommes, mais il s'est stabilisé depuis. Chez les femmes, le mélanome continue d'avoir le taux d'incidence qui augmente le plus rapidement de tous les types de cancer signalés, augmentant de 2,1 % par année depuis 1994. Des tendances similaires sont signalées aux États-Unis^(9,64). À l'échelle mondiale, l'incidence du

mélanome parmi les cancers les plus rapides dans les pays développés^(9,64-66). Cependant, dans les pays où les taux de mélanome sont historiquement élevés, les tendances récentes ont été favorables chez les jeunes adultes âgés de 20 à 44 ans, un changement attribuable à un changement de mode de vie et à une sensibilisation accrue au cancer de la peau et à la façon de le prévenir⁽⁶⁷⁾. L'exposition aux rayons ultraviolets (UV) par la lumière du soleil, les lits de bronzage, les cabines de bronzage ou les lampes solaires est un facteur de risque bien établi de mélanome, en plus des coups de soleil et des dommages solaires cumulatifs⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾. Les augmentations passées de l'exposition au soleil sans protection solaire adéquate expliquent probablement l'augmentation continue des taux de mélanome à l'échelle mondiale⁽⁷¹⁾. Au Canada, il existe des variations géographiques notables dans l'incidence du mélanome et les taux de mortalité. La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont les taux les plus élevés, et on croit que l'exposition accrue au soleil plutôt que la faible sensibilisation ou l'utilisation moindre de la protection solaire dans ces provinces explique en partie cette tendance^(72,73). Ces provinces comptent également l'un des pourcentages les plus élevés de personnes ayant un type de peau I ou II sur l'échelle de Fitzpatrick (c.-à-d. que la peau brûle toujours ou facilement et ne bronze jamais ou bronze minimalement), qui présentent un risque plus élevé de mélanome.

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 2013. Depuis, il diminue (-2,0 % par an). En 2025, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) chez les hommes devrait être inférieur de 31 % à ce qu'il était lors de son pic en 1984. Une baisse similaire a

également été signalée dans la plupart des pays d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Amérique du Sud⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾. 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^(78,79), 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)^(74,75,80). Cependant, alors que les tendances mondiales globales sont à la baisse, le cancer de l'ovaire augmente chez les jeunes femmes dans certains pays^(76,81). La prévalence croissante de l'obésité, du syndrome métabolique, de l'exposition aux œstrogènes et de la nulliparité chez les jeunes femmes peut faire augmenter le taux dans certains pays^(75,76).

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 ont depuis diminué de -1,2 % par année chez les hommes et de -2,8 % par année chez les femmes. Ces tendances correspondent étroitement à celles observées aux États-Unis et dans le monde^(82,83). 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^(82,84). 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^(85,86). 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⁽⁸⁷⁾. 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)

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 prédéterminé. Elle s'exprime en pourcentage.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le tableau 1.6 présente également la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence du cancer de 1984 à 2021. 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 représentent pas nécessairement les tendances les plus récentes; il faut utiliser la VAP pour les tendances les plus récentes.

- Chez les hommes, le cancer de la thyroïde (3,5 %), le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques (3,0 %) et le mélanome (2,2 %) ont affiché la plus forte augmentation de la moyenne des VAMP de 1984 à 2021. Au cours de la même période, le cancer de l'estomac (-1,8 %) et le cancer du poumon (-1,8 %) ont affiché la plus forte baisse chez les VAMP. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'incidence de la VAP la plus récente montre que le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques diminue de -2,0 % par an depuis 2015, le cancer de la thyroïde diminue de -1,2 % depuis 2013 et le taux de mélanome s'est stabilisé depuis 2016 (0,2 % par année).
- Chez les femmes, le cancer de la thyroïde (3,6 %), le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques (3,2 %) et le mélanome (1,6 %) ont affiché les plus fortes augmentations de la VAMP de 1984 à 2021. Le cancer de l'estomac (-1,6 %) et le cancer du col de l'utérus (-1,4 %) ont affiché les plus fortes baisses au cours de la même période. Cependant, les tendances les plus récentes indiquent une baisse annuelle de -2,8 %

du cancer de la thyroïde chez les femmes depuis 2012 et une stabilisation du taux de cancer du foie et des canaux biliaires intrahépatiques depuis 2012. Contrairement aux hommes, le taux de mélanome a continué d'augmenter de 2,1 % par année depuis 1994 chez les femmes. Depuis le début des années 2000, les taux de cancer de l'estomac et du col de l'utérus se sont stabilisés chez les femmes.

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.

Selon les estimations, environ 42 % des Canadiens recevront un diagnostic de 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 2025 seulement, on prévoit que 254 800 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⁽⁸⁸⁾. Comme beaucoup d'autres pays développés, le Canada compte aujourd'hui une plus grande proportion d'aînés (personnes âgées de 65 ans ou plus) que jamais auparavant, et les aînés représentent le groupe d'âge dont la croissance est la plus rapide au Canada⁽⁸⁹⁾. 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⁽⁹⁰⁾. 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 20 et 59 ans, ce qui représente 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 de moins de 30 ans, mais ces cancers touchent de façon significative et durable les individus et leurs aidants naturels.

Les taux d'incidence du cancer varient d'une région à l'autre du pays. Ces données peuvent aider à orienter les efforts de dépistage et de soutien dans chaque secteur de compétence. 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.

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, la diminution de l'incidence du cancer du poumon représente probablement le succès de la lutte contre le tabagisme, et la baisse du cancer colorectal représente probablement, du moins en partie, la mise en œuvre réussie des programmes de dépistage. En revanche, il y a toujours des augmentations importantes de certains cancers, comme l'augmentation continue de l'incidence du mélanome chez les femmes. Il y a aussi des augmentations modérées, mais persistantes d'autres types de cancer, notamment les cancers du pancréas et de l'œsophage chez les hommes et le myélome multiple et le cancer de l'utérus chez les femmes. Cela souligne la nécessité d'efforts concertés pour atténuer ces augmentations.

Ressources supplémentaires

Le site cancer.ca/statistiques contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Il comprend ce qui suit :

- 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/dailyquotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=QSZbLKfa> (consulté en avril 2025).
- 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 2025).
- 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 2025).
- Statistics Canada [en ligne]. Population growth in Canada's rural areas, 2016 to 2021 Ottawa, ON: Statistics Canada; 2022. Accès : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-as/98-200-x2021002/98-200-x2021002-eng.cfm> (consulté en avril 2025).
- 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 2025).
- Huang J, Deng Y, Tin MS, Lok V, Ngai CH, Zhang L, et al. Distribution, risk factors, and temporal trends for lung cancer incidence and mortality: A global analysis. *Chest*. 2022;161(4):1101-11.
- Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(1):12-49.
- 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:S190-201.
- Fillon M. Tobacco control initiatives cut the number of lung cancer deaths in California by 28. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(2):83-5.
- Rey Brandariz J, Runggay H, Ayo-Yusuf O, Edwards R, Islami F, Liu S, et al. Estimated impact of a tobacco-elimination strategy on lung cancer mortality in 185 countries: A population-based birth-cohort simulation study. *Lancet Public Health*. 2024;9(10):e745-54.
- Besaratinia A, Tommasi S. Vaping: A growing global health concern. *EClinicalMedicine*. 2019;17:100208.
- 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):s161-6.
- World Health Organization [en ligne]. Electronic cigarette: Call to action. World Health Organization; 2023. Accès : <https://www.who.int/publications/m/item/electronic-cigarettes---call-to-action> (consulté en avril 2025).
- Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, East K. Use of disposable e-cigarettes among youth who vape in Canada, England and the United States: Repeat cross-sectional surveys, 2017-2023. *Addiction*. 2024;120(3):405-13.
- Limb M. BMA calls for action to curb «vaping epidemic.» *BMJ*. 2024;386:q1877.
- Tattan-Birch H, Brown J, Shahab L, Beard E, Jackson SE. Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: A repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023. *Lancet Reg Health Eur*. 2024;42:100924.
- Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2022 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2022. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2022.html> (consulté en avril 2025).
- 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.
- Ruprecht AA, De Marco C, Saffari A, Pozzi P, Mazza R, Veronese C, et al. Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes. *Aerosol Sci Technol*. 2017;51(6):674-84.
- Shehata SA, Toraih EA, Ismail EA, Hagrass AM, Elmorsy E, Fawzy MS. Vaping, environmental toxicants exposure, and lung cancer risk. *Cancers (Basel)*. 2023;15(18):4525.
- Gogna P, Narain TA, O'Sullivan DE, Villeneuve PJ, Demers PA, Hystad P, et al. Estimates of the current and future burden of lung cancer attributable to PM_{2.5} in Canada. *Prev Med*. 2019;122:91-9.
- Berg CD, Schiller JH, Boffetta P, Cai J, Conolly C, Kerpel-Fronius A, et al. Air pollution and lung cancer: A review by international association for the study of lung cancer early detection and screening committee. *J Thorac Oncol*. 2023;18(10):1277-89.
- Issanov A, Adewusi B, Saint-Jacques N, Dummer TJB. Arsenic in drinking water and lung cancer: A systematic review of 35 years of evidence. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2024;483:116808.
- Ramamoorthy T, Nath A, Singh S, Mathew S, Pant A, Sheela S, et al. Assessing the global impact of ambient air pollution on cancer incidence and mortality: A comprehensive meta-analysis. *JCO Glob Oncol*. 2024;10:e2300427.
- Villeneuve PJ, Parent ME, Harris SA, Johnson KC. Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Occupational exposure to asbestos and lung cancer in men: Evidence from a population-based case-control study in eight Canadian provinces. *BMC Cancer*. 2012;12:595.
- Zhang Z, Zhu D, Cui B, Ding R, Shi X, He P. Association between particulate matter air pollution and lung cancer. *Thorax*. 2020;75(1):85-7.
- Lorenzo-Gonzalez M, Ruano-Ravina A, Torres-Duran M, Kelsey KT, Provencio M, Parente-Lamelas I, et al. Lung cancer and residential radon in never-smokers: A pooling study in the northwest of Spain. *Environ Res*. 2019;172:713-8.
- Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2021;25(1):45-52.
- Urrutia-Pereira M, Chatkin JM, Chong-Neto HJ, Solé D. Radon exposure: A major cause of lung cancer in non-smokers. *J Bras Pneumol*. 2023;49(6):e20230210.
- Grundy A, Brand K, Khandwala F, Poirier A, Tamminen S, Friedenreich CM, et al. Lung cancer incidence attributable to residential radon exposure in Alberta in 2012. *CMAJ Open*. 2017;5(2):E529-34.
- Trassiera CV F, Cardellini F, Buonanno G, De Felice P. On the interaction between radon progeny and particles generated by electronic and traditional cigarettes. *Atmos Environ*. 2015(106):442-50.
- Mema SC, Baytalan G. Radon and lung cancer risk. *CMAJ*. 2023;195(24):E850.
- Riudavets M, Garcia de Herreros M, Besse B, Mezquita L. Radon and lung cancer: Current trends and future perspectives. *Cancers (Basel)*. 2022;14(13):3142.
- Kronin 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):4251-84.
- 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):43-7.
- Lima SM, Kehm RD, Terry MB. Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *EClinicalMedicine*. 2021;38:100985.
- Seely JM, Ellison LF, Billette JM, Zhang SX, Wilkinson AN. Incidence of breast cancer in younger women: A Canadian trend analysis. *Can Assoc Radiol J*. 2024;75(4):847-54.
- Pfeiffer RM, Webb-Vargas Y, Wheeler W, Gail MH. Proportion of U.S. Trends in breast cancer incidence attributable to long-term changes in risk factor distributions. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2018;27(10):1214-22.
- 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 2025).
- BC Cancer Registry [en ligne]. Age-standardized cancer incidence rates, relative to 1970, British Columbia, 1970-2016: Colorectal. Vancouver, BC: BC Cancer Agency; 2019. Accès : http://www.bccancer.bc.ca/statistics-and-reports-site/Documents/2019_Colorectal_inc_trend_1970_2016_20190208.pdf (consulté en avril 2025).
- 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;105:345-9.
- Brenner DR, Heer E, Sutherland RL, Ruan Y, Timmouth 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.
- Heer E, Ruan Y, Warkentin MT, Hilsden RJ, Rabeneck L, O'Sullivan DE, et al. Age-specific colorectal cancer incidence trends in Canada, 1971-2021. *Cancer Epidemiol*. 2024;92:102640.
- Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(3):233-54.
- 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):511-8.
- Sung H, Siegel RL, Laversanne M, Jiang C, Morgan E, Zahwe M, et al. Colorectal cancer incidence trends in younger versus older adults: An analysis of population-based cancer registry data. *Lancet Oncol*. 2025;26(1):51-63.
- LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. Recent trends in prostate cancer in Canada. *Health Rep*. 2019;30(4):12-7.
- Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ*. 2014;186(16):1225-34.
- US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;319(18):1901-1913.
- 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):2225-49.
- Guo Q, Zhu X, Beeraka NM, Zhao R, Li S, Li F, et al. Projected epidemiological trends and burden of liver cancer by 2040 based on GDP, C15 Plus, and WHO data. *Sci Rep*. 2024;14(1):28131.
- Hsieh MC, Ratnapradipa KL, Rozek L, Wen S, Chiu YW, Peters ES. Temporal trends and patterns for early- and late-onset adult liver cancer incidence vary by race/ethnicity, subsite, and histologic type in the United States from 2000 to 2019. *Cancer Causes Control*. 2025.
- Jain D, Chaudhary P, Varshney N, Bin Razzak KS, Verma D, Khan Zahra TR, et al. Tobacco smoking and liver cancer risk: Potential avenues for carcinogenesis. *J Oncol*. 2021;2021:5905357.
- Yoo JY, Park MY, Cho EJ, Yu SJ, Kim SG, Kim YJ, et al. Smoking increases the risk of hepatocellular carcinoma and cardiovascular disease in patients with metabolic-associated fatty liver disease. *J Clin Med*. 2023;12(9):3336.
- Société canadienne du cancer [en ligne]. Risques de cancer du foie. Toronto, ON: Canadian Cancer Society. Accès : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/liver/risks> (consulté en avril 2025).
- 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.
- 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. *Cancer*. 2021;128(8):2326-35.

60. Dong Y, Shi O, 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;9:14.
61. 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.
62. 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;2022:1612702.
63. 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-politiquespratiques/vol-35-no-1-2015/supplement/page-17.html> (consulté en avril 2025)
64. National Cancer Institute [en ligne]. Cancer Stat Facts: Melanoma of the skin 2022. Bethesda, MD; 2022. Accès : <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html> (consulté en avril 2025).
65. Raimondi S, Suppa M, Gandini S. Melanoma epidemiology and sun exposure. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(11):adv00136.
66. Saginala K, Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of melanoma. *Med Sci (Basel)*. 2021;9(4):63.
67. De Pinto G, Mignozzi S, La Vecchia C, Levi F, Negri E, Santucci C. Global trends in cutaneous malignant melanoma incidence and mortality. *Melanoma Res*. 2024;34(3):265–75.
68. World Health Organization [en ligne]. Artificial tanning sunbeds: Risks and guidance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Accès : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42746/9241590807.pdf?sequence=1> (consulté en avril 2025).
69. IARC Working Group on Risk of Skin Cancer and Exposure to Artificial Ultraviolet Light [en ligne]. Exposure to artificial UV radiation and skin cancer. World Health Organization: Lyon, France; 2006. 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 2025).
70. Wunderlich K, Suppa M, Gandini S, Lipski J, White JM, Del Marmol V. Risk factors and innovations in risk assessment for melanoma, basal cell carcinoma, and squamous cell carcinoma. *Cancers (Basel)*. 2024;16(5):1016.
71. 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.
72. 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.
73. Lagacé F, Noorah BN, Conte S, Mija LA, Chang J, Cattelan L, et al. Assessing skin cancer risk factors, sun safety behaviors and melanoma concern in atlantic Canada: A comprehensive survey study. *Cancers (Basel)*. 2023;15(15):3753.
74. 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.
75. 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):749–58.
76. Huang J, Pang WS, Lok V, Zhang L, Lucero-Prisno 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.
77. Phung MT, Pearce CL, Meza R, Jeon J. Trends of ovarian cancer incidence by histotype and race/ethnicity in the United States 1992–2019. *Cancer Res Commun*. 2023;3(1):1–8.
78. 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):848–53.
79. 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):587–95.
80. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: Epidemiology and risk factors. *Int J Womens Health*. 2019; 11:287–99.
81. Huang Z, Wang J, Liu H, Wang B, Qi M, Lyu Z, et al. Global trends in adolescent and young adult female cancer burden, 1990–2021: Insights from the global burden of disease study. *ESMO Open*. 2024;9(11):103958.
82. 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):225–34.
83. Wang C, Wu Z, Lei L, Dong X, Cao W, Luo Z, et al. Geographic disparities in trends of thyroid cancer incidence and mortality from 1990 to 2019 and a projection to 2030 across income-classified countries and territories. *J Glob Health*. 2023;13:04108.
84. 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):1127–36.
85. 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.
86. Topstad D, Dickinson JA. Thyroid cancer incidence in Canada: A national cancer registry analysis. *CMAJ Open*. 2017;5(3):E612–6.
87. 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):1338–48.
88. 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 2025).
89. 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).
90. 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 2025).

TABLEAU 1.1 Probabilité à vie de développer un cancer, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse*), 2021

	Probabilité à vie d'être atteint d'un cancer					
	%			Une personne sur :		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les autres cancers†	42.0	41.7	42.3	2.4	2.4	2.4
Poumon et bronches	6.1	6.0	6.3	16	17	16
Sein	6.3	0.1	12.6	16	812	8
Prostate	—	11.6	—	—	9	—
Colorectal	5.5	5.8	5.3	18	17	19
Vessie	2.8	4.2	1.3	36	24	75
Lymphome non hodgkinien	2.4	2.7	2.1	41	37	47
Mélanome	2.2	2.4	2.0	45	41	51
Rein et bassinnet du rein	1.5	2.0	1.1	65	51	93
Utérus (corps, SAI)	—	—	3.4	—	—	29
Tête et cou	1.6	2.2	1.0	63	46	101
Pancréas	1.6	1.6	1.5	65	62	67
Glande thyroïde	1.1	0.6	1.6	91	157	64
Leucémie	1.4	1.7	1.2	69	59	85
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	0.8	1.1	0.6	119	91	176
Myélome	0.9	1.0	0.8	112	103	123
Estomac	1.0	1.2	0.8	100	81	132
Encéphale et autre système nerveux	0.6	0.7	0.6	155	137	177
Ovaire	—	—	1.3	—	—	78
Œsophage	0.6	0.9	0.3	167	112	331
Tissus mous (y compris le cœur)	0.4	0.4	0.3	280	249	320
Col de l'utérus	—	—	0.6	—	—	159
Testicule	—	0.4	—	—	230	—
Lymphome de Hodgkin	0.2	0.3	0.2	438	395	495

— Sans objet; SAI = sans autre indication

* Le Québec et la Nouvelle Écosse sont exclus car les cas diagnostiqués au Québec depuis 2018 et en Nouvelle Écosse en 2020 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 et de mortalité par cancer selon l'âge, le sexe et le cancer pour le Canada, à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse en 2021. Les données sur la mortalité au Yukon ont été imputées. Pour plus de détails, voir l'annexe II : Sources de données et méthodes. La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve dans le [tableau A1](#). L'ordre des types de cancer reflète l'ordre des cas incidents projetés en 2025 (tableau 1.2) pour les deux sexes combinés. Les estimations « une personne sur » sont fondées sur des probabilités non arrondies.

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 projetés et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2025

	Nouveaux cas (estimations pour 2025)			Cas pour 100 000		
	Total [†]	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers[†]	254,800	131,800	122,900	603.5	663.6	557.4
Poumon et bronches	32,900	15,400	17,500	76.3	77.2	76.3
Sein	31,900	290	31,600	77.0	1.5	147.1
Prostate	30,400	30,400	—	—	152.2	—
Colorectal	26,400	14,700	11,700	62.2	74.1	51.6
Vessie	12,600	9,500	3,100	29.2	48.0	13.4
Lymphome non hodgkinien	12,000	6,800	5,200	28.3	34.2	23.2
Mélanome	10,800	6,100	4,700	25.6	30.8	21.5
Rein et bassinnet du rein	9,100	6,000	3,100	21.9	30.4	14.1
Utérus (corps, SAI)	8,600	—	8,600	—	—	40.6
Tête et cou	8,100	5,800	2,300	19.5	29.5	10.4
Pancréas	7,100	3,800	3,400	16.7	19.0	14.6
Glande thyroïde	6,900	2,000	4,900	16.9	10.0	23.7
Leucémie	6,800	4,200	2,700	16.1	21.1	11.9
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	4,800	3,300	1,500	11.3	16.4	6.6
Estomac	4,300	2,500	1,800	10.0	12.6	7.9
Myélome multiple	4,100	2,700	1,450	9.6	13.4	6.3
Encéphale et autre système nerveux	3,300	1,950	1,400	8.0	9.7	6.5
Ovaire	3,100	—	3,100	—	—	14.1
Œsophage	2,800	2,100	640	6.5	10.6	2.8
Tissus mous (y compris le cœur)	1,700	950	750	4.1	4.8	3.5
Col de l'utérus	1,650	—	1,650	—	—	8.0
Testicule	1,300	1,300	—	—	6.4	—
Lymphome de Hodgkin	1,150	650	530	2.9	3.2	2.5
Tous les autres cancers	23,000	11,400	11,500	53.7	58.4	50.7

— Sans objet; 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 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 2021](#). 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 Nouveaux cas projetés pour les cancers les plus courants, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2025

Âge	Tous les cancers*			Poumon et bronches			Sein	Colorectal			Prostate
	Les deux sexes [†]	Hommes	Femmes	Les deux sexes [†]	Hommes	Femmes	Femmes	Les deux sexes [†]	Hommes	Femmes	Hommes
Tous les âges	254,800	131,800	122,900	32,900	15,400	17,500	31,600	26,400	14,700	11,700	30,400
0-14	1,000	540	450	—	—	—	—	5	—	5	—
15-29	3,000	1,450	1,600	15	10	10	160	260	110	150	—
30-39	6,700	2,400	4,300	100	40	65	1,400	500	260	250	10
40-49	14,300	4,900	9,400	490	190	300	3,900	1,300	690	630	360
50-59	30,900	14,100	16,800	2,000	950	1,100	5,800	3,200	1,850	1,350	3,400
60-69	69,200	37,800	31,400	9,200	4,100	5,100	8,500	6,500	3,900	2,500	11,600
70-79	77,300	43,100	34,200	12,400	6,000	6,400	7,600	8,200	4,700	3,400	10,500
80-89	42,200	22,800	19,400	7,200	3,500	3,700	3,400	5,200	2,700	2,500	3,700
90+	10,100	4,800	5,400	1,500	670	830	870	1,250	490	750	720
0-19	1,550	840	700	—	—	—	—	35	15	20	—
50-74	140,200	74,400	65,700	17,400	8,000	9,300	18,400	13,800	8,200	5,600	21,100
65+	168,400	92,400	76,000	26,600	12,600	14,000	16,200	18,200	10,100	8,100	21,800

— Moins de 3 cas.

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

† Les nombres ayant été arrondis, leur somme pour les deux sexes pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. 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 pour certains cancers, par sexe et province, Canada, en 2025

	Cas pour 100 000										
	CA*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers[†]	663.6	617.8	638.2	605.7	640.4	652.5	727.4	632.6	670.1	675.5	676.8
Prostate	152.2	145.4	166.2	139.4	160.3	142.6	169.7	137.0	137.4	148.0	153.3
Poumon et bronches	77.2	62.3	67.8	67.4	64.8	63.6	109.5	92.5	90.2	95.7	85.8
Colorectal	74.1	74.8	64.0	67.5	71.2	67.2	85.4	73.6	76.9	85.7	116.8
Vessie	48.0	48.3	49.5	53.3	44.6	47.5	48.1	47.4	47.9	47.1	47.7
Lymphome non hodgkinien	34.2	27.9	28.2	27.7	29.7	36.6	38.7	30.2	31.7	26.2	35.6
Mélanome	30.8	27.9	33.1	21.5	38.2	34.8	24.9	24.5	43.7	44.3	25.7
Rein et bassinnet du rein	30.4	26.7	30.2	33.3	30.4	29.6	32.6	30.5	37.7	29.4	36.1
Tête et cou	29.5	31.2	23.3	23.6	27.9	29.4	32.1	28.2	27.9	33.5	31.0
Leucémie	21.1	19.9	21.4	26.4	16.4	21.6	21.3	24.3	19.9	17.1	13.5
Pancréas	19.0	21.8	18.5	19.1	18.4	18.3	19.1	21.0	18.6	18.6	12.8
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	16.4	22.2	17.6	14.4	17.1	14.9	16.0	10.6	16.7	13.4	10.0
Estomac	13.4	10.2	12.8	13.3	13.7	16.0	11.7	13.0	10.5	15.7	15.8
Myélome	12.6	11.6	11.1	11.9	13.7	13.4	13.2	9.5	9.8	12.6	8.3
Œsophage	10.6	13.2	11.0	12.2	10.5	10.0	8.8	10.8	17.8	13.4	13.8
Glande thyroïde	10.0	5.5	10.2	7.6	9.6	12.4	9.7	8.0	7.4	5.8	10.8
Encéphale et autre système nerveux	9.7	9.8	9.7	9.1	9.1	9.3	10.4	9.4	9.9	10.1	10.3
Testicule	6.4	6.2	6.2	5.6	6.4	6.9	6.3	7.2	5.6	4.1	4.6
Tissus mous (y compris le cœur)	4.8	4.3	4.6	4.0	4.7	5.6	4.2	3.8	4.1	5.3	3.4
Lymphome de Hodgkin	3.2	2.7	3.0	2.7	3.3	3.2	3.7	3.4	3.4	4.3	2.8
Sein	1.5	1.2	1.1	1.3	1.0	1.5	1.7	1.4	2.1	—	1.6
Femmes											
Tous les cancers[†]	557.4	484.3	539.0	509.2	524.7	558.9	618.4	518.4	575.5	518.2	600.4
Sein	147.1	133.4	156.2	134.2	130.3	143.3	166.1	125.5	134.2	137.6	152.1
Poumon et bronches	76.3	63.6	66.7	82.0	71.4	64.3	105.1	80.1	91.5	72.3	89.9
Colorectal	51.6	52.9	47.7	42.6	53.2	45.3	59.3	54.3	66.8	56.1	71.4
Utérus (corps, SAI)	40.6	32.4	39.2	42.8	50.9	46.5	35.6	37.1	37.1	35.5	48.1
Lymphome non hodgkinien	23.2	18.3	19.7	22.9	21.3	25.1	25.2	23.0	23.1	21.0	22.7
Glande thyroïde	23.7	13.1	21.3	16.6	16.3	27.2	29.0	17.9	16.9	8.8	32.0
Mélanome	21.5	17.0	24.7	17.0	21.9	23.7	18.2	21.5	34.9	38.3	20.8
Pancréas	14.6	15.1	15.0	13.9	14.6	13.8	15.9	14.8	14.2	13.1	12.0
Rein et bassinnet du rein	14.1	12.0	12.9	14.4	13.5	13.4	15.9	16.9	20.7	14.8	17.4
Vessie	13.4	13.3	12.7	10.6	12.0	12.1	16.2	13.6	14.8	13.4	19.2
Ovaire	14.1	11.5	11.0	12.6	10.9	17.1	13.3	14.5	13.0	14.6	11.9
Leucémie	11.9	10.4	12.5	14.9	10.3	11.7	12.6	15.2	11.2	12.3	10.4
Tête et cou	10.4	9.3	8.9	7.6	10.9	10.7	11.7	10.8	9.6	12.5	8.1
Myélome	7.9	6.9	6.1	6.4	6.4	9.3	8.0	6.4	5.9	6.6	6.1
Col de l'utérus	8.0	7.5	8.5	10.1	7.0	8.3	7.8	7.8	8.0	9.4	10.2
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	6.6	7.7	8.1	5.4	7.9	5.7	7.2	4.7	6.5	3.8	8.2
Estomac	6.3	4.8	5.6	4.9	5.8	7.5	5.8	6.5	4.7	4.8	10.5
Encéphale et autre système nerveux	6.5	5.4	6.4	6.5	6.5	6.2	7.5	6.5	6.9	5.0	7.5
Tissus mous (y compris le cœur)	3.5	3.0	2.9	2.9	2.9	4.4	2.9	3.1	2.9	—	1.9
Œsophage	2.8	3.4	2.6	1.8	2.4	2.8	2.6	2.6	4.4	3.1	2.8
Lymphome de Hodgkin	2.5	2.1	2.2	2.0	2.6	2.6	3.3	2.1	2.2	—	2.6

— Taux d'incidence projeté basé sur moins de trois cas; 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 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 standard de 2021. 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 Nouveaux cas projetés pour certains cancers, par sexe et par province, Canada, 2025

	CA*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers†	131,800	17,800	12,700	3,400	4,100	49,300	34,800	3,000	3,900	600	2,200
Prostate	30,400	4,200	3,300	780	1,000	10,800	8,100	660	810	130	510
Poumon et bronches	15,400	1,800	1,300	370	410	4,800	5,300	450	530	85	290
Colorectal	14,700	2,100	1,300	370	450	5,100	4,100	350	440	75	380
Vessie	9,500	1,400	940	290	280	3,600	2,300	230	280	40	160
Lymphome non hodgkinien	6,800	800	570	160	190	2,800	1,850	140	180	25	110
Mélanome	6,100	800	660	120	240	2,600	1,200	110	250	40	80
Rein et bassinnet du rein	6,000	760	620	190	200	2,200	1,550	140	210	25	120
Tête et cou	5,800	890	470	130	180	2,200	1,500	130	160	30	100
Leucémie	4,200	570	420	150	110	1,650	1,000	120	110	15	40
Pancréas	3,800	630	360	110	120	1,400	920	100	110	15	40
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	3,300	640	350	80	110	1,100	770	50	100	10	35
Estomac	2,700	290	250	75	85	1,200	560	60	60	15	50
Myélome	2,500	340	220	65	85	1,000	640	45	55	10	25
Œsophage	2,100	380	220	70	65	750	420	50	100	10	45
Glande thyroïde	2,000	160	230	45	65	950	450	35	40	5	30
Encéphale et autre système nerveux	1,950	280	210	55	60	710	480	45	55	10	30
Testicule	1,300	180	160	35	45	570	270	25	30	5	10
Tissus mous (y compris le cœur)	950	120	95	20	30	420	200	15	20	5	10
Lymphome de Hodgkin	650	75	70	15	25	250	170	15	20	5	10
Sein	290	35	20	5	5	120	85	5	10	—	5
Femmes											
Tous les cancers†	122,900	15,500	11,900	3,100	3,700	47,800	31,800	2,600	3,700	520	2,100
Sein	31,600	4,200	3,500	790	910	12,000	8,200	620	830	140	510
Poumon et bronches	17,500	2,100	1,450	510	520	5,700	5,700	430	630	75	330
Colorectal	11,700	1,750	1,050	260	380	3,900	3,200	290	450	60	250
Utérus (corps, SAI)	8,600	1,000	840	250	350	3,800	1,750	180	230	35	160
Lymphome non hodgkinien	5,200	590	430	140	150	2,200	1,350	120	150	20	80
Glande thyroïde	4,900	390	490	95	110	2,200	1,300	80	95	10	95
Mélanome	4,700	540	550	100	160	2,000	900	100	210	35	65
Pancréas	3,400	500	330	85	110	1,250	880	80	95	15	45
Rein et bassinnet du rein	3,100	380	280	85	95	1,150	810	85	130	15	60
Vessie	3,100	440	280	65	85	1,100	870	75	100	15	70
Ovaire	3,100	360	240	75	75	1,450	680	75	85	15	40
Leucémie	2,700	330	280	90	75	1,000	670	80	70	10	35
Tête et cou	2,300	290	200	45	80	910	590	55	60	10	25
Myélome multiple	1,800	230	130	40	45	820	430	35	40	5	20
Col de l'utérus	1,650	220	200	60	50	670	350	30	45	10	25
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	1,500	250	180	35	55	510	390	25	45	5	30
Estomac	1,450	160	120	30	40	660	320	35	30	5	35
Encéphale et autre système nerveux	1,400	170	150	40	45	520	370	30	40	5	25
Tissus mous (y compris le cœur)	750	90	65	20	20	370	140	15	15	—	5
Œsophage	640	110	55	10	20	240	140	15	30	5	10
Lymphome de Hodgkin	530	60	50	10	20	210	150	10	10	—	5

— Moins de 3 cas; 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. 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 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 Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux d'incidence normalisée selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse*), 1984 à 2021

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021
Tous les cancers [‡]	1984–2011	0.3 (0.2, 0.4)	0.04 (-0.0, 0.1)	1984–1992	1.0 (0.3, 2.5)	-0.2 (-0.3, -0.0)	1984–2007	0.3 (0.2, 0.4)	0.3 (0.2, 0.3)
	2011–2021	-0.7 (-1.2, -0.4)		1992–2011	-0.2 (-0.5, 0.0)		2007–2012	1.3 (0.7, 1.6)	
				2011–2021	-1.2 (-1.9, -0.8)		2012–2021	-0.4 (-0.8, -0.2)	
Poumon et bronches	1984–1988	1.1 (-0.2, 2.1)	-0.6 (-0.8, -0.5)	1984–1990	-0.6 (-1.2, 0.4)	-1.8 (-1.9, -1.7)	1984–1996	2.7 (2.3, 3.4)	0.9 (0.8, 1.0)
	1988–2016	-0.4 (-0.5, -0.3)		1990–2003	-2.1 (-2.8, -1.9)		1996–2016	0.8 (0.6, 1.0)	
	2016–2021	-3.3 (-3.9, -2.4)		2003–2014	-1.1 (-1.4, -0.3)		2016–2021	-3.0 (-3.9, -2.0)	
				2014–2021	-3.3 (-4.0, -2.8)				
Sein	1984–1991	2.1 (1.1, 3.7)	0.2 (0.1, 0.4)	1984–2021	0.4 (0.1, 0.8)	0.4 (0.1, 0.8)	1984–1991	2.2 (1.2, 3.8)	0.4 (0.3, 0.6)
	1991–2006	-0.5 (-1.6, -0.2)					1991–2006	-0.3 (-1.4, -0.1)	
	2006–2021	0.1 (-0.1, 0.8)					2006–2021	0.2 (-0.0, 0.9)	
Prostate				1984–1993	5.7 (4.0, 9.0)	0.3 (0.0, 0.8)			
				1993–2008	-0.00 (-0.7, 0.8)				
				2008–2014	-5.9 (-7.9, -4.0)				
				2014–2021	-0.01 (-1.7, 2.5)				
Colorectal	1984–1995	-1.1 (-1.7, -0.9)	-1.1 (-1.2, -1.0)	1984–2011	-0.3 (-0.4, -0.2)	-1.0 (-1.1, -0.9)	1984–1995	-1.6 (-2.2, -1.3)	-1.1 (-1.2, -1.0)
	1995–2000	0.8 (-0.1, 1.3)		2011–2021	-2.9 (-3.5, -2.5)		1995–2000	0.8 (-0.2, 1.3)	
	2000–2012	-0.6 (-1.1, -0.3)					2000–2012	-0.7 (-1.2, -0.4)	
	2012–2021	-2.6 (-3.1, -2.3)					2012–2021	-2.2 (-2.8, -1.8)	
Vessie [§]	1984–2021	-0.9 (-1.2, -0.6)	-0.9 (-1.2, -0.6)	1984–2021	-1.0 (-1.3, -0.7)	-1.0 (-1.3, -0.7)	1984–2021	-0.8 (-1.1, -0.5)	-0.8 (-1.1, -0.5)
Lymphome non hodgkinien	1984–1997	1.8 (1.5, 2.6)	1.1 (1.0, 1.2)	1984–2016	1.4 (1.3, 1.6)	1.1 (1.0, 1.2)	1984–1989	3.2 (1.6, 5.2)	1.0 (0.8, 1.2)
	1997–2008	0.7 (-0.6, 1.0)		2016–2021	-0.9 (-1.9, 0.5)		1989–2016	1.1 (0.9, 1.2)	
	2008–2013	2.7 (1.7, 3.3)					2016–2021	-1.8 (-2.6, -0.6)	
	2013–2021	-0.6 (-1.3, -0.2)							
Mélanome	1984–2021	2.1 (2.0, 2.2)	2.1 (2.0, 2.2)	1984–2016	2.5 (2.4, 2.7)	2.2 (2.0, 2.4)	1984–1994	0.3 (-2.4, 1.5)	1.6 (1.4, 1.9)
				2016–2021	0.2 (-0.8, 1.8)		1994–2021	2.1 (1.9, 2.4)	
Rein et bassinot du rein	1984–1989	4.0 (2.2, 6.3)	1.2 (1.1, 1.4)	1984–1989	4.1 (1.8, 8.0)	1.3 (1.1, 1.7)	1984–2016	1.2 (1.0, 1.8)	0.8 (0.6, 1.2)
	1989–1998	-0.2 (-1.9, 0.5)		1989–2001	-0.1 (-2.6, 0.6)		2016–2021	-1.5 (-2.9, 0.8)	
	1998–2016	1.8 (1.7, 2.3)		2001–2016	2.2 (1.9, 4.1)				
	2016–2021	-0.9 (-1.6, 0.4)		2016–2021	-0.7 (-2.1, 0.9)				

Suite à la page suivante

TABLEAU 1.6 Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux d'incidence normalisée selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse*), 1984 à 2021

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021
Utérus (corps, SAI)							1984–1990	-1.4 (-2.9, -0.3)	0.7 (0.6, 0.8)
							1990–2005	0.3 (-0.1, 1.0)	
							2005–2011	3.2 (2.2, 4.1)	
							2011–2021	1.1 (0.5, 1.5)	
Tête et cou	1984–2004	-2.0 (-2.3, -1.7)	-0.8 (-0.9, -0.7)	1984–2004	-2.4 (-2.7, -2.2)	-1.1 (-1.2, -1.0)	1984–2004	-1.1 (-1.7, -0.8)	-0.4 (-0.6, -0.3)
	2004–2021	0.6 (0.3, 0.9)		2004–2021	0.5 (0.2, 0.9)		2004–2021	0.4 (-0.0, 1.2)	
Pancréas	1984–2000	-0.9 (-2.0, -0.3)	0.03 (-0.1, 0.1)	1984–2002	-1.4 (-1.9, -0.9)	0.04 (-0.1, 0.2)	1984–2006	-0.3 (-0.8, 0.1)	0.2 (-0.0, 0.3)
	2000–2008	0.4 (-1.1, 1.1)		2002–2021	1.4 (1.1, 1.8)		2006–2012	2.2 (-0.4, 3.3)	
	2008–2013	2.7 (1.5, 3.4)					2012–2021	-0.1 (-1.3, 0.8)	
	2013–2021	0.04 (-0.9, 0.5)							
Glande thyroïde	1984–1998	3.5 (2.3, 4.3)	3.5 (3.3, 3.8)	1984–1998	2.8 (-0.6, 4.3)	3.5 (3.1, 3.9)	1984–1998	3.8 (2.3, 4.7)	3.6 (3.4, 3.9)
	1998–2003	10.0 (7.5, 11.4)		1998–2013	6.8 (6.1, 8.7)		1998–2003	10.8 (8.0, 12.3)	
	2003–2013	5.7 (4.5, 6.4)		2013–2021	-1.2 (-2.8, 0.1)		2003–2012	6.0 (4.4, 6.8)	
	2013–2021	-3.0 (-3.9, -2.1)					2012–2021	-2.8 (-3.6, -2.0)	
Leucémie	1984–1997	-0.7 (-1.4, -0.2)	-0.2 (-0.4, -0.1)	1984–1997	-0.8 (-2.0, -0.2)	-0.3 (-0.5, -0.2)	1984–2001	-0.3 (-0.8, 0.0)	-0.2 (-0.3, -0.1)
	1997–2011	1.5 (1.1, 2.2)		1997–2011	1.4 (1.0, 2.6)		2001–2010	2.2 (1.5, 3.8)	
	2011–2021	-2.0 (-2.7, -1.5)		2011–2021	-2.1 (-2.9, -1.5)		2010–2021	-2.0 (-2.6, -1.5)	
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	1984–2007	3.4 (2.9, 3.8)	3.2 (3.0, 3.4)	1984–2004	3.4 (1.1, 4.0)	3.0 (2.7, 3.3)	1984–2007	2.7 (1.8, 3.4)	3.2 (2.8, 3.5)
	2007–2013	7.8 (6.0, 9.4)		2004–2015	5.1 (4.4, 7.3)		2007–2012	11.1 (7.2, 13.0)	
	2013–2021	-0.6 (-1.7, 0.3)		2015–2021	-2.0 (-4.0, -0.4)		2012–2021	-0.00 (-1.8, 1.2)	
Myélome	1984–2007	0.3 (-0.3, 0.6)	0.7 (0.5, 0.9)	1984–2008	0.3 (-0.4, 0.7)	0.7 (0.4, 0.9)	1984–2003	0.2 (-1.7, 0.7)	0.7 (0.5, 1.0)
	2007–2012	3.7 (1.5, 4.8)		2008–2013	4.5 (1.8, 5.8)		2003–2021	1.3 (0.9, 2.4)	
	2012–2021	0.2 (-1.2, 1.0)		2013–2021	-0.4 (-2.5, 0.8)				
Estomac	1984–2002	-2.6 (-3.0, -2.3)	-1.7 (-1.8, -1.5)	1984–2002	-2.6 (-3.0, -2.3)	-1.8 (-1.9, -1.7)	1984–2002	-2.8 (-3.4, -2.4)	-1.6 (-1.8, -1.4)
	2002–2021	-0.7 (-1.0, -0.4)		2002–2021	-1.1 (-1.3, -0.7)		2002–2021	-0.4 (-0.8, 0.1)	
Encéphale et autre système nerveux	1984–2021	-0.4 (-0.5, -0.3)	-0.4 (-0.5, -0.3)	1984–2021	-0.3 (-0.4, -0.2)	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984–2021	-0.5 (-0.6, -0.3)	-0.5 (-0.6, -0.3)
Ovaire							1984–1996	-1.5 (-3.0, -0.9)	-1.0 (-1.2, -0.9)
							1996–2013	-0.3 (-0.5, 1.1)	
							2013–2021	-2.0 (-3.3, -1.2)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 1.6 Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux d'incidence normalisée selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse*), 1984 à 2021

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021	Période	VAP [†] (LC 95 %)	VAMP [†] (LC 95 %), 1984 à 2021
Œsophage	1984–2021	0.5 (0.3, 0.6)	0.5 (0.3, 0.6)	1984–2021	0.7 (0.5, 0.8)	0.7 (0.5, 0.8)	1984–2021	-0.3 (-0.5, -0.1)	-0.3 (-0.5, -0.1)
Tissus mous (y compris le cœur)	1984–2001	-0.1 (-1.7, 0.5)	0.7 (0.5, 0.9)	1984–2001	-0.1 (-1.6, 0.5)	0.7 (0.4, 0.9)	1984–2021	0.9 (0.7, 1.2)	0.9 (0.7, 1.2)
	2001–2006	4.4 (1.7, 5.7)		2001–2006	4.9 (2.0, 6.4)				
	2006–2021	0.4 (-0.6, 0.9)		2006–2021	0.1 (-0.8, 0.7)				
Col de l'utérus							1984–2005	-2.2 (-2.6, -1.9)	-1.4 (-1.5, -1.2)
							2005–2021	-0.3 (-0.8, 0.4)	
Testicule				1984–2021	1.3 (1.1, 1.5)	1.3 (1.1, 1.5)			
Lymphome de Hodgkin	1984–2013	-0.2 (-1.2, -0.0)	0.04 (-0.2, 0.2)	1984–2012	-0.5 (-1.0, -0.3)	-0.05 (-0.3, 0.2)	1984–2021	0.1 (-0.1, 0.3)	0.1 (-0.1, 0.3)
	2013–2021	1.0 (-0.0, 2.5)		2012–2021	1.5 (0.3, 3.4)				
Tous les autres cancers	1984–2021	0.6 (0.5, 0.7)	0.6 (0.5, 0.7)	1984–1992	2.1 (0.7, 5.5)	0.7 (0.4, 1.0)	1984–2021	0.8 (0.7, 0.9)	0.8 (0.7, 0.9)
				1992–2021	0.3 (-0.2, 0.5)				

LC = limites de confiance; SAI = sans autre indication

* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2018 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2021 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 calculés à l'aide du programme de régression Joinpoint où les données de 2020 sont supprimées en tant qu'anomalie et les taux sont standardisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021.

‡ 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 5.2.0.0) 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 Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse), 1984-2021

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP [†] (LC 95 %)	Année de référence	VAP [†] (LC 95 %)	Année de référence	VAP [†] (LC 95 %)
Tous les cancers‡	2011	-0.7 (-1.2, -0.4)	2011	-1.2 (-1.9, -0.8)	2012	-0.4 (-0.8, -0.2)
Poumon et bronches	2016	-3.3 (-3.9, -2.4)	2014	-3.3 (-4.0, -2.8)	2016	-3.0 (-3.9, -2.0)
Sein	2006	0.1 (-0.1, 0.8)	1984	0.4 (0.1, 0.8)	2006	0.2 (-0.0, 0.9)
Prostate	—	—	2014	-0.01 (-1.7, 2.5)	—	—
Colorectal	2012	-2.6 (-3.1, -2.3)	2011	-2.9 (-3.5, -2.5)	2012	-2.2 (-2.8, -1.8)
Vessie§	1984	-0.9 (-1.2, -0.6)	1984	-1.0 (-1.3, -0.7)	1984	-0.8 (-1.1, -0.5)
Lymphome non hodgkinien	2013	-0.6 (-1.3, -0.2)	2016	-0.9 (-1.9, 0.5)	2016	-1.8 (-2.6, -0.6)
Mélanome	1984	2.1 (2.0, 2.2)	2016	0.2 (-0.8, 1.8)	1994	2.1 (1.9, 2.4)
Rein et bassinnet du rein	2016	-0.9 (-1.6, 0.4)	2016	-0.7 (-2.1, 0.9)	2016	-1.5 (-2.9, 0.8)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2011	1.1 (0.5, 1.5)
Tête et cou	2004	0.6 (0.3, 0.9)	2004	0.5 (0.2, 0.9)	2004	0.4 (-0.0, 1.2)
Pancréas	2013	0.04 (-0.9, 0.5)	2002	1.4 (1.1, 1.8)	2012	-0.1 (-1.3, 0.8)
Glande thyroïde	2013	-3.0 (-3.9, -2.1)	2013	-1.2 (-2.8, 0.1)	2012	-2.8 (-3.6, -2.0)
Leucémie	2011	-2.0 (-2.7, -1.5)	2011	-2.1 (-2.9, -1.5)	2010	-2.0 (-2.6, -1.5)
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	2013	-0.6 (-1.7, 0.3)	2015	-2.0 (-4.0, -0.4)	2012	-0.00 (-1.8, 1.2)
Myélome	2012	0.2 (-1.2, 1.0)	2013	-0.4 (-2.5, 0.8)	2003	1.3 (0.9, 2.4)
Estomac	2002	-0.7 (-1.0, -0.4)	2002	-1.1 (-1.3, -0.7)	2002	-0.4 (-0.8, 0.1)
Encéphale et autre système nerveux	1984	-0.4 (-0.5, -0.3)	1984	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984	-0.5 (-0.6, -0.3)
Ovaire	—	—	—	—	2013	-2.0 (-3.3, -1.2)
Œsophage	1984	0.5 (0.3, 0.6)	1984	0.7 (0.5, 0.8)	1984	-0.3 (-0.5, -0.1)
Tissus mous (y compris le cœur)	2006	0.4 (-0.6, 0.9)	2006	0.1 (-0.8, 0.7)	1984	0.9 (0.7, 1.2)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2005	-0.3 (-0.8, 0.4)
Testicule	—	—	1984	1.3 (1.1, 1.5)	—	—
Lymphome de Hodgkin	2013	1.0 (-0.0, 2.5)	2012	1.5 (0.3, 3.4)	1984	0.1 (-0.1, 0.3)
Tous les autres cancers	1984	0.6 (0.5, 0.7)	1992	0.3 (-0.2, 0.5)	1984	0.8 (0.7, 0.9)

— Sans objet; LC = limites de confiance; SAI = sans autre indication

* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2018 n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer au moment des analyses. Les données de 2021 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, où les données de 2020 sont supprimées en tant qu'anomalies et les taux sont standardisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne standard de 2021](#). Si un ou plusieurs changements significatifs dans la tendance des taux sont détectés, la VAP reflète la tendance depuis le changement significatif le plus récent (année de référence) jusqu'en 2021. Sinon, la VAP reflète la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984-2021). 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 (version 5.2.0.0) 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](#).

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.

Cela reflète également les progrès réalisés dans la détection précoce des cancers et leur traitement efficace.

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.



On s'attend à ce qu'environ
1 Canadien sur 4 meure du cancer.

Principales constatations

- On estime que 22 % des personnes au Canada mourront du cancer. La probabilité à vie de mourir d'un cancer est légèrement plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (21 %).
- On estime que 87 400 personnes au Canada devraient mourir du cancer en 2025. Le cancer du poumon devrait être à l'origine d'environ 22 % des décès.
- Le cancer du pancréas continue de figurer en bonne place dans la mortalité par cancer. Pour les deux sexes combinés, il devrait être la troisième cause de décès par cancer en 2025 (derrière les cancers du poumon et colorectal, et devant les cancers du sein et de la prostate).
- La quasi-totalité des décès par cancer (plus de 95 %) 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 et du vieillissement démographiques.
- Au cours des dernières années, les taux de mortalité pour les cancers du poumon, colorectal et de la vessie ont diminué rapidement (plus de -3 % par année). De plus, les taux de mortalité liée à la leucémie diminuent de près de -3 % par année depuis 2017, qui fait suite à une longue période de déclin plus graduel.

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 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. 2022 pour la présente publication) 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 (23 %) 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 des hommes et des femmes ensemble, les personnes au Canada 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 41; 2,4 %) et du cancer du pancréas (un sur 68; 1,5 %).
- On s'attend à ce qu'un homme sur 34 (3,0 %) meure du cancer de la prostate.
- Une femme sur 35 (2,8 %) devrait mourir d'un cancer du sein.

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.

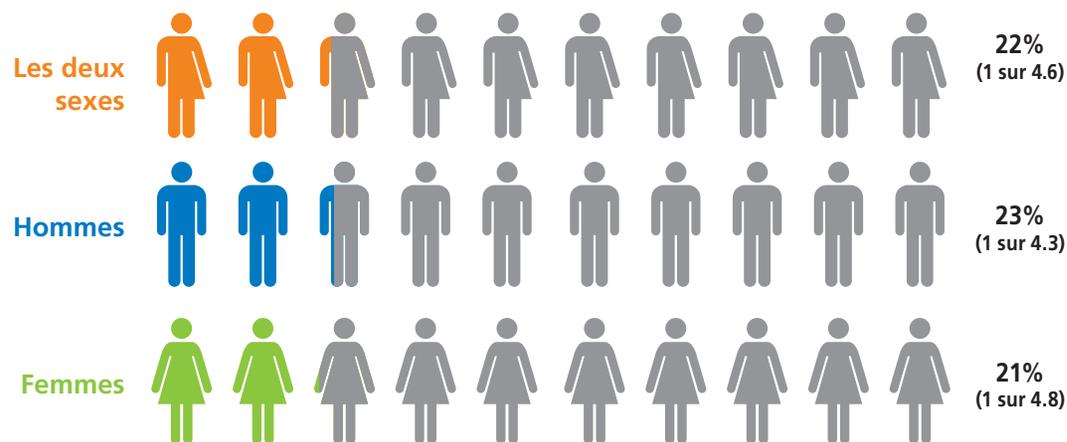
Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)

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.

FIGURE 2.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada*, 2022



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

* Les données sur la mortalité du Yukon ont été imputées

Nota : La probabilité de mourir d'un cancer est calculée en fonction des taux de mortalité selon l'âge, le sexe et la cause pour le Canada en 2022. Pour plus de détails, voir l'[annexe II : Sources de données et méthodes](#). La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve dans le [tableau A1](#).

Prévisions des décès par cancer en 2025

Les données sur la mortalité par cancer utilisées pour les projections dans cette publication vont de 1998 à 2022. 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 2025.

On estime que 87 400 Canadiens mourront du cancer en 2025 (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 22 % de tous les décès par cancer au Canada.
- Le cancer du poumon est suivi du cancer colorectal, qui représentera 10 % de tous les décès par cancer au Canada. Vient ensuite le cancer du pancréas, qui représentera 7 % des décès par cancer au Canada en 2025.
- 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 (52 %) de tous les décès par cancer au Canada.



Le cancer colorectal est responsable d'environ un décès par cancer sur dix au Canada.

FIGURE 2.2 Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2025



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.

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 le sexe

Le tableau 2.2 montre le nombre et le taux de décès par cancer prévus pour les hommes et les femmes en 2025.

- On s'attend à ce que plus d'hommes (46 700) que de femmes (40 700) meurent du cancer en 2025, avec 53 % de tous les décès par cancer devant survenir chez les hommes.
- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) chez les hommes (239,6 pour 100 000) devrait être supérieur d'environ 37 % à celui des femmes (174,3 pour 100 000).
- Pour chaque type de cancer, sauf le cancer du sein et du cancer de la glande thyroïde, le nombre de décès devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

La figure 2.2 montre la distribution prévue des décès par cancer chez les hommes et les femmes en 2025.

- Chez les hommes, le cancer du poumon devrait être la cause la plus fréquente de décès par cancer, représentant 22 % de l'ensemble des décès par cancer. Il est suivi par le cancer de la prostate (11 %) et le cancer colorectal (10 %).
- Chez les femmes, le cancer du poumon devrait être la principale cause de décès par cancer, représentant 23 % de l'ensemble des décès par cancer. Il est suivi par le cancer du sein (13 %) et le cancer colorectal (10 %).
- Le cancer du pancréas devrait être la quatrième cause de décès par cancer pour chaque sexe, représentant 7 % des décès par cancer chez les hommes et les femmes.

Mortalité selon l'âge

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

- Plus de 95 % 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, 81 % de tous les décès par cancer devraient survenir chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Quarante-trois pour cent de tous les décès par cancer surviendront chez les personnes âgées de 50 à 74 ans.
- Quarante 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)⁽¹⁾, tandis

que 4 % devraient survenir chez les Canadiens âgés de moins de 50 ans.

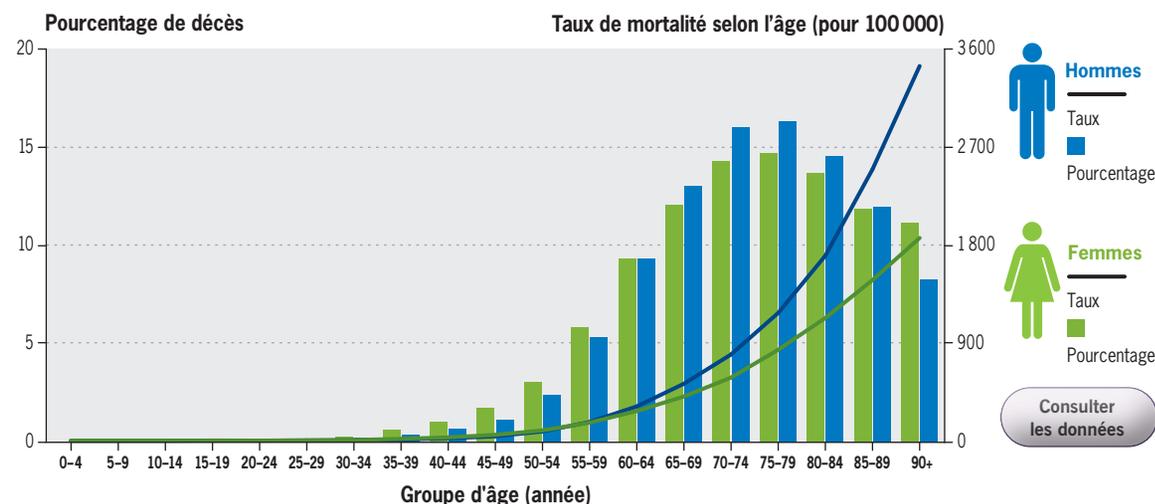
- Quarante pour cent des décès par cancer du sein devraient survenir chez les femmes situées dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage actuelles (50 à 74 ans)⁽²⁾, tandis que 6 % des décès par cancer du sein devraient survenir chez les femmes âgées de 40 à 49 ans et 2 % chez celles âgées de 15 à 39 ans.
- Quarante-vingt-quatorze 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)⁽³⁾.

- Quatre-vingt-onze pour cent des décès par cancer du pancréas devraient survenir chez les Canadiens âgés de 60 ans et plus.
- Quatre-vingt-quatorze pour cent des décès par cancer de la prostate devraient survenir chez les Canadiens âgés de 65 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.

FIGURE 2.3 Pourcentage de décès par cancer et taux de mortalité selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2020-2022



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

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Vincent Latreille a perdu trois membres de sa famille à cause du cancer. À 16 ans, il est devenu aidant naturel à temps plein de sa mère, qui vivait avec un cancer du poumon, et de sa grand-mère, qui avait un cancer du sein.

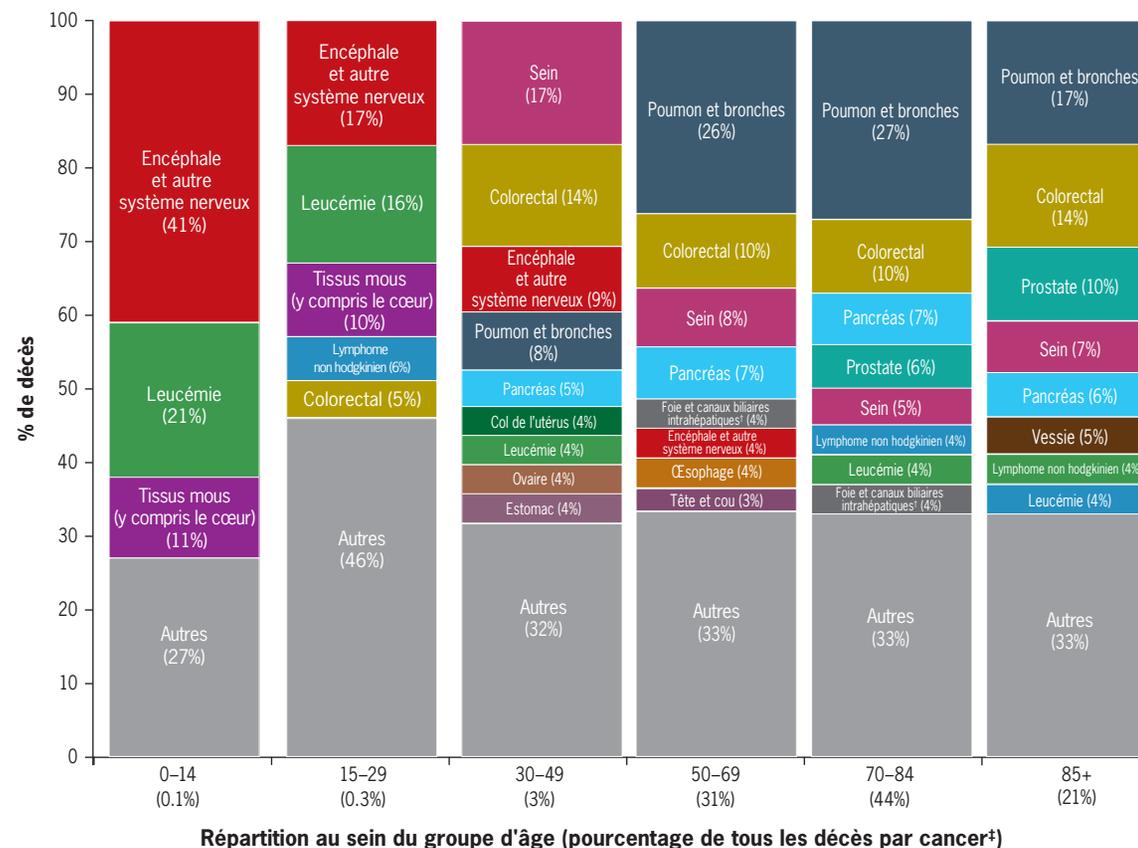
« Vous devez profiter du temps que vous passez avec vos proches et vous devez donner pour recevoir afin qu'aucun autre être cher ne meure du cancer », dit Vincent. « Parce que nous devons investir davantage dans la recherche. Dans 10 ans, la mère de quelqu'un d'autre pourrait survivre grâce à de nouveaux traitements découverts par la recherche. »

- 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.

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 des 0 à 14 ans, ces cancers représentent environ 73 % de tous les décès par cancer, mais ils ne représentent que 43 % de tous les décès par cancer dans le groupe d'âge des 15 à 29 ans, où un pourcentage plus élevé de décès était attribué à des cancers « adultes » (p. ex. colorectal).
- 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 cerveau (9 %) et le cancer du poumon (8 %) viennent ensuite par ordre, représentant 31 % 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 dans les groupes d'âge plus vieux; le cancer de la prostate apparaissant de manière plus marquée avec l'âge.

FIGURE 2.4 Distribution des décès pour certains cancers*, selon le groupe d'âge, Canada, 2018-2022



SN = système nerveux

* 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%.

† 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 (2018 à 2022) 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 du cancer dans l'ensemble du Canada en 2025. Ces estimations 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 taux de mortalité pour tous les cancers combinés sont généralement plus élevés dans l'Est et plus faibles dans l'Ouest.

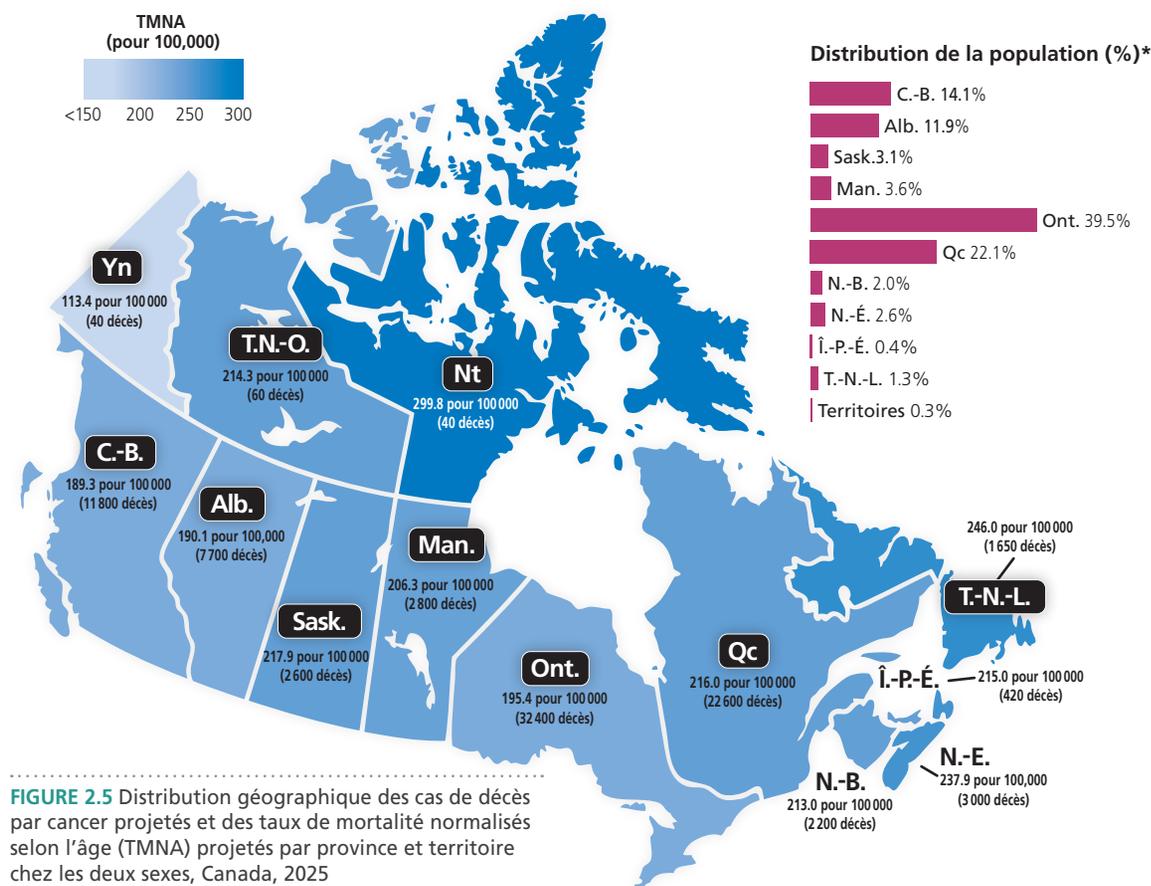


FIGURE 2.5 Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province et territoire chez les deux sexes, Canada, 2025

Les projections du TNMA (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. Cette tendance est également observée chez les femmes; cependant, la Saskatchewan devrait également avoir un taux élevé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes.

- Les taux de mortalité par cancer colorectal sont les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador chez les hommes et les femmes (48,1 pour 100 000 et 32,2 pour 100 000, respectivement). Terre-Neuve-et-Labrador a également un taux d'incidence élevé de cancer colorectal (tableau 1.4).
- Les taux de mortalité par cancer de l'estomac sont également les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador, tant chez les hommes (10,8 pour 100 000) que chez les femmes (4,2 pour 100 000).
- Les taux de mortalité par cancer de la prostate varient de 25,7 pour 100 000 au Québec et au Nouveau-Brunswick à 35,0 pour 100 000 en Saskatchewan.

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^(4,5).

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.

* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2025.

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021.

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 Statistics 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.

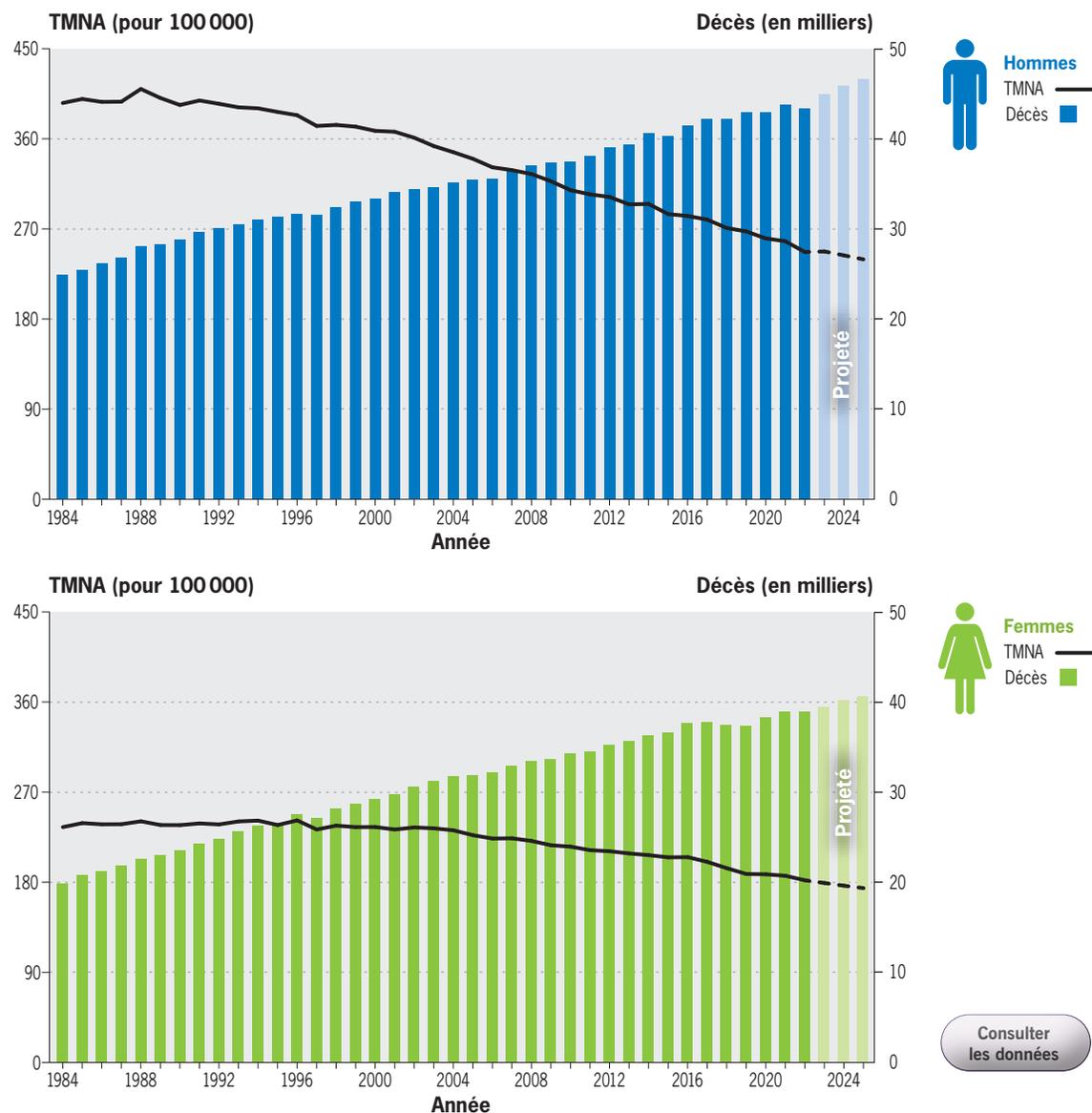
- Selon les estimations de 1984 à 2025, les taux de mortalité pour tous les cancers combinés ont diminué de 395,7 à 239,6 pour 100 000 chez les hommes, et de 235,2 à 174,3 pour 100 000 chez les femmes. Les taux de mortalité par cancer ont atteint un sommet à la fin des années 1980 chez les hommes et au milieu des années 1990 chez les femmes. Les taux ont depuis diminué de 42 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes.
- Au cours de la même période, le nombre de décès par cancer est passé de 24 900 en 1984 à 46 700 prévus chez les hommes, et de 19 900 à 40 700 prévus chez les femmes en 2025. Cette augmentation est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population canadienne⁽⁶⁻⁸⁾.



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.

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

FIGURE 2.6 Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2025



Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2022 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Yukon, pour lesquels

les données étaient disponibles jusqu'en 2016 et imputées de 2017 à 2022. Les estimations pour 2023-2025 ont été projetées. Pour plus de détails, voir l'[annexe II : Source des données et méthodes](#).

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).

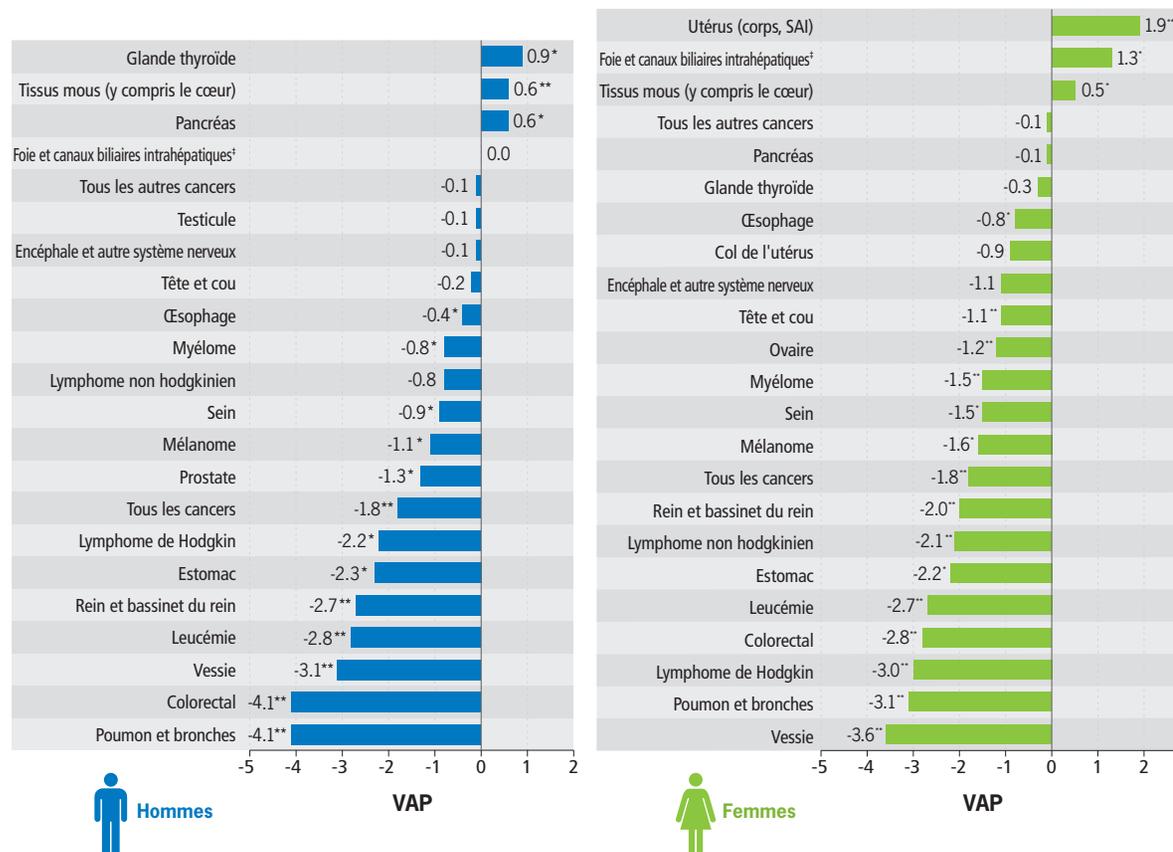
Signification statistique

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)[†] la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2022



SAI = sans autre indication

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

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

† 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 standard de 2021. 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 2022. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2022). 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 : 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

Tendances récentes

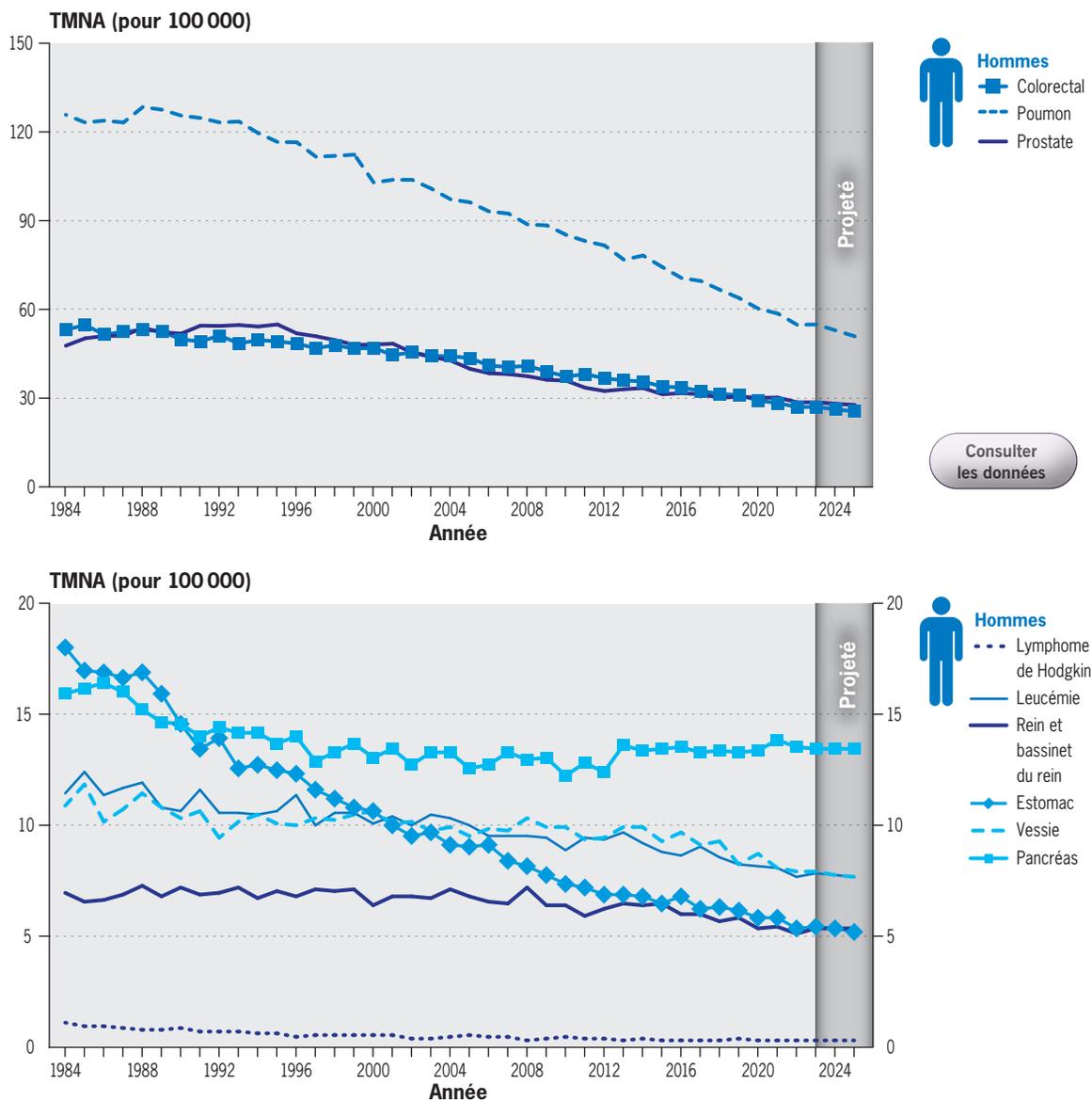
Le [tableau 2.6](#) donne un aperçu complet des tendances des taux de mortalité par cancer entre 1984 et 2022 pour les hommes et les femmes, mesurées par une variation annuelle en pourcentage (VAP). Le [tableau 2.7](#) présente les tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées dans la [figure 2.7](#).

- Ces dernières années, les taux de mortalité ont diminué pour la majorité des cancers déclarés.
- Pour les deux sexes et tous cancers confondus, la mortalité a diminué à un rythme de -2,0 % par an depuis 2017.
- Les taux de mortalité par cancer du poumon, colorectal et de la vessie ont diminué rapidement – de plus de -3 % par année – au cours des dernières années (depuis 2015, 2016 et 2017, respectivement). De plus, les taux de mortalité liés à la leucémie diminuent de près de -3 % par année depuis 2017, qui fait suite à une longue période de déclin plus graduel.
- Chez les hommes, les baisses significatives les plus importantes et les plus récentes ont été observées pour le cancer du poumon (-4,1 % par année depuis 2014), le cancer colorectal (-4,1 % par année depuis 2018), le cancer de la vessie (-3,1 % par année depuis 2016), la leucémie (-2,8 % par année depuis 2017), le cancer du rein (-2,7 % par année depuis

* Les 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](#)).

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population standard canadienne de 2021. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2022 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Yukon, pour lesquels les données étaient disponibles jusqu'en 2016 et imputées de 2017 à 2022. Les estimations pour 2023-2025 ont été projetées. Pour plus de détails, voir l'[annexe II : Source des données et méthodes](#). La gamme d'échelles diffère considérablement d'une figure à l'autre. La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve dans le [tableau A1](#).

FIGURE 2.8 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains* cancers, hommes, Canada, 1984 à 2025



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

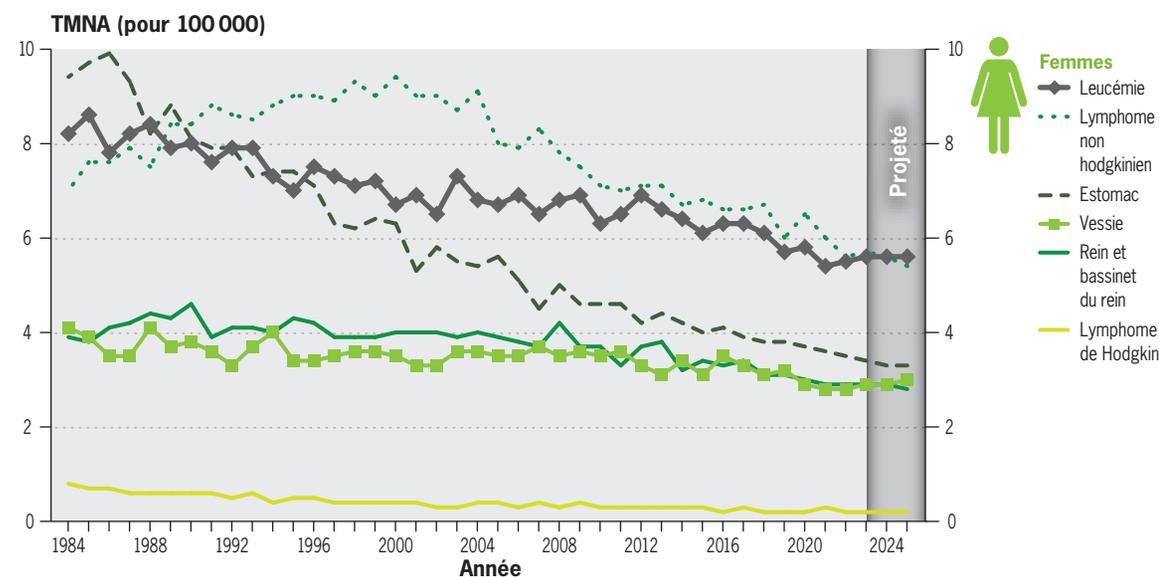
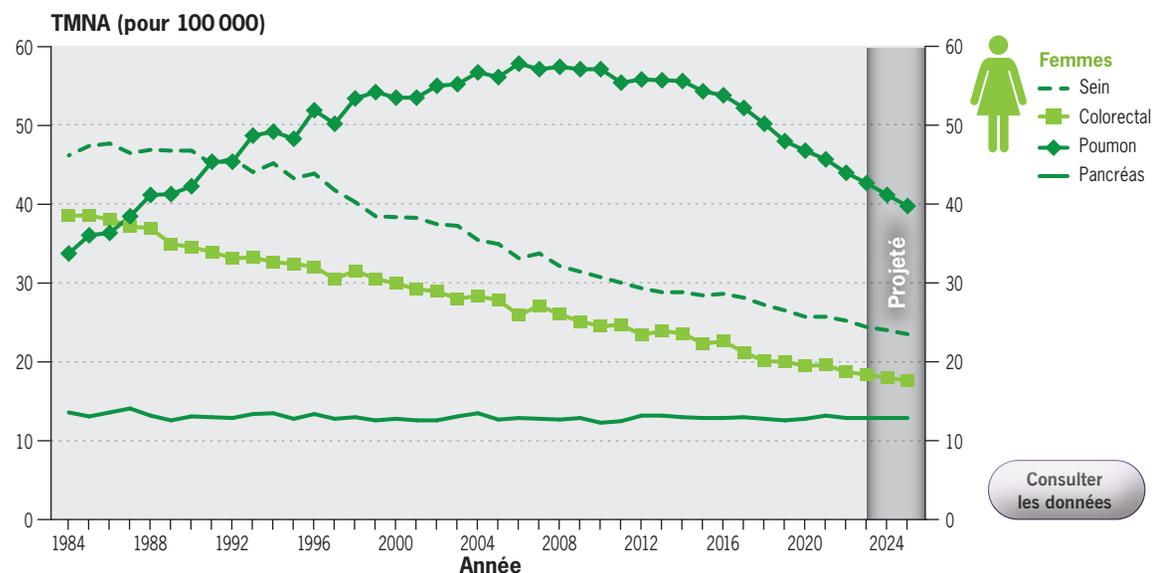
2014), le cancer de l'estomac (-2,3 % par année depuis 2011) et le lymphome hodgkinien (-2,2 % par année depuis 1996).

- De légères augmentations des taux de mortalité par cancer ont été observées pour quelques types de cancer chez les hommes, notamment la thyroïde (0,9 % par année depuis 1984), le pancréas (0,6 % par année depuis 2010) et les tissus mous (0,6 % par année depuis 1984).
- Chez les femmes, les baisses significatives les plus importantes et les plus récentes ont été observées pour le cancer de la vessie (-3,6 % par année depuis 2017), le cancer du poumon (-3,1 % par année depuis 2015), le lymphome hodgkinien (-3,0 % par année depuis 1984), le cancer colorectal (-2,8 % par année depuis 2014), la leucémie (-2,7 % par année depuis 2017), le cancer de l'estomac (-2,2 % par année depuis 2007), le lymphome non hodgkinien (-2,1 % par année depuis 1999) et le cancer du rein (-2,0 % par année depuis 2008).
- Des augmentations des taux de mortalité par cancer ont été observées pour quelques types de cancer chez les femmes, notamment l'utérus (1,9 % par année depuis 2005), le foie et les voies biliaires intrahépatiques (1,3 % par année depuis 2013) et les tissus mous (0,5 % par année depuis 1984).

* Les 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](#)).

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la [population standard canadienne de 2021](#). Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2022 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Yukon, pour lesquels les données étaient disponibles jusqu'en 2016 et imputées de 2017 à 2022. Les estimations pour 2023-2025 ont été projetées. Pour plus de détails, voir l'[annexe II : Source des données et méthodes](#). La gamme d'échelles diffère considérablement d'une figure à l'autre. La définition complète des cancers spécifiques inclus ici se trouve dans le [tableau A1](#).

FIGURE 2.9 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains* cancers, femmes, Canada, 1984 à 2025



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 2022 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 déclin a plus que doublé, la mortalité diminuant de -1,8 % par an.
- Chez les femmes, le taux global de mortalité par cancer a commencé à diminuer à un taux de -0,3 % par année en 1994. Le taux de déclin a augmenté au fil des ans pour atteindre -1,1 % par année entre 2003 et 2016, puis -1,8 % par année depuis 2016.

Les figures 2.8 et 2.9 montrent le TMNA au fil du temps (projeté jusqu'en 2025) pour les principales causes de décès par cancer et les cancers qui ont connu une variation statistiquement significative de la VAP d'au moins ± 2 % dans la tendance la plus récente : vessie, lymphome hodgkinien, rein et bassinot rénal, leucémie et estomac chez les deux sexes; et lymphome non hodgkinien chez les femmes.

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 1993. La tendance à la baisse a été estimée à -2,2 % par an entre 1993 et 2014 et à -4,1 % par an entre 2014 et 2022. Par contre, le taux de mortalité pour le cancer du poumon a continué à augmenter jusqu'en 2006 chez les femmes. Bien que la baisse initiale chez les femmes ait été modeste

(-0,5 % jusqu'en 2015), le taux de déclin a augmenté pour atteindre -3,1 % par année entre 2015 et 2022. Chez les hommes, le taux de mortalité prévu pour 2025 sera inférieur de 60 % à celui de 1988, quand il a culminé; chez les femmes, le taux de mortalité prévu sera inférieur d'environ 30 % à celui de 2006.

Le modèle de la mortalité par cancer du poumon tend à correspondre à celui de l'incidence du cancer du poumon ([chapitre 1](#)). 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 soutenus de prévention du cancer du poumon sont encore nécessaires, comme il est mentionné au [chapitre 4](#). Par exemple, le contrôle du tabac commercial est encore nécessaire pour réduire davantage le fardeau du cancer du poumon⁽⁹⁻¹¹⁾. On craint également que le vapotage et l'utilisation de la cigarette électronique n'augmentent le risque de cancer du poumon et, par conséquent, la mortalité⁽¹²⁾. Il a également été démontré que l'exposition à long terme à de nombreux toxiques environnementaux (comme le radon, l'amiante, l'arsenic et la pollution atmosphérique) augmente le risque de développer un cancer du poumon et, par conséquent, de mourir de la maladie⁽¹³⁻²¹⁾. Ces facteurs amplifient également le risque associé au tabagisme et augmentent encore les taux de mortalité chez les fumeurs⁽¹⁶⁾.

Actuellement, environ 70 % des cancers du poumon sont décelés au stade III ou IV⁽²²⁻²⁴⁾. Moins de 16 % des personnes diagnostiquées à ces stades avancés devraient survivre plus de cinq ans après leur diagnostic⁽²⁵⁾. 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⁽²⁶⁾. 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 2022. Chez les hommes, le taux a diminué de -1,0 % par année entre 1984 et 2003; -2,2 % par année entre 2003 et 2018; et -4,1 % par année depuis 2018. Chez les femmes, le taux diminué de -1,7 % par année jusqu'en 2014, et il a depuis diminué de -2,8 % par an. La mortalité par cancer colorectal chez les hommes diminue presque deux fois plus rapidement que ce qui a été signalé précédemment et le taux de déclin dépasse maintenant celui des femmes. Pour les deux sexes, les taux de mortalité par cancer colorectal en 2025 devraient être inférieurs de plus de 50 % à ce qu'ils étaient il y a 40 ans. Des baisses similaires de la mortalité ont été observées dans d'autres pays à revenu élevé dans le monde, bien que les États-Unis aient récemment enregistré une augmentation de



Le taux de mortalité par cancer colorectal est 50 % inférieur à ce qu'il était il y a 40 ans.

1,2 % par année du taux de mortalité colorectale chez les personnes de moins de 50 ans. Cette tendance est attribuée au cancer colorectal précoce souvent diagnostiqué à un stade plus avancé⁽²⁷⁾.

À l'échelle mondiale, la baisse de la mortalité par cancer colorectal a été associée en partie aux interventions de dépistage^(27,28). Les programmes de dépistage du cancer colorectal permettent de détecter les polypes précancéreux afin de les retirer, 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^(25,29,30), 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⁽³¹⁾.

Dans certains pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et plusieurs pays européens, la baisse de la mortalité peut également représenter 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⁽²⁸⁾.

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 2025. 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 40 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. Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer du pancréas a diminué de -1,5 % par année entre 1984 et 1997.

Depuis 2010, le taux a augmenté de 0,6 % par année. Chez les femmes, le taux est demeuré inchangé depuis 1984.

En raison du faible taux de survie associé au cancer du pancréas, les taux de mortalité sont presque aussi élevés que les taux d'incidence de ce cancer⁽³²⁻³⁵⁾. 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⁽³⁵⁻³⁸⁾. 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⁽³⁷⁾.

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 51 %, passant de 47,6 décès pour 100 000 en 1986 à un taux projeté de 23,5 décès pour 100 000 en 2025. La tendance à la baisse a été estimée à -2,3 % par an entre 1994 et 2011 et à -1,5 % par an entre 2011 et 2022. La baisse de la mortalité par cancer du sein chez les femmes a été attribuée en grande partie à une combinaison de mammographies de dépistage accrues⁽³⁹⁾ et à l'utilisation de thérapies plus efficaces et multidisciplinaires après le diagnostic du cancer du sein^(40,41). Une baisse similaire de la mortalité par cancer du sein est signalée aux États-Unis, où le taux a chuté de 58 % entre 1975 et 2019^(42,43). Environ 25 % de cette réduction était associée au dépistage, 29 % au traitement du cancer du sein métastatique et 47 % au traitement des cancers du sein de stade I à III⁽⁴⁴⁾. À l'échelle mondiale, le cancer du sein continue d'être un problème de santé important. De nombreux pays

font état d'une augmentation de l'incidence, de la prévalence et des taux de mortalité^(45,46). 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 (44 %) 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 le milieu des années 1990. Dans un premier temps, le taux a diminué de -2,9 % par an, puis depuis 2012, la baisse a ralenti pour atteindre -1,3 % par an. Cette baisse représente probablement l'amélioration des traitements suite à l'introduction de l'hormonothérapie pour les stades précoces et avancés de la maladie⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾ et les progrès de la radiothérapie⁽⁵⁰⁾. 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^(51,52). 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⁽⁵³⁾. 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⁽⁵⁴⁾.

Cancer de la vessie

Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer de la vessie a diminué de -3,1 % par année depuis 2016. Une baisse comparable est maintenant

observée chez les femmes : la tendance la plus récente montre une baisse de -3,6 % par année depuis 2017. Il s'agit d'une diminution beaucoup plus marquée que ce qui avait été signalé précédemment, ce qui signifie que le cancer de la vessie connaît la baisse de la mortalité la plus rapide chez les femmes. Une tendance similaire a été signalée aux États-Unis⁽⁵⁵⁾. 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

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Amélie Perron, 44 ans, a reçu un diagnostic de cancer du rein avancé en 2018. Depuis, elle a reçu une série de traitements au fur et à mesure que la maladie progressait. Elle a d'abord subi une intervention chirurgicale pour enlever son rein droit. Puis, en 2020, le cancer s'est métastasé à l'os et des traitements ciblés ont été effectués. Récemment, elle a subi une radiothérapie pour traiter un cancer qui s'est propagé à son poumon. Aujourd'hui, Amélie équilibre son traitement continu avec le fait d'être une mère occupée.

« Les statistiques de survie m'ont beaucoup inquiétée, surtout quand on m'a dit que j'avais 50 % de chance de vivre pendant cinq ans ou plus. Mais j'ai décidé de ne pas me laisser abattre par ces chiffres. »

sud et de l'est de l'Europe et des pays baltes⁽⁵⁶⁾. 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 représentent en partie l'histoire du tabagisme au Canada et ailleurs⁽⁵⁶⁾.

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 -2,3 % par an depuis lors. Selon cette tendance, les taux de mortalité en 2025 devraient être inférieurs d'environ 75 % à ceux déclarés en 1984 pour les deux sexes. Les dernières études sur la mortalité mondiale due au lymphome de Hodgkin ont fait état de tendances à la baisse similaires^(57,58), 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^(59,60).

Cancer du rein et du bassin 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 -2,7 % 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⁽⁶¹⁾ et dans le monde, dans des régions à indice sociodémographique élevé⁽⁶²⁾. 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⁽⁶¹⁻⁶⁴⁾.

Leucémie

Le taux de mortalité pour la leucémie a diminué de -0,9 % par année chez les hommes et les femmes entre 1984 et 2017. Depuis, le taux de déclin a été de -2,8 % par année chez les hommes et de -2,7 % par année chez les femmes. Une tendance similaire à la baisse de la mortalité a été observée à l'échelle mondiale^(65,66). Partout dans le monde, on estime que la mortalité chez les hommes est près de 50 % plus élevée que chez les femmes, et qu'elle est environ 30 % plus élevée dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu⁽⁶⁵⁾. Le tabagisme, l'inactivité physique, l'excès de poids, l'obésité et un taux élevé de cholestérol augmentent le risque de mortalité⁽⁶⁵⁾. Entre 1990 et 2019, la proportion de décès attribuables à un indice de masse corporelle (IMC) élevé a augmenté à l'échelle mondiale, en particulier dans les régions à indice sociodémographique élevé^(66,67). Au Canada, les taux de mortalité prévus pour 2025 pour les deux sexes représenteront environ le tiers de ce qu'ils étaient à leur sommet en 1985, et le taux devrait être 71 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

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 -2,3 % par an entre 2000 et 2010, et de -0,8 % par an par la suite. Chez les femmes, le taux de baisse est constant depuis 1999, à -2,1 % 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^(68,69). La tendance à la baisse de la mortalité correspond probablement aux améliorations continues du traitement, telles que l'immunothérapie (p. ex., le rituximab)⁽⁷⁰⁾. En outre, l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) à la fin des années 1990⁽⁷¹⁾ 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 2011, puis de -2,3 % par la suite. Pour les deux sexes combinés, le taux a diminué de -3,0 % par an jusqu'en 2007, et a diminué de -2,2 % par an depuis lors. Au Canada, le taux de mortalité des hommes et des femmes prévu en 2025 devrait être environ trois fois inférieur à celui de 1984. L'évolution des taux de mortalité correspond largement à celle de l'incidence. Cette tendance a été signalée dans plusieurs régions du monde^(72,73). La recherche suggère que la modification de l'alimentation et les changements dans la prévalence des facteurs

de risque courants, y compris les infections à *Helicobacter pylori* et le tabagisme, ont contribué aux tendances signalées⁽⁷²⁻⁷⁵⁾. Des taux de déclin plus lents observés au cours des dernières années ont également été signalés aux États-Unis et dans de nombreux pays européens, où la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* s'est stabilisée après les baisses précédentes⁽⁷⁵⁾. Toutefois, pour les États-Unis et le Canada, la même étude a révélé une tendance à la hausse du taux de mortalité chez les jeunes hommes canadiens et les femmes états-uniennes (âgés de 35 à 64 ans). Ces tendances méritent une surveillance continue.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le [tableau 2.6](#) présente également la variation annuelle moyenne globale en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité du cancer de 1984 à 2022. 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 représentent 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 (-3,1 %) et le cancer de l'estomac (-2,8 %), tandis que la plus forte augmentation concerne le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques (2,8 %). Cependant, la plus récente VAP pour le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques montre un taux d'augmentation

plus lent chez les femmes depuis 2013 (1,3 %) et une stabilisation du taux chez les hommes depuis 2016 (0,03 %).

Au Canada, le taux de mortalité, tous cancers confondus, a diminué en moyenne de -1,0 % par an depuis 1984.

Que signifient ces statistiques?

Il est encourageant de constater que le taux de mortalité pour tous les cancers combinés est en baisse depuis la fin des années 1980. Et ce, malgré le fait que le taux d'incidence de tous les cancers combinés n'a fait que diminuer au Canada 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 représentent 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^(22,25). 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

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.

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⁽⁷⁶⁾ 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. De plus, le taux de mortalité de certains cancers, comme le cancer de l'utérus, et du foie et des voies biliaires intrahépatiques 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 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 contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Il comprend ce qui suit :

- 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):E1441–51.
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.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/> (consulté en avril 2025).
5. Saint-Jacques N, Dewar R, Cui Y, Parker L, Dummer TJB. 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/dailyquotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?%20st=li6F_zjZ (consulté en avril 2025).
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 2025).
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 2025).
9. Boer R, Moolgavkar SH, Lewy 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:S190–201.
10. Fillon M. Tobacco control initiatives cut the number of lung cancer deaths in California by 28. CA Cancer J Clin. 2019;69(2):83–5.
11. Hagen L, Schwartz R. Is «less than 5 by 35» still achievable? Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2021;41(10):288–91.
12. Besaratinia A, Tommasi S. Vaping: A growing global health concern. EClinical Medicine. 2019;17:100208.
13. Gogna P, Narain TA, O'Sullivan DE, Villeneuve PJ, Demers PA, Hystad P, et al. Estimates of the current and future burden of lung cancer attributable to PM2.5 in Canada. Prev Med. 2019;122:91–9.
14. Santé Canada. Cancer du poumon et PM2,5 ambiantes au Canada : revue systématique et méta-analyse. Santé Canada: Ottawa, ON; 2022.
15. Berg CD, Schiller JH, Boffetta P, Cai J, Connolly C, Kerpel-Fronius A, et al. Air pollution and lung cancer: A review by International Association for the Study of Lung Cancer Early Detection and Screening Committee. J Thorac Oncol. 2023;18(10):1277–89.
16. Shehata SA, Toraih EA, Ismail EA, Hagra AM, Elmorsy E, Fawzy MS. Vaping, environmental toxicants exposure, and lung cancer risk. Cancers (Basel). 2023;15(18):4525.
17. Issanov A, Adewusi B, Saint-Jacques N, Dummer TJB. Arsenic in drinking water and lung cancer: A systematic review of 35 years of evidence. Toxicol Appl Pharmacol. 2024;483:116808.
18. Ramamoorthy T, Nath A, Singh S, Mathew S, Pant A, Sheela S, et al. Assessing the global impact of ambient air pollution on cancer incidence and mortality: A comprehensive meta-analysis. JCO Glob Oncol. 2024;10:e2300427.
19. Villeneuve PJ, Parent ME, Harris SA, Johnson KC, Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Occupational exposure to asbestos and lung cancer in men: Evidence from a population-based case-control study in eight Canadian provinces. BMC Cancer. 2012;12:595.
20. Zhang Z, Zhu D, Cui B, Ding R, Shi X, He P. Association between particulate matter air pollution and lung cancer. Thorax. 2020;75(1):85–7.
21. Jani CT, Kareff SA, Morgenstern-Kaplan D, Salazar AS, Hanbury G, Saliccioli JD, et al. Evolving trends in lung cancer risk factors in the ten most populous countries: An analysis of data from the 2019 global burden of disease study. EClinicalMedicine. 2025;79:103033.
22. 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 2025).
23. Bryan S, Masoud H, Weir HK, Woods R, Lockwood G, Smith L, et al. Cancer in Canada: Stage at diagnosis. Health Rep. 2018;29(12):21–5.
24. 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 (consulté en avril 2023).
25. 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.
26. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du poumon au Canada : 2021-2022 [en ligne]. Toronto (Ontario) : 2022. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-screening-in-canada-2021-2022/programs/> (consulté en avril 2025).
27. Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(3):233–54.
28. 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):683–91.
29. 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(Suppl 24):5014–36.
30. 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: Suppl24(Suppl 24):5037–58.
31. 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):1383–91.e5.
32. Hurton S, MacDonald F, Porter G, Walsh M, Molinari M. The current state of pancreatic cancer in Canada: Incidence, mortality and surgical therapy. Pancreas. 2014;43(6):879–85.
33. 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 2025).
34. 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 (consulté en avril 2025).
35. 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.
36. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of pancreatic cancer: Global trends, etiology and risk factors. World J Oncol. 2019;10(1):10–27.
37. 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):744–54.
38. Didier AJ, Nandwani S, Fahoury AM, Craig DJ, Watkins D, Campbell A, et al. Trends in pancreatic cancer mortality in the United States 1999–2020: A CDC database population-based study. Cancer Causes Control. 2024;35(12):1509–16.
39. Shields M, Wilkins K. An update on mammography use in Canada. Health Rep. 2009;20(3):7–19.
40. Holford TR, Cronin KA, Marriotto AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. J Natl Cancer Inst Monogr. 2006;36:19–25.
41. 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):1407–27.
42. American Cancer Society [en ligne]. Breast cancer facts & figures 2022–2024. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2022. Accès : <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-fact-figures-acs.pdf> (consulté en avril 2025).
43. Giaquinto AN, Sung H, Newman LA, Freedman RA, Smith RA, Star J, et al. Breast cancer statistics 2024. CA Cancer J Clin. 2024;74(6):477–95.

44. Caswell-Jin JL, Sun LP, Munoz D, Lu Y, Li Y, Huang H, et al. Analysis of breast cancer mortality in the US — 1975 to 2019. *JAMA*. 2024;331(3):233–41.
45. 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):2015–20.
46. Lima SM, Kehm RD, Terry MB. Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns. *EClinicalMedicine*. 2021;38:100985.
47. 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):981–9.
48. 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.
49. Teo MY, Rathkopf DE, Kantoff P. Treatment of advanced prostate cancer. *Annu Rev Med*. 2019;70:479–99.
50. Podder TK, Fredman ET, Ellis RJ. Advances in radiotherapy for prostate cancer treatment. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1096:31–47.
51. 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):1310–9.
52. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1320–8.
53. 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-directricespubliees/cancer-de-la-prostate/?lang=fr> (consulté en avril 2025).
54. LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. Recent trends in prostate cancer in Canada. *Health Rep*. 2019;30(4):12–17.
55. Pompa IR, Qi D, Ghosh A, Goldberg SI, Chino F, Efstathiou JA, et al. Longitudinal analysis of bladder cancer-specific mortality trends in the United States. *Bladder Cancer*. 2023;9(4):345–53.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. Koshy M, Fairchild A, Son CH, Mahmood U. Improved survival time trends in Hodgkin's lymphoma. *Cancer Med*. 2016;5(6):997–1003.
60. 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.
61. 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.
62. 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):166–81.
63. 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):949–58.
64. De P, Otterstatter MC, Semenciw R, Ellison LF, Marrett LD, Dryer D. Trends in incidence, mortality, and survival for kidney cancer in Canada, 1986–2007. *Cancer Causes Control*. 2014;25(10):1271–81.
65. Huang J, Chan SC, Ngai CH, Lok V, Zhang L, Lucero-Priso DE, 3rd, et al. Disease burden, risk factors, and trends of leukaemia: A global analysis. *Front Oncol*. 2022;12:904292.
66. Zhang N, Wu J, Wang Q, Liang Y, Li X, Chen G, et al. Global burden of hematologic malignancies and evolution patterns over the past 30 years. *Blood Cancer J*. 2023;13(1):82.
67. Xiao H, Hu X, Li P, Deng J. Global burden and trends of leukemia attributable to high body mass index risk in adults over the past 30 years. *Front Oncol*. 2024;14:1404135.
68. 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.
69. Chu Y, Liu Y, Fang X, Jiang Y, Ding M, Ge X, et al. The epidemiological patterns of non-Hodgkin lymphoma: Global estimates of disease burden, risk factors, and temporal trends. *Front Oncol*. 2023;13:1059914.
70. 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):82–6.
71. Pulte D, Gondas 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):469–76.
72. Balakrishnan M, George R, Sharma A, Graham DY. Changing trends in stomach cancer throughout the world. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(8):36.
73. 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.
74. 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):380–9.
75. Collatuzzo G, Santucci C, Malvezzi M, La Vecchia C, Boffetta P, Negri E. Trends in gastric cancer mortality 1990–2019 in 36 countries worldwide, with predictions to 2035, and incidence, overall and by subtype. *Cancer Med*. 2023;12(8):9912–25.
76. Schmetzer O, Florcken A. Sex differences in the drug therapy for oncologic diseases. *Handb Exp Pharmacol*. 2012(214):411–42.

TABLEAU 2.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada*, 2022

	Probabilité à vie de mourir d'un cancer					
	%			Une personne sur		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	21.9	23.1	20.8	4.6	4.3	4.8
Poumon et bronches	4.8	5.0	4.7	21	20	21
Colorectal	2.4	2.5	2.4	41	40	42
Pancréas	1.5	1.5	1.4	68	67	69
Sein	1.4	0.0	2.8	70	3,180	35
Prostate	—	3.0	—	—	34	—
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	0.7	0.9	0.6	134	110	172
Leucémie	0.8	0.9	0.7	124	108	146
Lymphome non hodgkinien	0.8	1.0	0.7	119	103	140
Encéphale et autre système nerveux	0.6	0.6	0.5	178	156	208
Vessie	0.7	1.0	0.4	143	97	259
Œsophage	0.5	0.8	0.3	189	126	381
Tête et cou	0.5	0.7	0.3	191	135	327
Estomac	0.5	0.6	0.4	197	164	245
Ovaire	—	—	1.0	—	—	105
Rein et bassin du rein	0.5	0.6	0.3	217	172	289
Myélome	0.4	0.5	0.4	226	197	265
Utérus (corps, SAI)	—	—	0.7	—	—	140
Mélanome	0.3	0.4	0.2	332	257	464
Tissus mous (y compris le cœur)	0.2	0.2	0.1	657	621	697
Col de l'utérus	—	—	0.2	—	—	556
Glande thyroïde	0.1	0.1	0.1	1,363	1,457	1,295
Lymphome de Hodgkin	0.0	0.0	0.0	3,353	2,832	4,107
Testicule	—	0.0	—	—	6,604	—

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

* Les données sur la mortalité du Yukon ont été imputées

† 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. 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 2025 (Tableau 2.2) pour les deux sexes combinés. Les estimés "Une personne sur" sont basés sur les probabilités non arrondies.

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 Décès projetés et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2025

	Décès (estimations pour 2025)			Décès pour 100 000		
	Total*	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les cancers	87,400	46,700	40,700	202.6	239.6	174.3
Poumon et bronches	19,400	10,100	9,300	44.6	50.9	39.7
Colorectal	9,100	4,900	4,200	21.2	25.5	17.6
Pancréas	6,300	3,300	3,000	14.7	16.8	12.9
Sein	5,400	55	5,400	12.8	0.3	23.5
Prostate	5,200	5,200	—	—	27.7	—
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	3,600	2,300	1,350	8.4	11.3	5.9
Leucémie	3,200	1,850	1,350	7.4	9.6	5.6
Lymphome non hodgkinien	3,200	1,900	1,300	7.3	9.7	5.4
Encéphale et autre système nerveux	2,600	1,550	1,100	6.3	7.8	4.9
Vessie	2,500	1,800	730	5.8	9.6	3.0
Œsophage	2,500	1,950	550	5.8	9.7	2.4
Tête et cou	2,200	1,600	620	5.2	8.2	2.6
Estomac	2,100	1,300	770	4.8	6.5	3.3
Ovaire	2,000	—	2,000	—	—	8.7
Rein et bassinnet du rein	1,950	1,300	670	4.6	6.7	2.8
Myélome	1,750	1,050	720	4.0	5.2	3.0
Utérus (corps, SAI)	1,700	—	1,700	—	—	7.3
Mélanome	1,250	790	440	2.9	4.1	1.9
Tissus mous (y compris le cœur)	690	380	310	1.6	1.9	1.4
Col de l'utérus	430	—	430	—	—	2.0
Glande thyroïde	290	140	150	0.7	0.7	0.6
Lymphome de Hodgkin	120	75	45	0.3	0.4	0.2
Testicule	35	35	—	—	0.2	—
Tous les autres cancers	9,900	5,200	4,700	22.8	26.8	19.6

— Sans objet; 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 standard de 2021. 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 Décès projetés pour les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2025

Âge	Tous les cancers			Poumon et bronches			Colorectal			Pancréas			Sein	Prostate
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Femmes	Hommes
Tous les âges	87,400	46,700	40,700	19,400	10,100	9,300	9,100	4,900	4,200	6,300	3,300	3,000	5,400	5,200
0-14	100	60	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15-29	230	140	95	5	—	—	10	5	5	—	—	—	5	—
30-39	650	280	370	25	15	10	85	45	40	20	10	5	120	—
40-49	2,000	880	1,100	180	90	95	290	170	130	110	65	45	320	5
50-59	6,000	3,000	3,000	930	490	440	740	430	310	490	280	200	640	90
60-69	18,100	9,800	8,300	4,700	2,400	2,200	1,700	1,000	680	1,500	850	640	1,100	640
70-79	28,200	15,600	12,600	7,400	3,900	3,500	2,500	1,500	1,050	2,200	1,150	1,050	1,350	1,500
80-89	23,600	12,800	10,800	4,900	2,600	2,400	2,500	1,300	1,250	1,600	800	820	1,250	2,000
90+	8,600	4,100	4,500	1,250	580	660	1,200	480	720	450	170	280	630	950
0-19	150	85	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50-74	37,300	20,100	17,200	9,200	4,800	4,400	3,600	2,100	1,450	3,000	1,650	1,350	2,400	1,350
65+	71,200	38,400	32,700	16,600	8,600	7,900	7,200	3,800	3,400	5,100	2,600	2,500	3,800	4,900

— 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 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

TABEAU 2.4 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés pour certains cancers, par sexe et province, Canada, 2025.

	Décès pour 100,000										
	CA*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	239.6	225.0	223.2	252.8	250.5	232.9	251.5	256.6	278.8	283.3	288.5
Poumon et bronches	50.9	41.3	42.5	48.9	50.2	45.7	64.8	59.9	62.6	66.6	63.3
Prostate	27.7	29.4	29.7	35.0	34.7	26.5	25.7	25.7	32.8	27.1	29.6
Colorectal	25.5	22.0	24.7	30.5	29.8	24.4	25.8	29.6	30.4	28.9	48.1
Pancréas	16.8	17.2	15.5	16.7	16.5	16.6	17.0	19.0	17.6	16.4	17.0
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	11.3	12.5	9.4	10.3	10.4	12.0	11.0	8.6	9.6	14.0	11.0
Œsophage	9.7	11.1	9.4	11.5	10.7	9.7	7.7	12.6	16.2	12.7	9.3
Lymphome non hodgkinien	9.7	9.6	9.4	8.9	9.3	9.5	10.1	9.2	11.3	10.9	10.6
Leucémie	9.6	9.0	9.5	12.0	10.9	9.1	10.3	10.2	12.0	9.8	8.9
Vessie	9.6	8.4	7.4	11.1	11.2	8.7	11.8	11.9	10.2	8.3	9.7
Tête et cou	8.2	8.4	6.6	6.8	5.5	8.2	9.5	6.8	7.7	10.2	7.6
Encéphale et autre système nerveux	7.8	8.3	7.1	5.7	6.5	7.9	8.1	7.8	8.6	8.0	8.2
Rein et bassinnet du rein	6.7	6.4	5.7	7.6	8.2	6.0	7.1	9.0	9.5	9.6	9.9
Estomac	6.5	5.0	5.6	5.2	5.6	7.1	7.2	6.7	5.7	5.8	10.8
Myélome	5.2	5.4	5.0	5.8	5.9	5.1	5.1	6.0	5.9	6.2	6.0
Mélanome	4.1	3.7	3.9	3.8	3.2	4.8	3.2	4.0	5.6	7.8	4.1
Tissus mous (y compris le cœur)	1.9	1.8	2.0	1.6	2.0	2.1	1.9	1.9	1.8	—	1.7
Glande thyroïde	0.7	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	0.6	0.7	1.0	0.4	1.0
Lymphome de Hodgkin	0.4	0.4	0.3	0.5	—	0.4	0.5	—	0.5	—	—
Sein	0.3	0.3	0.3	—	—	0.2	0.3	0.7	0.8	—	—
Testicule	0.2	0.2	0.1	0.4	—	0.2	0.2	0.6	—	0.0	0.2
Femmes											
Tous les cancers	174.3	160.4	165.3	192.1	171.8	166.9	189.6	180.6	207.5	164.6	213.2
Poumon et bronches	39.7	31.5	36.5	47.1	36.6	35.2	49.7	43.6	56.0	48.2	50.4
Sein	23.5	22.0	24.0	25.9	22.5	22.7	25.1	22.6	27.5	17.3	25.9
Colorectal	17.6	15.7	15.8	18.9	18.8	16.0	19.5	21.5	23.1	17.6	32.2
Pancréas	12.9	13.3	12.9	12.2	13.0	12.5	13.6	13.4	13.1	9.8	11.1
Ovaire	8.7	9.3	8.2	8.8	8.1	8.5	9.2	8.2	8.8	10.7	8.2
Utérus (corps, SAI)	7.3	6.7	7.3	7.7	7.9	7.8	7.1	6.8	7.0	6.1	8.0
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	5.9	5.8	6.4	6.4	5.5	6.0	5.6	4.8	6.9	4.5	6.7
Leucémie	5.6	5.4	4.8	6.0	6.1	5.5	6.1	6.5	5.6	4.0	5.6
Lymphome non hodgkinien	5.4	4.6	5.0	5.8	6.4	5.3	6.0	6.0	7.1	5.5	7.0
Encéphale et autre système nerveux	4.9	4.9	4.6	4.7	4.5	4.7	5.3	5.5	5.2	3.4	7.5
Estomac	3.3	2.7	2.9	2.3	2.8	3.4	3.7	3.8	3.1	—	4.2
Vessie	3.0	3.0	2.1	3.7	3.1	2.6	3.7	3.0	3.2	3.0	3.4
Myélome	3.0	2.9	2.6	3.8	3.0	2.9	3.2	3.1	3.0	3.6	4.7
Rein et bassinnet du rein	2.8	2.4	2.5	3.8	3.2	2.3	3.3	3.9	4.5	5.0	5.7
Tête et cou	2.6	3.0	2.2	2.3	2.7	2.6	2.9	2.3	2.7	—	2.9
Œsophage	2.4	2.7	2.1	2.7	2.6	2.5	2.1	2.8	3.2	3.8	2.4
Mélanome	1.9	1.8	1.8	1.9	1.6	2.0	1.8	2.2	2.6	3.1	1.9
Col de l'utérus	2.0	1.9	2.0	2.6	2.0	2.0	1.9	2.4	2.6	3.5	3.0
Tissus mous (y compris le cœur)	1.4	1.1	1.5	1.5	1.6	1.5	1.5	1.7	1.3	—	1.1
Glande thyroïde	0.6	0.8	0.9	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7	0.8	—	0.7
Lymphome de Hodgkin	0.2	0.2	0.2	—	—	0.2	0.3	—	—	0.2	0.1

— TMNA basés sur moins de 3 décès; SAI = sans autre indication

* Les taux 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 standard de 2021. 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 Décès projetés pour certains cancers, par sexe et par province, Canada, 2025

	CA*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Hommes											
Tous les cancers	46,700	6,400	4,100	1,350	1,550	17,300	12,000	1,200	1,600	250	900
Poumon et bronches	10,100	1,200	800	270	310	3,400	3,200	290	370	60	210
Prostate	5,200	830	500	180	200	1,900	1,200	110	170	25	85
Colorectal	4,900	620	460	160	180	1,800	1,200	140	170	25	140
Pancréas	3,300	500	290	90	100	1,250	820	90	100	15	55
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	2,300	360	180	55	65	910	530	40	55	10	35
Œsophage	1,950	320	180	60	65	730	370	60	95	10	30
Lymphome non hodgkinien	1,900	280	170	50	60	710	490	45	65	10	35
Leucémie	1,850	260	170	65	65	670	490	45	70	10	30
Vessie	1,800	240	130	55	65	630	540	55	55	5	30
Tête et cou	1,600	240	130	35	35	610	450	30	45	10	25
Encéphale et autre système nerveux	1,550	240	150	35	40	600	390	35	50	5	25
Rein et bassinnet du rein	1,300	190	110	40	50	450	330	40	55	10	30
Estomac	1,300	140	110	30	35	520	340	30	30	5	35
Myélome	1,050	160	90	30	35	380	250	30	35	5	20
Mélanome	790	110	75	20	20	360	150	20	30	5	15
Tissus mous (y compris le cœur)	380	50	40	10	15	160	90	10	10	—	5
Glande thyroïde	140	25	15	5	5	55	25	5	5	—	5
Lymphome de Hodgkin	75	10	5	5	—	30	20	—	5	—	—
Sein	55	10	5	—	—	20	15	5	5	—	—
Testicule	35	5	5	5	—	20	10	5	—	—	—
Femmes											
Tous les cancers	40,700	5,400	3,600	1,200	1,250	15,200	10,600	1,000	1,450	180	770
Poumon et bronches	9,300	1,100	800	300	270	3,200	2,800	240	390	50	180
Sein	5,400	720	530	170	160	2,000	1,350	120	190	20	90
Colorectal	4,200	530	350	120	140	1,500	1,150	120	160	20	120
Pancréas	3,000	450	280	75	95	1,150	760	75	90	10	40
Ovaire	2,000	310	180	55	60	750	500	45	60	10	30
Utérus (corps, SAI)	1,700	220	160	45	60	690	390	35	50	5	30
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	1,350	190	140	40	40	550	320	25	45	5	25
Leucémie	1,350	190	110	40	45	510	350	35	40	5	20
Lymphome non hodgkinien	1,300	160	110	40	50	490	350	35	50	5	25
Encéphale et autre système nerveux	1,100	160	100	30	30	400	280	30	35	5	25
Estomac	770	90	65	15	20	310	220	20	20	—	15
Vessie	730	110	45	25	25	260	220	20	25	5	15
Myélome	720	100	60	25	20	270	180	20	20	5	20
Rein et bassinnet du rein	670	80	55	25	25	210	190	20	30	5	20
Tête et cou	620	100	50	15	20	240	160	15	20	—	10
Œsophage	550	90	45	15	20	220	120	15	20	5	10
Mélanome	440	60	40	10	10	190	95	10	15	5	5
Col de l'utérus	430	60	45	15	15	170	90	10	15	5	10
Tissus mous (y compris le cœur)	310	35	35	10	10	130	75	10	10	—	5
Glande thyroïde	150	25	20	5	5	60	35	5	5	—	5
Lymphome de Hodgkin	45	5	5	—	—	20	15	—	—	—	—

— Moins de 3 décès; 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) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2022

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2022	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2022	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2022
Tous les cancers	1984–1993	-0.1 (-0.2, 0.3)	-1.0 (-1.0, -0.9)	1984–1988	0.7 (-0.0, 1.3)	-1.2 (-1.2, -1.1)	1984–1994	0.1 (-0.1, 0.6)	-0.7 (-0.7, -0.6)
	1993–2002	-0.7 (-0.9, -0.5)		1988–2001	-0.8 (-1.0, -0.7)		1994–2003	-0.3 (-1.2, -0.1)	
	2002–2017	-1.3 (-1.4, -1.2)		2001–2022	-1.8 (-1.8, -1.7)		2003–2016	-1.1 (-1.2, -0.8)	
	2017–2022	-2.0 (-2.4, -1.7)					2016–2022	-1.8 (-2.3, -1.5)	
Poumon et bronches	1984–1993	1.0 (0.6, 1.5)	-1.0 (-1.1, -1.0)	1984–1993	-0.1 (-0.5, 0.4)	-2.1 (-2.2, -2.0)	1984–1993	4.0 (3.5, 4.6)	0.7 (0.6, 0.8)
	1993–2007	-0.7 (-0.9, -0.5)		1993–2014	-2.2 (-2.3, -2.1)		1993–2006	1.4 (1.1, 1.6)	
	2007–2015	-1.6 (-2.2, -1.2)		2014–2022	-4.1 (-4.7, -3.7)		2006–2015	-0.5 (-0.9, -0.2)	
	2015–2022	-3.6 (-4.2, -3.2)					2015–2022	-3.1 (-3.6, -2.7)	
Colorectal	1984–2004	-1.3 (-1.4, -1.1)	-1.8 (-1.9, -1.7)	1984–2003	-1.0 (-1.2, -0.7)	-1.8 (-1.9, -1.7)	1984–2014	-1.7 (-1.8, -1.6)	-1.9 (-2.0, -1.8)
	2004–2016	-2.0 (-2.3, -1.6)		2003–2018	-2.2 (-2.4, -1.6)		2014–2022	-2.8 (-3.7, -2.3)	
	2016–2022	-3.1 (-4.0, -2.5)		2018–2022	-4.1 (-5.0, -2.7)				
Pancréas	1984–2000	-0.9 (-1.4, -0.6)	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984–1997	-1.5 (-3.0, -0.7)	-0.4 (-0.6, -0.3)	1984–2022	-0.1 (-0.2, 0.0)	-0.1 (-0.2, 0.0)
	2000–2022	0.2 (0.0, 0.4)		1997–2010	-0.3 (-1.7, 0.7)				
				2010–2022	0.6 (0.1, 1.7)				
Sein	1984–1994	-0.5 (-0.9, 0.0)	-1.7 (-1.8, -1.6)	1984–2022	-0.9 (-1.4, -0.3)	-0.9 (-1.4, -0.3)	1984–1994	-0.6 (-1.0, -0.1)	-1.6 (-1.7, -1.5)
	1994–2012	-2.4 (-2.9, -2.2)					1994–2011	-2.3 (-2.7, -2.1)	
	2012–2022	-1.7 (-2.0, -0.8)					2011–2022	-1.5 (-1.8, -0.8)	
Prostate				1984–1995	0.9 (0.4, 1.5)	-1.4 (-1.5, -1.3)			
				1995–2012	-2.9 (-3.3, -2.7)				
				2012–2022	-1.3 (-1.7, -0.5)				
Foie et canaux biliaires intra-hépatiques [†]	1984–1995	1.0 (-1.8, 2.3)	2.8 (2.5, 3.0)	1984–1992	0.01 (-4.1, 2.4)	2.5 (2.2, 2.9)	1984–1988	7.4 (1.3, 11.7)	3.3 (3.0, 3.7)
	1995–2016	4.4 (4.1, 5.0)		1992–2016	4.0 (3.8, 4.6)		1988–1993	-2.8 (-4.3, 3.6)	
	2016–2022	0.2 (-1.5, 1.4)		2016–2022	0.03 (-1.8, 1.3)		1993–2008	4.2 (3.1, 5.0)	
							2008–2013	7.4 (5.4, 8.3)	
						2013–2022	1.3 (0.5, 1.9)		
Leucémie	1984–2017	-0.8 (-0.9, -0.7)	-1.0 (-1.2, -0.9)	1984–2017	-0.9 (-1.0, -0.6)	-1.1 (-1.3, -0.9)	1984–2017	-0.9 (-1.0, -0.2)	-1.1 (-1.3, -0.9)
	2017–2022	-2.7 (-4.0, -1.5)		2017–2022	-2.8 (-4.4, -1.3)		2017–2022	-2.7 (-4.6, -1.1)	
Lymphome non hodgkinien	1984–2000	1.7 (1.4, 2.1)	-0.3 (-0.4, -0.2)	1984–2000	1.9 (1.5, 2.3)	-0.1 (-0.2, 0.1)	1984–1999	1.5 (1.1, 2.1)	-0.6 (-0.8, -0.5)
	2000–2010	-2.4 (-3.4, -1.9)		2000–2010	-2.3 (-3.5, -1.7)		1999–2022	-2.1 (-2.3, -1.8)	
	2010–2022	-1.2 (-1.5, -0.3)		2010–2022	-0.8 (-1.2, 0.2)				
Encéphale et autre système nerveux	1984–2005	-0.6 (-1.1, -0.2)	-0.3 (-0.4, -0.1)	1984–2022	-0.1 (-0.2, 0.0)	-0.1 (-0.2, 0.0)	1984–2006	-0.7 (-1.4, -0.3)	-0.4 (-0.6, -0.2)
	2005–2014	0.8 (-0.3, 2.1)					2006–2014	1.3 (-0.3, 2.9)	
	2014–2022	-0.7 (-2.0, 0.1)					2014–2022	-1.1 (-3.0, 0.0)	
Vessie	1984–2017	-0.3 (-0.4, -0.2)	-0.7 (-0.9, -0.6)	1984–2016	-0.4 (-0.5, -0.2)	-0.8 (-1.0, -0.7)	1984–2017	-0.4 (-0.6, -0.1)	-0.8 (-1.1, -0.6)
	2017–2022	-3.4 (-5.1, -2.0)		2016–2022	-3.1 (-5.1, -1.8)		2017–2022	-3.6 (-6.2, -1.4)	

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) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2022

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2022	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2022	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2022
Œsophage	1984–2000	0.8 (0.4, 1.4)	0.1 (0.0, 0.3)	1984–2002	0.9 (0.5, 1.6)	0.2 (0.1, 0.4)	1984–1993	0.9 (-0.4, 4.4)	-0.4 (-0.7, -0.1)
	2000–2022	-0.3 (-0.6, -0.1)		2002–2022	-0.4 (-0.8, -0.1)		1993–2022	-0.8 (-1.5, -0.6)	
Tête et cou	1984–1991	-0.7 (-1.7, 1.4)	-1.3 (-1.5, -1.1)	1984–1991	-0.6 (-1.7, 1.6)	-1.5 (-1.6, -1.3)	1984–2022	-1.1 (-1.3, -1.0)	-1.1 (-1.3, -1.0)
	1991–2009	-2.3 (-3.4, -2.0)		1991–2010	-2.6 (-3.4, -2.4)				
	2009–2022	-0.3 (-0.8, 0.3)		2010–2022	-0.2 (-0.7, 0.6)				
Estomac	1984–2010	-3.1 (-3.3, -3.0)	-2.8 (-2.9, -2.7)	1984–2011	-3.3 (-3.6, -3.2)	-3.0 (-3.1, -2.9)	1984–2007	-3.0 (-3.6, -2.8)	-2.7 (-2.9, -2.5)
	2010–2022	-2.1 (-2.5, -1.3)		2011–2022	-2.3 (-2.8, -1.0)		2007–2022	-2.2 (-2.6, -0.7)	
Ovaire							1984–2003	-0.5 (-0.7, 0.5)	-0.8 (-1.0, -0.7)
							2003–2022	-1.2 (-1.9, -1.0)	
Rein et bassinot du rein	1984–2013	-0.3 (-0.5, -0.1)	-0.9 (-1.0, -0.7)	1984–2014	-0.3 (-0.5, -0.1)	-0.8 (-1.0, -0.7)	1984–2008	-0.3 (-0.6, 0.1)	-1.0 (-1.2, -0.8)
	2013–2022	-2.5 (-3.8, -1.7)		2014–2022	-2.7 (-4.3, -1.8)		2008–2022	-2.0 (-3.0, -1.5)	
Myélome	1984–1994	0.9 (0.0, 2.9)	-0.5 (-0.6, -0.3)	1984–1991	1.7 (-0.4, 6.3)	-0.4 (-0.7, 0.0)	1984–2002	0.01 (-0.6, 1.6)	-0.8 (-1.0, -0.5)
	1994–2022	-1.0 (-1.2, -0.8)		1991–2022	-0.8 (-1.6, -0.6)		2002–2022	-1.5 (-2.4, -1.1)	
Utérus (corps, SAI)							1984–2005	-0.8 (-1.3, -0.5)	0.4 (0.2, 0.6)
							2005–2022	1.9 (1.5, 2.4)	
Mélanome	1984–2012	1.1 (0.9, 1.4)	0.4 (0.2, 0.6)	1984–2010	1.6 (1.3, 2.1)	0.7 (0.5, 1.0)	1984–2012	0.6 (0.3, 1.0)	-0.01 (-0.2, 0.2)
	2012–2022	-1.5 (-2.6, -0.8)		2010–2022	-1.1 (-2.2, -0.3)		2012–2022	-1.6 (-3.5, -0.6)	
Tissus mous (y compris le cœur)	1984–2022	0.6 (0.4, 0.8)	0.6 (0.4, 0.8)	1984–2022	0.6 (0.4, 1.0)	0.6 (0.4, 1.0)	1984–2022	0.5 (0.2, 0.8)	0.5 (0.2, 0.8)
Col de l'utérus							1984–2006	-3.0 (-3.4, -2.6)	-2.1 (-2.3, -1.9)
							2006–2022	-0.9 (-1.5, 0.0)	
Glande thyroïde	1984–2022	0.1 (-0.1, 0.5)	0.1 (-0.1, 0.5)	1984–2022	0.9 (0.4, 1.6)	0.9 (0.4, 1.6)	1984–2022	-0.3 (-0.7, 0.1)	-0.3 (-0.7, 0.1)
Lymphome de Hodgkin	1984–1997	-4.6 (-7.9, -3.5)	-3.1 (-3.4, -2.7)	1984–1996	-5.1 (-8.7, -3.8)	-3.2 (-3.5, -2.8)	1984–2022	-3.0 (-3.4, -2.6)	-3.0 (-3.4, -2.6)
	1997–2022	-2.3 (-2.8, -1.0)		1996–2022	-2.2 (-2.7, -1.2)				
Testicule				1984–2002	-2.9 (-9.9, -1.3)	-1.4 (-2.2, -0.6)			
				2002–2022	-0.1 (-1.5, 6.6)				
Tous les autres cancers	1984–2003	1.5 (1.1, 1.9)	-0.2 (-0.4, -0.1)	1984–2004	1.6 (1.2, 2.1)	-0.2 (-0.4, 0.0)	1984–2003	1.2 (0.9, 1.7)	-0.3 (-0.5, -0.2)
		-3.0 (-4.2, -2.4)		2004–2015	-3.4 (-5.3, -2.7)		2003–2015	-3.0 (-4.3, -2.4)	
	2015–2022	-0.1 (-1.2, 1.8)		2015–2022	-0.1 (-1.3, 2.3)		2015–2022	-0.1 (-1.2, 2.1)	

LC = limites de confiance; 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 standard de 2021](#).

† 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) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2022

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)
Tous les cancers	2017	-2.0 (-2.4 , -1.7)	2001	-1.8 (-1.8 , -1.7)	2016	-1.8 (-2.3 , -1.5)
Poumon et bronches	2015	-3.6 (-4.2 , -3.2)	2014	-4.1 (-4.7 , -3.7)	2015	-3.1 (-3.6 , -2.7)
Colorectal	2016	-3.1 (-4.0 , -2.5)	2018	-4.1 (-5.0 , -2.7)	2014	-2.8 (-3.7 , -2.3)
Pancréas	2000	0.2 (0.0 , 0.4)	2010	0.6 (0.1 , 1.7)	1984	-0.1 (-0.2 , 0.0)
Sein	2012	-1.7 (-2.0 , -0.8)	1984	-0.9 (-1.4 , -0.3)	2011	-1.5 (-1.8 , -0.8)
Prostate	—	—	2012	-1.3 (-1.7 , -0.5)	—	—
Foie et canaux biliaires intrahépatiques†	2016	0.2 (-1.5 , 1.4)	2016	0.03 (-1.8 , 1.3)	2013	1.3 (0.5 , 1.9)
Leucémie	2017	-2.7 (-4.0 , -1.5)	2017	-2.8 (-4.4 , -1.3)	2017	-2.7 (-4.6 , -1.1)
Lymphome non hodgkinien	2010	-1.2 (-1.5 , -0.3)	2010	-0.8 (-1.2 , 0.2)	1999	-2.1 (-2.3 , -1.8)
Encéphale et autre système nerveux	2014	-0.7 (-2.0 , 0.1)	1984	-0.1 (-0.2 , 0.0)	2014	-1.1 (-3.0 , 0.0)
Vessie	2017	-3.4 (-5.1 , -2.0)	2016	-3.1 (-5.1 , -1.8)	2017	-3.6 (-6.2 , -1.4)
Œsophage	2000	-0.3 (-0.6 , -0.1)	2002	-0.4 (-0.8 , -0.1)	1993	-0.8 (-1.5 , -0.6)
Tête et cou	2009	-0.3 (-0.8 , 0.3)	2010	-0.2 (-0.7 , 0.6)	1984	-1.1 (-1.3 , -1.0)
Estomac	2010	-2.1 (-2.5 , -1.3)	2011	-2.3 (-2.8 , -1.0)	2007	-2.2 (-2.6 , -0.7)
Ovaire	—	—	—	—	2003	-1.2 (-1.9 , -1.0)
Rein et bassinot du rein	2013	-2.5 (-3.8 , -1.7)	2014	-2.7 (-4.3 , -1.8)	2008	-2.0 (-3.0 , -1.5)
Myélome	1994	-1.0 (-1.2 , -0.8)	1991	-0.8 (-1.6 , -0.6)	2002	-1.5 (-2.4 , -1.1)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2005	1.9 (1.5 , 2.4)
Mélanome	2012	-1.5 (-2.6 , -0.8)	2010	-1.1 (-2.2 , -0.3)	2012	-1.6 (-3.5 , -0.6)
Tissus mous (y compris le cœur)	1984	0.6 (0.4 , 0.8)	1984	0.6 (0.4 , 1.0)	1984	0.5 (0.2 , 0.8)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2006	-0.9 (-1.5 , 0.0)
Glande thyroïde	1984	0.1 (-0.1 , 0.5)	1984	0.9 (0.4 , 1.6)	1984	-0.3 (-0.7 , 0.1)
Lymphome de Hodgkin	1997	-2.3 (-2.8 , -1.0)	1996	-2.2 (-2.7 , -1.2)	1984	-3.0 (-3.4 , -2.6)
Testicule	—	—	2002	-0.1 (-1.5 , 6.6)	—	—
Tous les autres cancers	2015	-0.1 (-1.2 , 1.8)	2015	-0.1 (-1.3 , 2.3)	2015	-0.1 (-1.2 , 2.1)

— Sans objet; LC = limites de confiance; 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 standard de 2021](#). 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 2022. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2022). 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^(1,2).



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 %)⁽³⁾.
- 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⁽⁴⁾.

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 %)^(7,8).
- 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

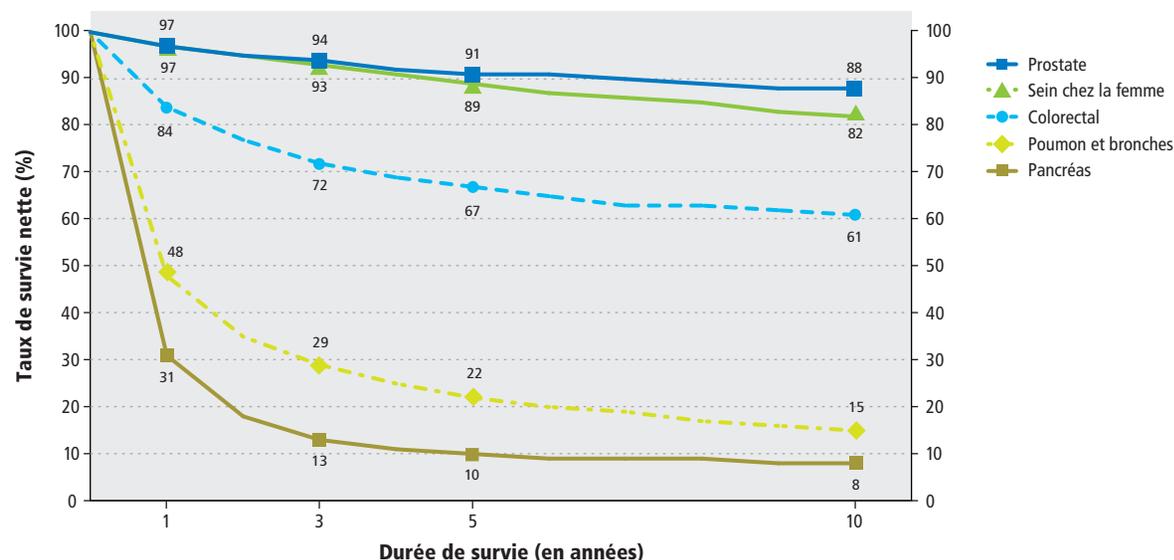
Survie nette

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^(5,6).

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⁽⁹⁾. 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⁽¹⁰⁾.

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⁽⁹⁾.

Survie selon l'âge

Pour la plupart des cancers diagnostiqués chez l'adulte, la survie nette diminue avec l'âge au moment du diagnostic⁽⁷⁾. 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 bassinot 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^(11,12).

- 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⁽¹³⁾. 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.

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Renée Meyer s'occupe de sa fille, Ava, qui a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale en 2012. Ava a perdu la vision dans son œil gauche et elle a reçu une chimiothérapie pendant un an et demi pour stabiliser la tumeur et prévenir une perte de vision supplémentaire.

« C'était très stressant. C'était difficile de tenir le coup. Quand j'y pense maintenant, je ne sais pas comment j'ai fait, mais je pense qu'en tant que parent ou soignant, on fait ce qu'on a à faire, peu importe ce qu'on ressent. »

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 %).

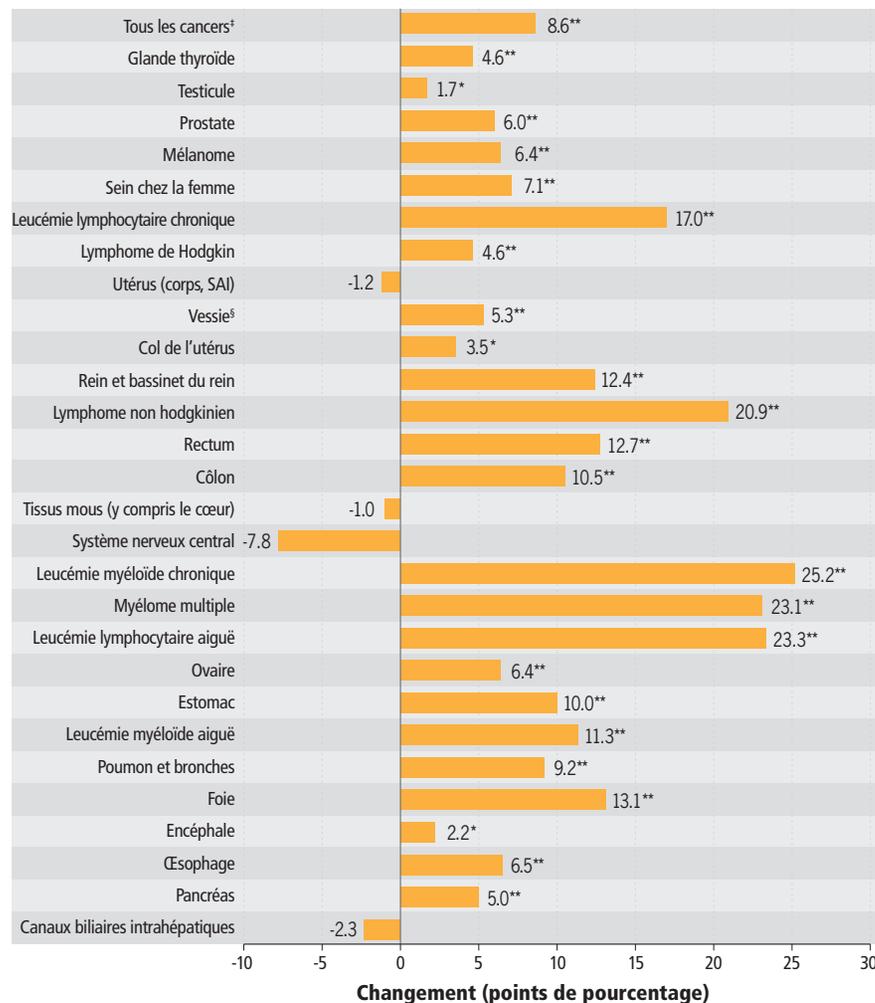
- On a observé les plus grands écarts dans la survie nette par région pour le cancer colorectal, avec des estimations allant de 62 % en Nouvelle-Écosse à 68 % à Terre-Neuve-et-Labrador; pour le cancer du poumon, les estimations allaient de 18 % en Saskatchewan à 24 % en Ontario; et pour le cancer du 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⁽¹⁴⁾. 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

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

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).

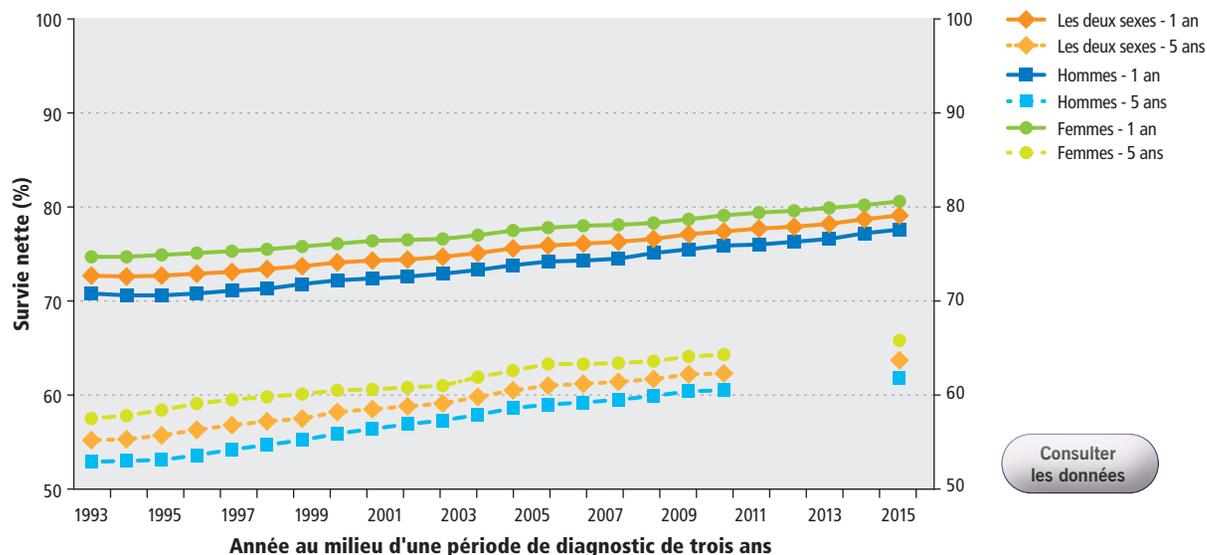
L'augmentation du taux de survie des cancers hématologiques a été largement attribuée aux progrès réalisés en matière de diagnostic précoce, de traitement (y compris l'immunothérapie) et d'amélioration des soins de soutien. Grâce à l'amélioration des traitements, de nombreux cancers hématologiques sont 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⁽¹⁵⁾.

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⁽⁶⁾. 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

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



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'index 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'aide de la 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.*

(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).

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.

- 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 par région géographique

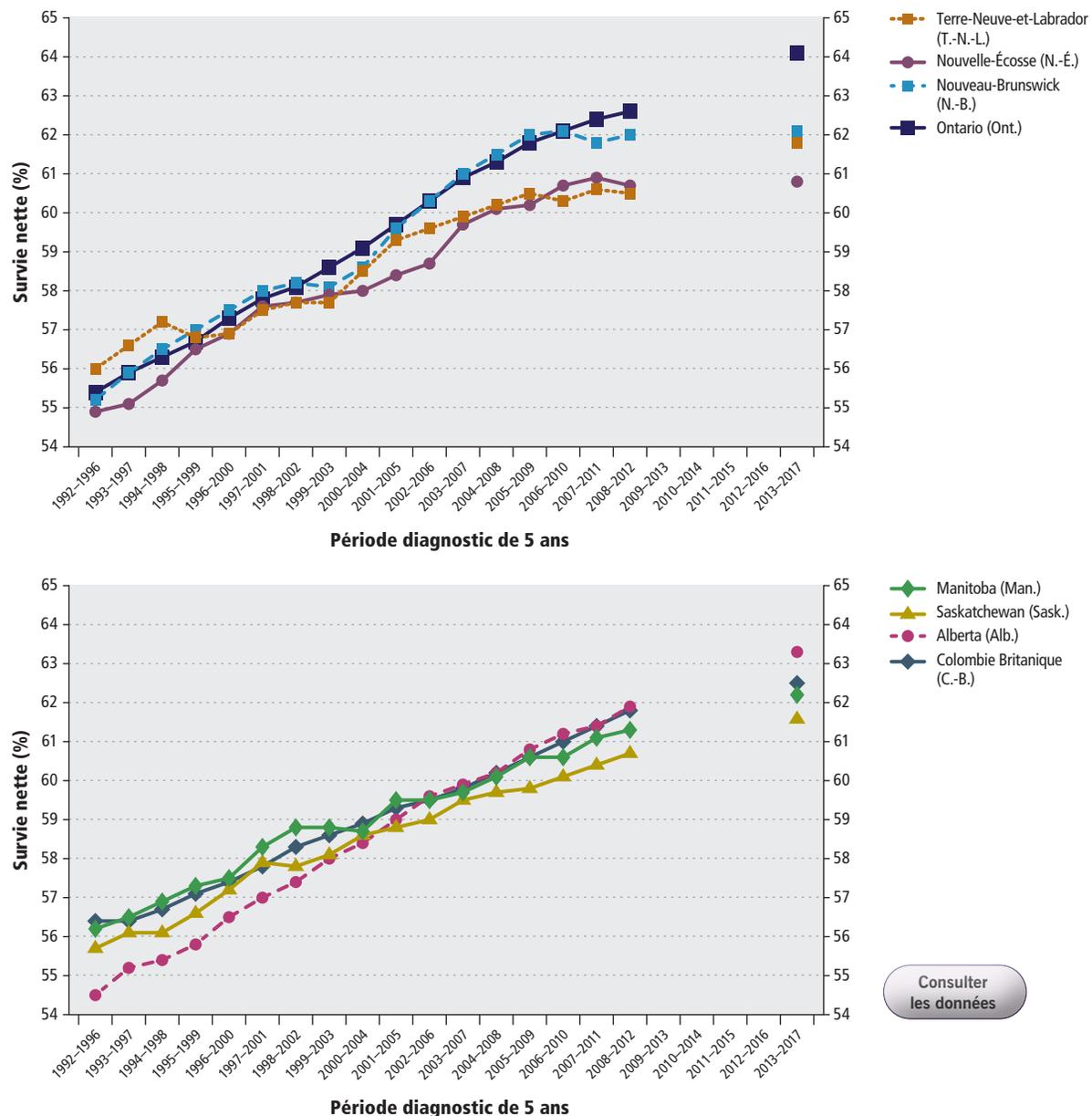
La première évaluation complète de la survie globale au cancer au niveau provincial a été fournie dans l'étude « Mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer dans les provinces canadiennes : étendre l'indice de survie au cancer pour améliorer l'évaluation des efforts de lutte contre le cancer »⁽³⁾. 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 %).

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

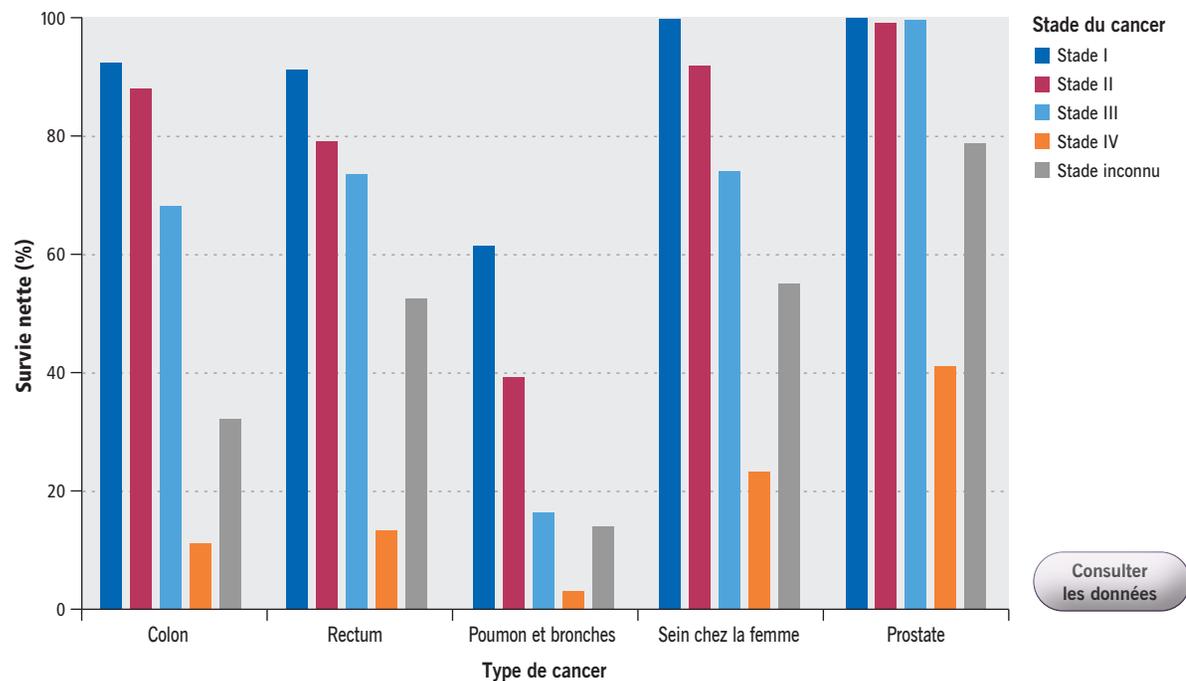
- Depuis le début des années 1990, des progrès importants ont été réalisés en matière de survie nette à cinq ans dans chaque province étudiée, bien que certaines provinces aient connu des progrès plus importants que d'autres.
- Entre la période de 1992 à 1996 et la période de 2013 à 2017, l'Alberta et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

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⁽¹⁶⁾. 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

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, 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.

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 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⁽⁴⁾. 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^(15,17,18).

- 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⁽¹⁴⁾. 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⁽¹⁴⁾.
- Néanmoins, la survie au cancer du poumon s'est améliorée ces dernières années⁽³⁾, grâce aux progrès du traitement, y compris l'utilisation croissante de traitements ciblés et d'immunothérapies⁽¹⁹⁾. Cette amélioration a été définie comme un facteur clé de l'amélioration récente de la survie, tous cancers confondus⁽³⁾. 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 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⁽⁷⁾ et les poids de l'International Cancer Survival Standard (ICSS)⁽²⁰⁾.
- 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-O-3/WHO 2008 [en ligne]. Bethesda (Maryland) : Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER); 2008. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-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. Corazziari 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
Tous les cancers[†]	64 (64–64)	62 (62–62)	66 (66–66)	58 (57–58)	55 (55–56)	60 (59–60)
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 [‡]	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 bassinnet 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)
Myélome	50 (49–52)	50 (48–52)	51 (48–53)	30 (28–32)	28 (26–31)	32 (29–35)
Ovaire	—	—	44 (43–45)	—	—	35 (33–36)
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 et autre système nerveux	22 (21–23)	21 (20–22)	23 (21–24)	17 (16–18)	16 (15–17)	18 (16–20)
Autre système nerveux	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; 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 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 3.2 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 bassinet 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 [†]	PSO (%) (IC 95 %)	
	1 an	5 ans
Tous les groupes[‡]	93 (92-93)	84 (83-85)
I. Leucémies, syndromes myélodysplasiques et syndromes myéloprolifératifs	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)⁽¹¹⁾. 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)
Canada*	91 (91-92)	89 (88-89)	66 (66-67)	22 (22-23)	98 (97-98)	89 (88-90)	83 (82-83)
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
Canada*	77 (76-77)	72 (72-73)	69 (69-70)	10 (9-10)
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	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 et autre système nerveux	49 (48-50)	49 (47-50)	50 (47-52)	44 (42-46)	43 (40-46)	45 (42-48)
Autre système nerveux	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; 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

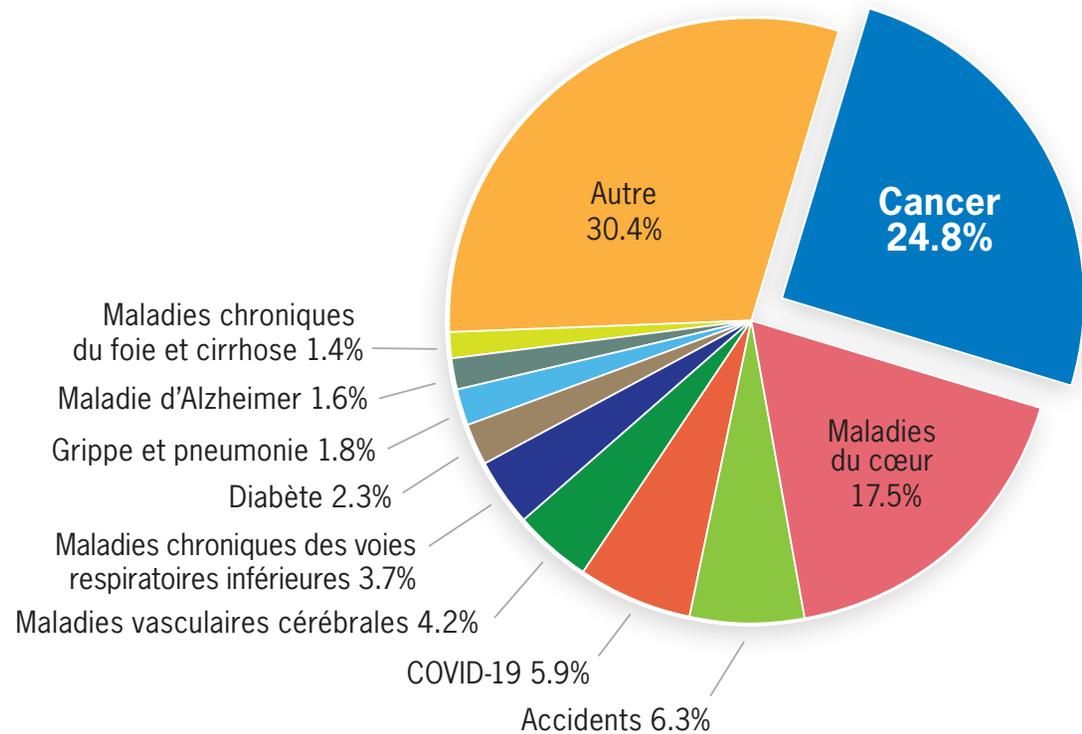
Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

Le cancer est la première cause de décès au Canada

Le cancer représente un fardeau énorme pour la santé des personnes au Canada et pour le système de santé canadien. Cette publication montre que 42 % des personnes au Canada devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie et que 22 % d'entre eux devraient mourir de cette maladie. En 2022, le cancer était responsable d'une proportion significativement plus élevée de tous les décès (24,8 %) que n'importe laquelle des autres principales causes de décès au Canada, y compris les maladies cardiaques (17,5 %), les accidents (6,3 %), la COVID-19 (5,9 %) et les maladies cérébrovasculaires (4,2 %) (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 2020 à 2022, les APVP, tous cancers confondus, étaient d'environ 1 288 360 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 871 800 années pour la période allant de 2020 à 2022.

FIGURE 4.1 Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2022



Nota : en 2022, le nombre total de décès était de 336 998

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 (accédé le 19 février, 2025)

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.

Le cancer est une maladie complexe

Le cancer est une maladie complexe qui est influencée par de nombreux facteurs, notamment la génétique, les comportements liés à la santé 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 la capacité d'envahir les tissus avoisinants. Cette croissance anormale des cellules peut commencer presque n'importe où dans le corps, et elle se comportera 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 prise en charge clinique efficace des différents types de cancers.

Comment le cancer se propage-t-il?

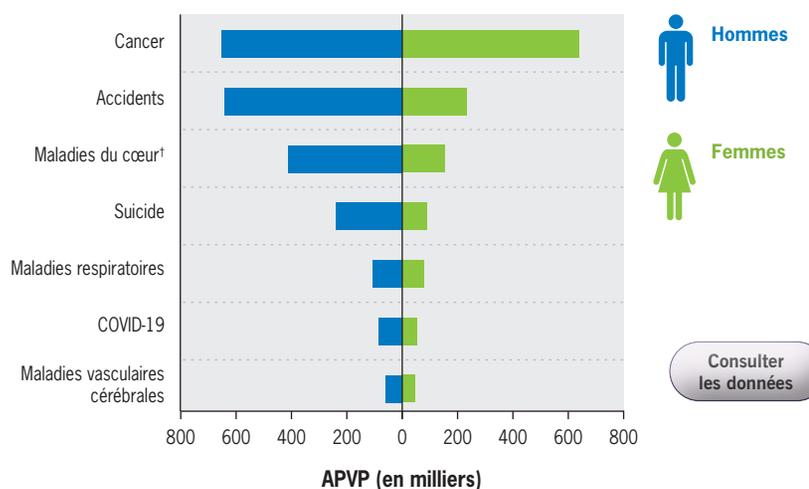
N'importe quel type de cancer peut se propager (métastase) de l'organe d'origine à un autre endroit du corps. La propagation d'un cancer et l'étendue de sa propagation dépendent de plusieurs facteurs, comme le type de cancer, l'agressivité des cellules cancéreuses, l'emplacement de la tumeur primaire, 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)⁽¹⁾ et sont donc associés à un taux de survie très faible⁽²⁾.

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 la profondeur de la tumeur et du moment où

FIGURE 4.2 Certaines causes de décès* et les années potentielles de vie perdues (APVP) qui y sont associées, Canada, 2020 à 2022



* Voir l'*Annexe II : Sources de données et méthodologie* 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 calculées en utilisant les maladies du cœur ischémique seulement, alors que celles rapportées ici et en 2023 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.

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

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

les symptômes se manifestent. Cela aide à expliquer pourquoi le cancer du pancréas, qui sévit profondément dans l'organisme et qui est généralement asymptomatique aux premiers stades, est détecté beaucoup plus tard que le cancer du testicule (pour lequel une bosse peut être ressentie).

Le présent rapport met en évidence l'incidence continue du dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus sur la réduction de l'incidence du cancer en déterminant et en éliminant les lésions précancéreuses. Les personnes dont le cancer est détecté tôt ont de meilleurs pronostics. Par exemple, la mortalité par cancer du sein est en baisse depuis plusieurs décennies en raison des mammographies de

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Kayla Ouellette avait 26 ans et en était à sa deuxième semaine d'emploi lorsqu'elle a remarqué une masse à la gorge. En tant que mère de deux enfants, elle a été extrêmement inquiète lorsqu'elle a reçu un diagnostic de cancer de la thyroïde. Pendant six semaines, elle s'est rendue à Saint John, au Nouveau-Brunswick, pour recevoir des radiations; cela représente trois heures de déplacement aller et retour. Maintenant au chômage et avec une aide au revenu limitée, Kayla a dû faire face à un fardeau financier important.

« C'était stressant de savoir d'une semaine à l'autre si j'allais avoir assez d'essence pour faire un aller-retour à l'hôpital. C'était la même chose tous les jours : aurais-je assez d'argent? »

dépistage précoces de population et d'une amélioration de la prise en charge clinique après le diagnostic.

Au cours des dernières années, des efforts notables ont été déployés pour élargir les programmes de dépistage du cancer pour les Canadiens. Des programmes de dépistage du cancer du poumon⁽³⁾ ont été mis en œuvre ou la planification de la mise en œuvre est en cours dans plusieurs administrations. L'élaboration de programmes de dépistage du cancer du poumon est un grand pas en avant pour réduire l'incidence du cancer le plus courant et le plus mortel au Canada. Des efforts sont en cours pour élargir l'admissibilité au dépistage du cancer du sein⁽⁴⁾ aux groupes d'âge plus jeunes, car de plus en plus de provinces s'efforcent d'abaisser l'âge du début du dépistage, de 50 à 45 ans, voire à 40 ans. De plus, le gouvernement fédéral a augmenté ses investissements en recherche⁽⁵⁾ pour mieux comprendre les différences entre le dépistage du cancer du sein et les résultats pour diverses populations. Enfin, de nombreuses provinces et territoires ont adopté ou préparent à passer du test Pap au test de dépistage de l'ADN du VPH, ce qui améliorera l'efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus⁽⁶⁾ au Canada. Ces tests auront une incidence, car les cohortes de personnes qui ont déjà reçu le vaccin contre le VPH atteindront



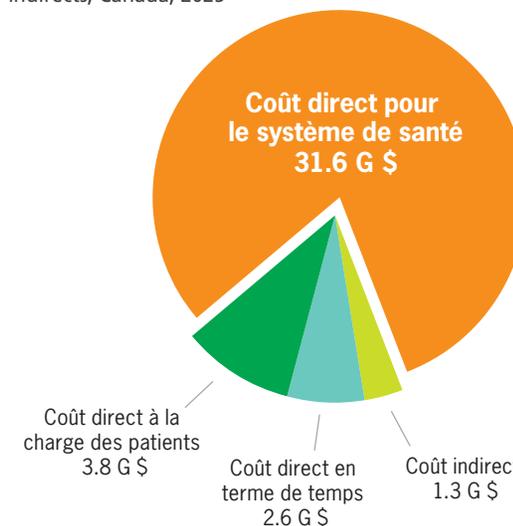
Un diagnostic de cancer peut entraîner de graves difficultés financières pour les personnes et les familles.

l'âge d'admissibilité au dépistage. L'évolution continue des programmes de dépistage démontre l'importance de la recherche et de l'innovation pour maximiser les avantages de la prévention et de la détection précoce du cancer pour toutes les personnes vivant au Canada.

Le cancer impose un fardeau économique considérable aux personnes au Canada

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

FIGURE 4.3 Répercussions économiques projetées du cancer d'un point de vue sociétal, y compris les coûts directs pour les systèmes de santé, les coûts directs à la charge des patients, les coûts directs en termes de temps et les coûts indirects, Canada, 2025



Analyses : Université de Calgary

Sources : Plusieurs sources de données ont été utilisées pour établir ces coûts. Pour plus de détails, voir [Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2024 sur le coût du cancer au Canada](#).

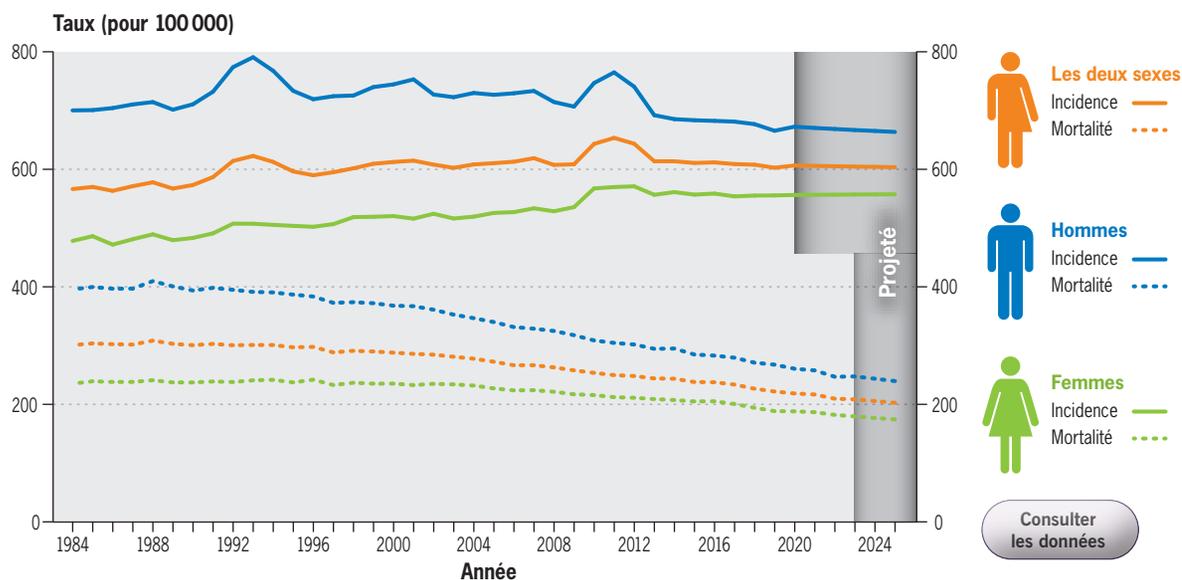
émotionnels liés à la maladie⁽⁷⁻¹⁰⁾. Une enquête nationale, menée dans 20 centres de cancérologie partout au Canada, a révélé qu'un tiers des répondants à l'enquête étaient confrontés à un fardeau financier élevé, faisant état de difficultés financières « assez importantes, importantes ou les pires possibles » causées par les dépenses liées à leurs soins⁽¹¹⁾. Ce fardeau était particulièrement ressenti par les personnes à faible revenu. Dans 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. Une autre étude canadienne⁽¹²⁾ a révélé que jusqu'à 40 % des personnes atteintes de cancer éprouvent des difficultés financières et a noté que la couverture des traitements liés au cancer varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Plus récemment, un rapport sur le fardeau économique du cancer^(13,14) a estimé qu'en moyenne, les personnes atteintes de cancer font face à un fardeau financier important de près de 33 000 \$ au cours de leur vie, composé de dépenses personnelles et d'occasions perdues liées au temps et au revenu tout au long de leur expérience liée au cancer. Les dépenses personnelles devraient augmenter sans soutien ni intervention systématique. En 2025, on estime que le coût du cancer pour les personnes atteintes de cancer et leurs aidants s'élèvera à 7,8 milliards de dollars (figure 4.3). En termes d'incidence totale sur la société canadienne, les coûts liés au cancer devraient totaliser 39,3 milliards de dollars en 2025, soit une augmentation de 50 % par rapport aux estimations de 2021⁽¹⁴⁾. Compte tenu du nombre croissant de cas de cancer diagnostiqués chaque année au Canada et de l'augmentation rapide du coût des traitements⁽¹⁵⁾, le coût sociétal total des soins contre le 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 lutte contre le cancer entre le Canada et d'autres pays peuvent être trouvées dans diverses ressources internationales, comme celles fournies à l'annexe I. Selon l'indice de préparation au cancer de l'Economist Intelligence Unit, le Canada se classe au sixième rang sur

28 pays⁽¹⁶⁾. Une étude 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 santé universel^(9,17). La recherche exploratoire en cours par l'ICBP vise à comprendre pourquoi les résultats du cancer varient d'un pays à revenu élevé à l'autre. Par exemple, des études ont exploré les taux de cas de cancer diagnostiqués à la suite d'une visite aux services d'urgences⁽¹⁸⁾ et les différences

FIGURE 4.4 Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada*, 1984 à 2025



*Les données sur l'incidence réelle étaient disponibles jusqu'en 2019 dans chaque province et territoire, à l'exception du Québec (2017 était la dernière année de données soumise au Registre canadien du cancer pour cette province au moment de l'analyse). Le nombre de cas projeté pour le Québec en 2018 et 2019 a été utilisé pour faciliter le calcul des estimations nationales pour ces années. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2022 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Yukon, pour lequel les données étaient disponibles jusqu'en 2016 et imputées de 2017 à 2022. Les taux d'incidence pour 2020-2025 et les taux de mortalité pour 2023-2025 sont projetés. Pour plus de détails, voir l'annexe II : Source des données et méthodes.

Nota : Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021. 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). 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.

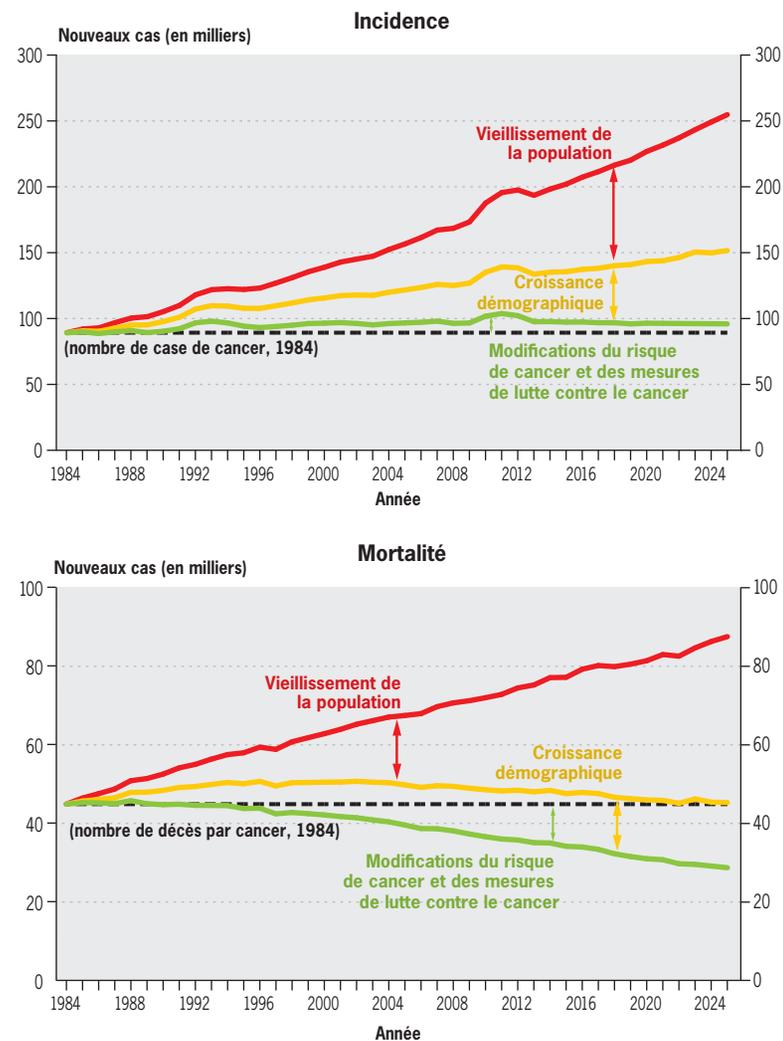
dans l'utilisation de la radiothérapie⁽¹⁹⁾ et de la chimiothérapie⁽²⁰⁾. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les différences d'accès aux diagnostics, les traitements optimaux et les structures des systèmes de santé⁽²¹⁾.

Le Canada participe à plusieurs initiatives internationales visant à faire progresser la prévention et les soins du cancer. Dans le cadre de la stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé⁽²²⁾, des travaux sont en cours pour éliminer le cancer du col de l'utérus au Canada d'ici 2040⁽²³⁾ en augmentant la vaccination contre le VPH, en passant du test Pap au test ADN du VPH pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et en améliorant le suivi des résultats anormaux du dépistage. En ce qui concerne le tabagisme commercial, les chercheurs ont constaté que le Canada est l'un des pays qui est « presque prêt pour la fin du jeu » (c.-à-d. réduire la prévalence du tabagisme à moins de 5 %)⁽²⁴⁾. Un rapport récent a révélé que plus de 95 % des centres de cancérologie au Canada offrent du soutien à l'abandon du tabac dans le cadre de soins complets contre le cancer⁽²⁵⁾.

Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure

Beaucoup de progrès ont été réalisés à mesure que nous en apprenions davantage sur la façon dont le cancer se développe, ce qui augmente le risque et la meilleure façon de prévenir et de traiter les divers types de cancer. Ces progrès sont représentés 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 plus de 42 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes depuis que le taux de mortalité par cancer a atteint son maximum en 1988 (figure 4.4). Des études récentes suggèrent que les efforts de lutte contre le cancer, y compris la prévention, le dépistage, la détection et le

FIGURE 4.5 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 2025



 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.

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 spino-cellulaire). Les données réelles sur l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec, et les données sur la mortalité jusqu'en 2022 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.

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

traitement précoces, ont déjà permis d'éviter plus d'un demi-million de décès par cancer chez les Canadiens depuis que les taux de mortalité ont atteint un sommet pour tous les cancers à la fin des années 1980. Depuis, malgré une population en croissance constante et vieillissante, les taux de mortalité pour la plupart des types de cancer ont considérablement diminué en raison des progrès réalisés à ce jour⁽²⁶⁾.

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 chez les jeunes sont en hausse au Canada et d'autres pays occidentaux⁽²⁷⁻²⁹⁾. 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⁽³⁰⁾.

La [figure 4.5](#) 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 une incidence plus significative sur la réduction du nombre de Canadiens qui meurent du cancer. Malheureusement, ces progrès ont été surpassés par l'incidence du vieillissement de la population, suivi de la croissance démographique, qui ont toutes deux contribué à une augmentation spectaculaire du nombre de cas de cancer et de décès par cancer chaque année. Par conséquent, le système de santé canadien devrait faire face à une demande croissante de services liés au cancer, comme les diagnostics, les traitements et les soins palliatifs.

De plus, un pourcentage croissant de Canadiens déjouent les pronostics de survie au cancer, ce qui signifie qu'il y a un nombre croissant de survivants du cancer dans la population⁽³¹⁾. En 2018, plus de 1,5 million de personnes au Canada vivaient avec le cancer ou après avoir reçu un diagnostic de cancer, et la prévalence du cancer était en hausse⁽³¹⁾. Bien que de nombreuses personnes qui survivent à un diagnostic de cancer mènent une vie épanouissante et productive, leur expérience du cancer peut entraîner des défis physiques, émotionnels, spirituels et financiers continus longtemps après le traitement de la maladie^(31,32). 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 socioéconomique. 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⁽³³⁾.

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis qui accèdent au système de santé continuent d'être victimes d'un racisme systémique généralisé qui leur manque de respect et les maltraite, et ils sont 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⁽³⁴⁾. 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⁽³⁵⁾. 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^(36,37). 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⁽³⁸⁾. 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 sûrs, à un soutien pour les déplacements pour les 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 les disparités dans 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^(36,39). 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^(36,39). 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⁽³⁹⁾. 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⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Ces disparités dans les résultats sont probablement dues à un accès inéquitable aux soins de santé et à des diagnostics tardifs. La recherche suggère que le taux de dépistage du cancer pour la plupart des types de cancer est plus faible dans de nombreuses collectivités des Premières Nations. Par exemple, les collectivités des Premières Nations de l'Alberta ont un taux de participation au dépistage du cancer du sein inférieur de près de 24 % et un taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus inférieur de 14 % par rapport aux autres communautés de l'Alberta^(42,43).

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⁽⁴⁴⁾. 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⁽⁴⁵⁻⁴⁹⁾.

Les personnes 2ELGBTQ+ 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⁽⁵⁰⁾. 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⁽⁵¹⁾. Des barrières

structurelles qui réduisent les taux de dépistage et l'accès aux soins appropriés ont été observées pour les populations 2ELGBTQ+, ce qui peut conduire à de moins bons résultats en matière de santé⁽⁵²⁻⁵⁴⁾.

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⁽⁵⁵⁾. 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⁽³⁹⁾. 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⁽⁵⁶⁾.

Le Canada ne dispose pas de données de surveillance sur la santé basées sur la race et l'appartenance ethnique, ce qui rend difficile la quantification complète des résultats du cancer dans les communautés issues de la diversité au Canada. 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. 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 et le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) ont publié la Stratégie pancanadienne de données sur le cancer, qui décrit les priorités d'action et d'investissement pour améliorer la collecte, l'intégration et

l'utilisation des données dans le but ultime d'améliorer les soins, le contrôle et les résultats du cancer 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'attachent à mieux intégrer les données socioéconomiques et ethnoculturelles aux données sur le cancer et les résultats. 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⁽⁵⁵⁾. 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⁽⁵⁷⁾. L'ICIS a 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⁽⁵⁸⁾. À l'heure actuelle, la collecte de données relève en grande partie des ministères de la Santé et des autorités en matière de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. De plus en plus, les gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont responsables de la collecte de données pour les Autochtones. Il est primordial que tous les détenteurs de données s'alignent et prennent des mesures en conséquence.

Partout au Canada, les provinces et les territoires ont déployé des efforts pour recueillir des données sur les populations mal desservies. Par exemple,

FIGURE 4.6 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	Jaune	Jaune	Jaune
Lymphome non hodgkinien	Rouge	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Mélanome	Vert	Vert	Jaune	Vert	Jaune
Utérus (corps, SAI)	Jaune	Rouge	Jaune	Vert	Jaune
Rein et bassinnet du rein	Jaune	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Tête et cou	Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune
Pancréas	Jaune	Rouge	Jaune	Rouge	Rouge
Leucémie	Rouge	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Glande thyroïde	Rouge	Jaune	Jaune	Vert	Vert
Foie et canaux biliaires intrahépatiques	Vert	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Estomac	Vert	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Myélome	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Encéphale et autre système nerveux	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Ovaire	Rouge	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Œsophage	Vert	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Tissus mous (y compris 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

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).

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^(59,60). 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⁽⁶¹⁾. 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 contribuer à orienter la lutte contre le cancer?

La grande variation observée 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 4.6 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 4.6 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⁽⁶²⁾. 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⁽⁶³⁾.

Par exemple, on estime que 3 300 nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Canada en 2015 étaient attribuables à la consommation d'alcool⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾. 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⁽⁶⁷⁾. 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 attribuables au tabagisme et environ 3,5 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus (11 %) continuent de fumer des cigarettes quotidiennement, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour contrôler le tabagisme commercial^(64-66,68). En collaboration avec des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, la Société canadienne du cancer et le Partenariat canadien contre le cancer ont lancé une initiative nationale d'abandon du tabac pour soutenir les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones vivant en milieu urbain, qui ont des taux de tabagisme beaucoup plus élevés que les populations non autochtones⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾. L'augmentation du vapotage ou de l'utilisation de la cigarette électronique chez les jeunes et les jeunes adultes est également une préoccupation croissante pour la santé⁽⁶⁹⁻⁷⁴⁾. Chez les jeunes (15 à 19 ans) et les jeunes adultes (20 à 24 ans) en 2022, la prévalence du vapotage au cours des 30 derniers jours était de 14 % et 20 %, respectivement⁽⁷⁵⁾. Bien qu'il n'y ait pas de données définitives à l'heure actuelle, le vapotage ou l'utilisation de la cigarette électronique peut augmenter le risque de cancer du poumon⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾, car les dispositifs de

Points de vue des personnes touchées par le cancer

Après qu’**Alyson Haiart** a passé son examen médical annuel en 2014, elle a reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade III. Elle préconise maintenant des tests de radon, car elle a testé sa maison et a trouvé des niveaux de radon très élevés.

« Il est également très important de faire connaître le danger du radon. Lorsque nos voisins ont entendu parler de nos niveaux élevés de radon, quelques-uns d’entre eux ont également fait des tests. De nombreuses maisons ne présentaient pas de hauts niveaux, mais certaines avaient des niveaux élevés, et nous avons pu leur parler de l’entreprise que nous avons utilisée pour l’atténuer. »

cigarette électronique et les liquides de vapotage contiennent des cancérogènes définis et probables⁽⁷⁶⁾. La recherche montre que les concentrations de particules fines (PM_{2,5}), un facteur de risque bien établi de cancer du poumon, produites lors de l’utilisation de la cigarette électronique sont bien supérieures au seuil recommandé par l’Organisation mondiale de la Santé^(77,79).

Les résultats du présent rapport nous rappellent également l’importance de surveiller d’autres facteurs de risque connus et émergents lorsque l’on examine la possibilité de prévenir différents cancers. Par exemple, le cancer du poumon est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada, nous devons donc porter une attention

particulière aux autres facteurs de risque de cette maladie. Il a également été démontré que l’exposition à long terme à des facteurs de risque environnementaux, notamment le radon, l’amiante, la pollution atmosphérique et l’arsenic dans l’eau de puits, augmente le risque de cancer du poumon⁽⁸⁰⁻⁸⁵⁾. On s’attend à ce que les processus et les événements causés par les changements climatiques augmentent davantage la prévalence de ces facteurs environnementaux et, par conséquent, le risque d’exposition^(77,86-89). Par exemple, le dégel du pergélisol entraîne une augmentation du radon, les feux de forêt entraînent une augmentation de la pollution atmosphérique par les particules, et l’effet combiné de températures plus élevées, de sécheresses ou d’inondations permet à l’oxygène de pénétrer dans les aquifères souterrains, ce qui entraîne une augmentation de l’arsenic^(77, 86-89). En particulier, le radon – la deuxième cause de cancer du poumon – peut se concentrer à des niveaux élevés et cancérigènes dans l’air intérieur^(80,90-92). L’exposition à long terme au radon augmente le risque de cancer du poumon d’environ 16 % pour 100 Bq/m³ et est connue pour augmenter encore plus le risque de cancer du poumon (c.-à-d. avoir un effet synergique) avec d’autres facteurs de risque, notamment le tabagisme et le vapotage^(77,92-95). À l’heure actuelle, environ 18 % des maisons au Canada ont des concentrations de radon égales ou supérieures à 200 Bq/m³, ce qui est le seuil supérieur de Santé Canada pour le radon intérieur^(93,96). L’analyse du radon à l’intérieur et la prise de mesures pour réduire les concentrations élevées sont des étapes importantes pour réduire le risque d’exposition^(97,98).

Santé Canada recommande l’utilisation d’appareils de dépistage du radon à long terme qui ont réussi le Programme national canadien de compétence sur le radon (PNR-C)⁽⁹⁷⁾.

Comme il est mentionné au [chapitre 1](#), l’incidence du cancer du col de l’utérus ne diminue plus après une longue période de progrès importants. 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⁽⁹⁹⁾. 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^(23,100). 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⁽²²⁾. 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 et nos conseillers, 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⁽²³⁾.

Délectabilité

La détection précoce du cancer (p. ex., au moyen de 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 chez les populations à risque élevé a été exploré dans plusieurs provinces dans le cadre de projets pilotes et d'essais de recherche. Ils ont démontré que le dépistage est faisable, expansible 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⁽¹⁰¹⁾.

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⁽¹⁰²⁾, 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. La vigilance et les efforts continus sont nécessaires pour accroître la participation équitable aux programmes de dépistage afin d'atteindre les taux de dépistage cibles partout au Canada.

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^(103,104). 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 pandémie de 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.

Baisse des diagnostics de cancer

Les données 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⁽³⁵⁾. 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⁽¹⁰⁵⁾.

Les efforts internationaux confirment également que les diagnostics de cancer ont diminué de 40 % entre le 9 mars et le 17 mai 2020, comparativement à la moyenne des diagnostics sur les mêmes périodes en 2018 et 2019⁽¹⁰⁶⁾. Des rapports récents de la plupart des provinces canadiennes confirment la baisse notable des diagnostics de cancer enregistrés. La première année de la pandémie a été marquée par une importante sous-déclaration des diagnostics de cancer, avec des réductions allant jusqu'à 15 % au Québec et de 34 % en Ontario au cours des premières semaines de la pandémie^(107,108). Certains cancers, comme le mélanome, le cancer du col de l'utérus et le cancer de la prostate, ont connu les baisses les plus marquées, ce qui indique des lacunes dans les services diagnostiques au cours de cette période⁽¹⁰⁷⁾. L'incidence à long terme de la COVID-19 sur les résultats du cancer au Canada ne sera pas connue avant plusieurs années, voire des décennies. Ce que nous savons, c'est que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atténuer les perturbations

des services et les retards dans les diagnostics. 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⁽³⁵⁾.

Incidence sur les résultats équitables

Compte tenu des répercussions disproportionnées de la pandémie sur les communautés noires et autres communautés racisées^(109,110), 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. Dans l'ensemble, la COVID-19 a touché les populations marginalisées plus que d'autres et a exacerbé les inégalités auxquelles sont confrontées de nombreuses personnes, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les communautés racisées, les personnes 2ELGBTQI+ et d'autres⁽¹¹¹⁾. La pandémie a créé des disparités dans l'accès aux soins de santé, qui se sont traduites par des dépistages retardés, des chirurgies reportées et des cas sous-déclarés pour divers types de cancer^(112,113). Les projections à long terme soulignent l'incidence cumulée des retards de dépistage et de traitement sur les populations vulnérables, en soulignant le rôle que les différences de niveau socioéconomique et d'emplacement géographique peuvent avoir sur les résultats en matière de santé⁽¹¹⁴⁾.

VAP = variation annuelle en pourcentage

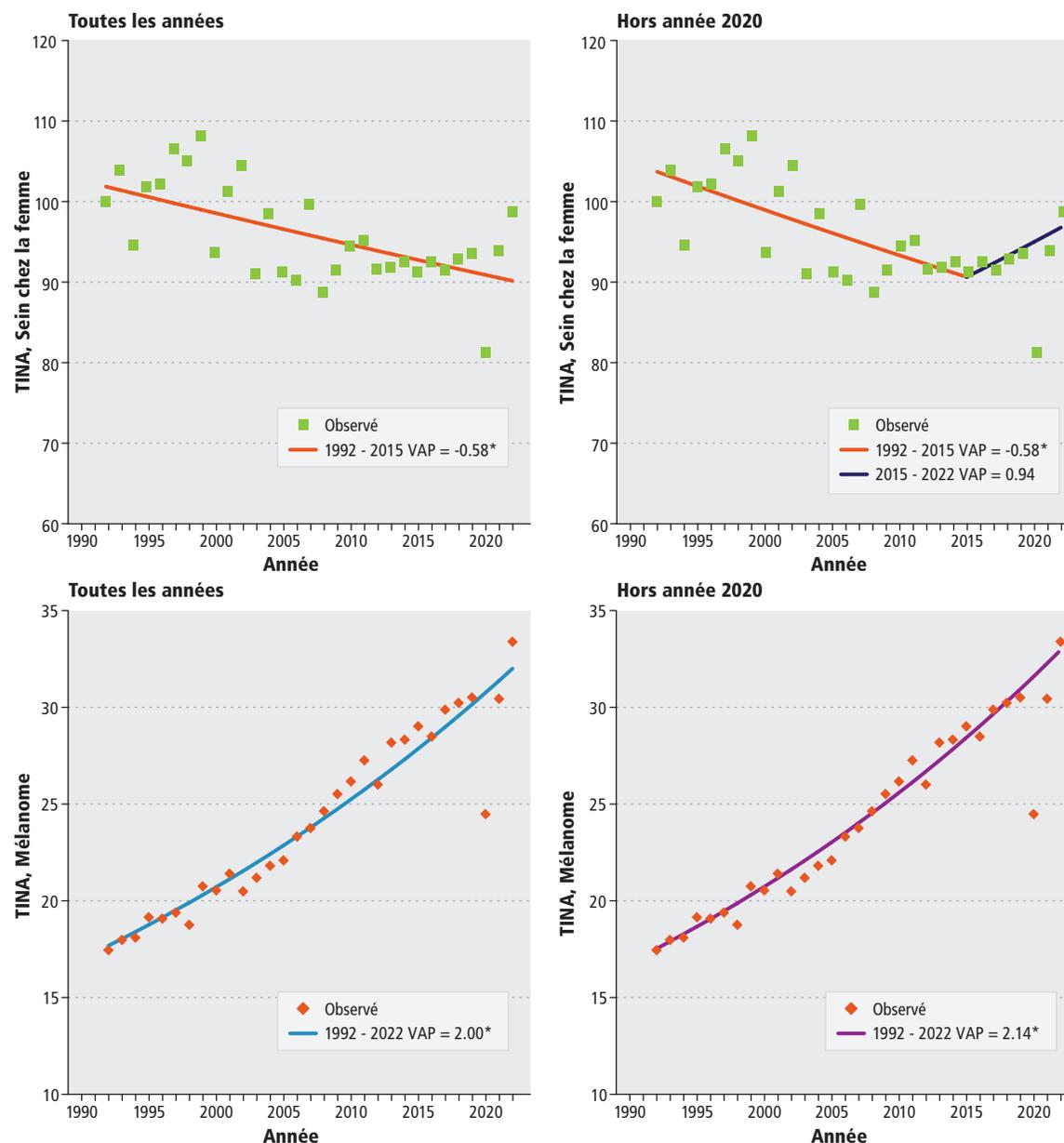
* La VAP diffère sensiblement de 0, $p < 0,05$.

Nota : Le Québec et la Nouvelle-Écosse sont exclus, car les données n'étaient pas disponibles pour 2020 et 2021. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021.

Analyses : Action Cancer Alberta, Albert Health Services

Source : Statistics Canada, [Tableau 13-10-0111-01](#), [Tableau 17-10-0005-01](#)

FIGURE 4.7 Tendances des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) du cancer du sein (haut) et du mélanome (bas) lorsque les données de 2020 sont incluses ou exclues des analyses des tendances, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 1992–2021



Points de vue des personnes touchées par le cancer

La pandémie de COVID-19 a créé des obstacles sans précédent à l'accès aux soins de santé, et **Jill Wilden** l'a découvert lorsqu'elle a essayé de passer sa mammographie de dépistage régulière. Dans les mois qui ont suivi son rendez-vous, Jill a senti une masse dans son sein. Elle vit maintenant avec un cancer du sein de stade IV.

« J'avais deux ans de retard lorsque les choses sont revenues à la normale. Je savais qu'il y avait quelque chose d'étrange, mais il n'y a pas d'antécédent de cancer dans ma famille, alors ça m'a pris au dépourvu. »

Incidence de la COVID-19 sur les analyses du présent rapport

Les données sur la mortalité pour 2020, 2021 et 2022 sont incluses dans les projections, mais, comme l'indiquent les figures 4.1 et 4.2, la mortalité et les APVP en raison du cancer sont beaucoup plus élevées que celles de la COVID-19. Par conséquent, aucun changement majeur dans la mortalité globale par cancer n'a été observé. On s'attend à ce que les interruptions des efforts de lutte contre le cancer nécessitent un horizon à plus long terme pour

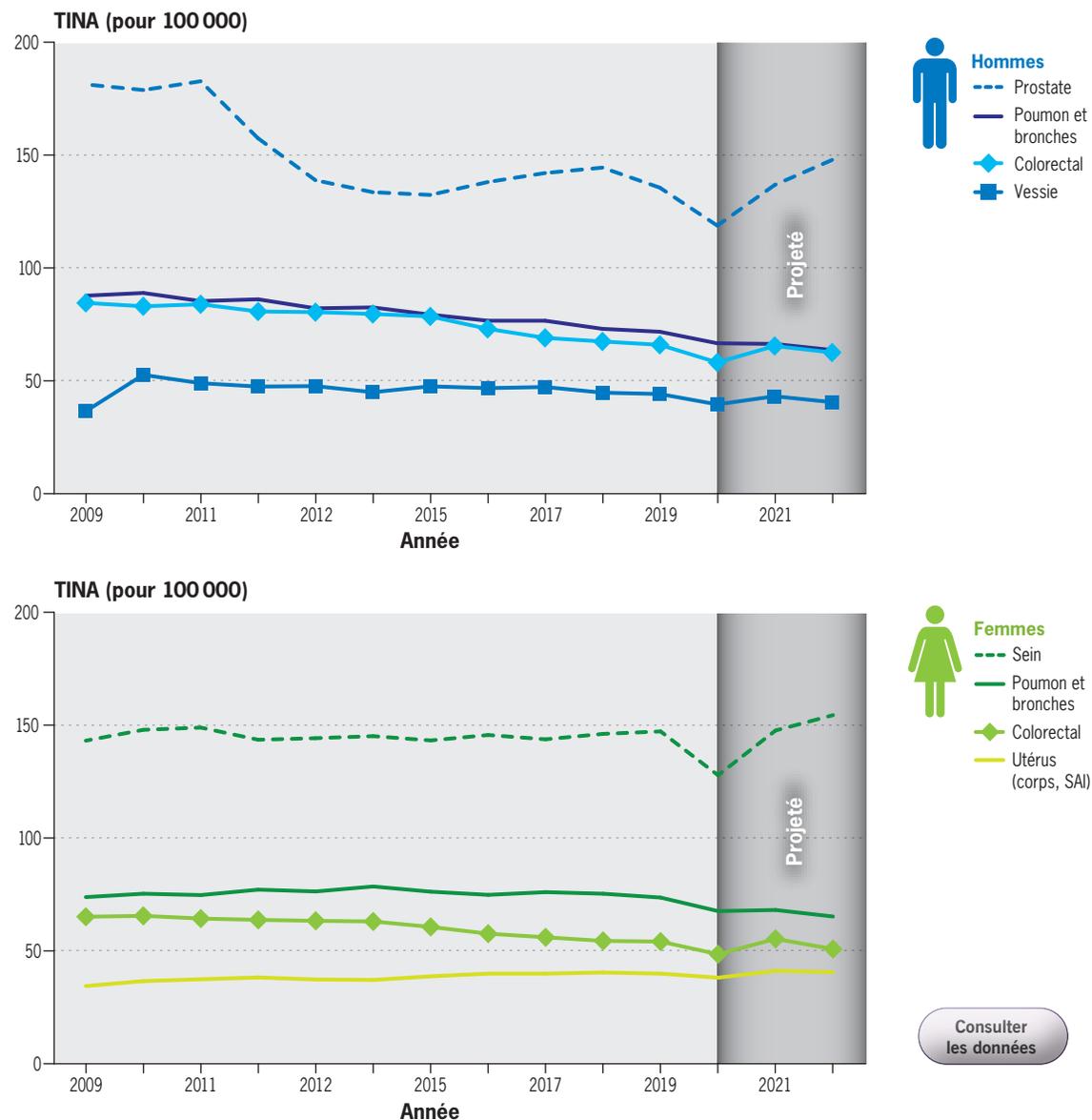
SAI = sans autre indication

Nota : Le Québec et la Nouvelle-Écosse sont exclus, car les données n'étaient pas disponibles pour 2020 et 2021. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne standard de 2021.

Analyses : Action Cancer Alberta, Albert Health Services

Source : Statistics Canada, [Tableau 13-10-0111-01](#), [Tableau 17-10-0005-01](#)

FIGURE 4.8 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les cancers sélectionnés, hommes et femmes, avec les points de données réels de 2020 et 2021 inclus pour le contexte visuel sur la précision probable des projections, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 2009–2025



Consulter les données

déterminer l'impact des retards diagnostiques largement signalés sur la survie et la mortalité par cancer⁽¹¹⁵⁾. On s'attend également à ce que les changements apportés aux efforts de lutte contre le cancer pendant la pandémie de COVID-19 aient eu des répercussions différentes à différents moments au pays. Ces répercussions seront évaluées dans les analyses futures.

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 de 2020 et de 2021 étaient disponibles au moment des analyses. Cependant, grâce à l'évaluation officielle, il a été observé que l'inclusion de données de 2020 entraînait une variabilité considérable et un biais potentiel dans les tendances. Étant donné que la baisse du nombre de diagnostics déclarés en 2020 représente un changement temporaire dans le diagnostic et le signalement plutôt qu'un véritable changement dans le risque sous-jacent et la présence de cancer prévus, les données de 2020 ont été exclues des analyses des tendances et les données de 2020 et de 2021 ont été exclues des projections actuelles. La [figure 4.7](#) montre deux exemples de la façon dont l'inclusion des données de 2020 peut avoir une incidence considérable sur les tendances signalées en matière d'incidence du cancer. Ces évaluations et approches visant à exclure les données de 2020 sont conformes aux rapports évaluant les tendances des données SEER des États-Unis⁽¹¹⁶⁾. La [figure 4.8](#) fournit un contexte visuel supplémentaire de la façon dont les données de 2020 influencent les tendances et pourraient biaiser les projections de 2025 en raison des limites des types de modèles utilisés pour projeter les taux de cancer. Au fur et à mesure que d'autres années de données complètes seront disponibles, il sera possible soit de supprimer 2020 en tant que valeur

aberrante et d'utiliser les données des dernières années pour les tendances, soit d'utiliser d'autres approches de lissage.

Des groupes de recherche sur la surveillance du cancer, dont le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, ont évalué différentes approches pour modéliser et projeter les données sur le cancer en raison de la baisse des diagnostics et des signalements attribuable à la pandémie. Les versions futures du présent rapport contiendront plus de renseignements et de mises à jour avec des années supplémentaires de données incluses et évaluées afin d'optimiser l'exactitude de nos projections d'incidence à court terme.

Résumé

L'information contenue dans la [figure 4.5](#) peut aider à déterminer les réussites passées et à cibler les efforts futurs 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. Des travaux sont en cours pour faire progresser ces domaines de manière équitable pour les Canadiens et les Canadiennes. De telles évaluations complètes peuvent aider à contextualiser les statistiques présentées dans la présente publication en mettant en évidence les lacunes et les possibilités dans les stratégies de lutte contre le cancer en population. Les estimations contenues dans la présente publication peuvent orienter les domaines prioritaires pour la recherche clinique et les services de santé.

Ressources supplémentaires

Le site cancer.ca/statistiques contient des ressources supplémentaires pour ce chapitre. Il comprend ce qui suit :

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

Références

1. 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 2025).
2. 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.
3. Partenariat canadien contre le cancer [en ligne]. Dépistage du cancer du poumon au Canada, 2023-2024; 2024. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-screening-canada-2023-2024/programs/> (consulté en avril 2025).
4. Partenariat canadien contre le cancer [en ligne]. Dépistage du cancer du sein au Canada, 2023-2024; 2024. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/breast-screening-canada-2023-2024/programs/guidelines/> (consulté en avril 2025).
5. Le gouvernement du Canada investit dans la recherche sur le cancer du sein et la sensibilisation du public [Communiqué de presse]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada, 2024.
6. Partenariat canadien contre le cancer [en ligne]. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada, 2023-2024; 2024. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/cervical-screening-canada-2023-2024/modalities/> (consulté en avril 2025).
7. Canadian Cancer Action Network and Canadian Cancer Society [en ligne]. Five-year action plan to address the financial hardship of cancer in Canada: A call for action. Toronto, ON; 2010. Accès : <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/MB/get%20involved/take%20action/financial%20hardship%20of%20cancer%20in%20Canada/financialhardshipofcancer-MB-EN.pdf?la=en> (consulté en Mars 2024)
8. 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):1216-48.
9. 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):325-41.
10. Essue BM, Iragorri N, Fitzgerald N, de Oliveira C. The psychosocial cost burden of cancer: A systematic literature review. *Psycho-oncol*. 2020;29(11):1746-60.
11. Longo CJ, Fitch MI, 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.
12. Wood TF, Murphy RA. Tackling financial toxicity related to cancer care in Canada. *CMAJ*. 2024;196(9):E297-E8.
13. 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 [en ligne]. Statistiques canadiennes sur le cancer : Un rapport spécial de 2024 sur les répercussions économiques du cancer au Canada. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2024. Accès : https://cdn.cancer.ca/~media/files/research/cancer-statistics/2024-statistics/2024-special-report/2024_pdf_fr.pdf (consulté en avril 2025).

14. 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):2735–48.
15. Del Paggio JC, Naipaul R, Gavura S, Mercer RE, Koven R, Gyawali B, et al. Cost and value of cancer medicines in a single-payer public health system in Ontario, Canada: A cross-sectional study. *Lancet Oncol*. 2024;25(4):431–8.
16. The Economist Intelligence Unit [en ligne]. The index of cancer preparedness 2022. *Curr Oncol*. Accès : https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Cancer_preparedness_around_the_world.pdf (consulté en avril 2025).
17. 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 SURVIMARK-2): A population-based study. *Lancet Oncol*. 2019;20(11):1493–505.
18. McPhail S, Swann R, Johnson SA, Barclay ME, Abd Elkader H, Alvi R, et al. Risk factors and prognostic implications of diagnosis of cancer within 30 days after an emergency hospital admission (emergency presentation): An international cancer benchmarking partnership (ICBP) population-based study. *Lancet Oncol*. 2022;23(5):587–600.
19. McPhail S, Barclay ME, Swann R, Johnson SA, Alvi R, Barisic A, et al. Use of radiotherapy in patients with oesophageal, stomach, colon, rectal, liver, pancreatic, lung, and ovarian cancer: An international cancer benchmarking partnership (ICBP) population-based study. *Lancet Oncol*. 2024;25(3):352–65.
20. McPhail S, Barclay ME, Johnson SA, Swann R, Alvi R, Barisic A, et al. Use of chemotherapy in patients with oesophageal, stomach, colon, rectal, liver, pancreatic, lung, and ovarian cancer: An international cancer benchmarking partnership (ICBP) population-based study. *Lancet Oncol*. 2024;25(3):338–51.
21. Cancer Research UK [en ligne]. International cancer benchmarking partnership (ICBP). London, UK: Cancer Research UK. Accès : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/data-and-statistics/international-cancer-benchmarking-partnership-icbp> (consulté en avril 2025).
22. 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 2025).
23. 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 2025).
24. Tamil Selvan S, Yeo XX, van der Eijk Y. Which countries are ready for a tobacco endgame? A scoping review and cluster analysis. *Lancet Glob Health*. 2024;12(6):e1049–e58.
25. Partenariat canadien contre le cancer. Abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer au Canada, 2022-2023. Toronto, ON.
26. Warkentin MT, Ruan Y, Ellison LF, Billette JM, Demers A, Liu FF, et al. Progress in site-specific cancer mortality in Canada over the last 70 years. *Sci Rep*. 2024;14(1):5688.
27. 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.
28. Akimoto N, Ugai T, Zhong R, Hamada T, Fujiyoshi K, Giannakis M, et al. Rising incidence of early-onset colorectal cancer – A call to action. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(4):230–43.
29. Ugai T, Sasamoto N, Lee HY, Ando M, Song M, Tamimi RM, et al. Is early-onset cancer an emerging global epidemic? Current evidence and future implications. *Nat Rev Clin Oncol*. 2022;19(10):656–73.
30. 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 2025).
31. 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 (consulté en avril 2025).
32. 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.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/living-with-cancer-reportpatient-experience/> (consulté en avril 2025).
33. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*. 1991;43(6):1241–99.
34. University of British Columbia [en ligne]. "In Plain Sight" Report: Systemic racism in B.C. healthcare. 2020. Accès : <https://spgh.ubc.ca/in-plain-sight/> (consulté en avril 2025).
35. Partenariat canadien contre le cancer. La voie du rétablissement : le cancer à l'ère de la COVID-19 [en ligne]. 2022. Accès : <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/cancer-in-covid-19-era/summary/> (consulté en avril 2025).
36. Carrière GM, Tjepkema M, Pennock J, Goedhuis N. Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998–2007. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:18581.
37. Nunavut HCS [en ligne]. 2017 March report of the Auditor General of Canada Health Care Services—Nunavut. 2017. Accès : <https://assembly.nu.ca/sites/default/files/PAIOOE%2020170508%20final.pdf> (consulté en avril 2025).
38. 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.
39. 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 2025).
40. 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):145–51.
41. 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–E6.
42. Letendre A, Shewchuk B, Healy BA, Chiang B, Bill L, Newsome J, et al. Assessing breast cancer screening and outcomes among First Nations women in Alberta. *Cancer Control*. 2024;31:10732748241230763.
43. Yang H, Letendre A, Shea-Budgell M, Bill L, Healy BA, Shewchuk B, et al. Cervical cancer screening outcomes among First Nations and non-First Nations women in Alberta, Canada. *Cancer Epidemiol*. 2024;93:102672.
44. 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.
45. 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):1401–10.
46. 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):1331–59.
47. Buchman S, Rozmovits L, Glazier RH. Equity and practice issues in colorectal cancer screening: Mixed-methods study. *Can Fam Physician*. 2016;62(4):e186–93.
48. 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):509–16.
49. 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):611–8.
50. 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):2771–85.
51. 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 2025).
52. 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.
53. 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):e88–95.
54. 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.
55. 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 2025).
56. 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.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/breast-cancer-screening-in-canada-2021-2022/population-outreach/rural-remote/> (consulté en avril 2025).
57. 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.chi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf> (consulté en mai 2025).
58. Institut canadien d'information sur la santé. Mesurer les inégalités en santé : trousse d'outils [en ligne]. Accès : <https://www.chi.ca/fr/mesurer-les-inegalites-en-santetrousse-doutils> (consulté en avril 2025).
59. 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 2025).
60. Hoyer B. Collecting racial data in Manitoba hospitals will help "disrupt and dismantle" racism in health care: Doctor. *CBC News* [en ligne]. 2023. Accès : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/university-manitoba-shared-health-race-based-data-hospital-patients-1.6734641> (consulté en avril 2025).
61. 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 2025).
62. Organisation mondiale de la Santé. Cancer : prévention [en ligne]. Genève (Suisse). Accès : https://www.who.int/fr/health-topics/cancer#tab=tab_2 (consulté en avril 2025).
63. Poirier AE, Ruan, Y., Volesky, K., King, W.D., O'Sullivan, D.E., Gogna, P. The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results. *Preventive Medicine*. 2019;122:140–7.
64. 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 2025).
65. Statistique Canada. Tableau 13-10-0096-01. Caractéristiques de la santé, estimations annuelles [en ligne]. Accès : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb1/fr/tv.action?pid=1310009601&request_locale=fr (consulté en avril 2025).

66. 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-x2016010-fra.htm> (consulté en avril 2025).
67. Paradis CB, P. Shield, K. Poole, N. Wells, S. Naimi, T. Sherk, A. & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's guidance on alcohol and health: Final Report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023. Accès : https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf (consulté en avril 2025).
68. 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.
69. Besaratinia A, Tommasi S. Vaping: A growing global health concern. *EClinicalMedicine.* 2019;17:100208.
70. Schneller LM, Kasza KA, Hammond D, Bansal-Travers M, O'Connor R, Hyland A. E-cigarette and tobacco product use among New York State youth before and after a state-wide vaping flavour restriction policy, 2020–2021. *Tobacco Control.* 2022;31(Suppl 3):s161–s6.
71. World Health Organization [en ligne]. Electronic cigarettes: Call to action. World Health Organization. Accès : <https://who.int/publications/m/item/electronic-cigarettes--call-to-action>. (accessed April 2025).
72. Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, East K. Use of disposable e-cigarettes among youth who vape in Canada, England and the United States: Repeat cross-sectional surveys, 2017–2023. *Addiction.* 2024.
73. Limb M. BMA calls for action to curb «vaping epidemic». *BMJ.* 2024;386:q1877.
74. Tattan-Birch H, Brown J, Shahab L, Beard E, Jackson SE. Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: A repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023. *Lancet Reg Health Eur.* 2024;42:100924.
75. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2022. Ottawa; 2022.
76. 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.
77. Shehata SA, Toraih EA, Ismail EA, Hagrass AM, Elmersy E, Fawzy MS. Vaping, environmental toxicants exposure, and lung cancer risk. *Cancers (Basel).* 2023;15(18).
78. Bittoni MA, Carbone DP, Harris RE. Vaping, smoking and lung cancer risk. *J Oncol Res Ther.* 2024;9(3).
79. Ruprecht AADM, C.; Saffari, A.; Pozzi, P.; Mazza, R.; Veronese, C. Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes. *Aerosol Sci Technol.* 2017;51(6).
80. Gogna P, Narain TA, O'Sullivan DE, Villeneuve PJ, Demers PA, Hystad P, et al. Estimates of the current and future burden of lung cancer attributable to PM_{2.5} in Canada. *Prev Med.* 2019;122:91–9.
81. Berg CD, Schiller JH, Boffetta P, Cai J, Connolly C, Kerpel-Fronius A, et al. Air pollution and lung cancer: A review by the International Association for the Study of Lung Cancer Early Detection and Screening Committee. *J Thorac Oncol.* 2023;18(10):1277–89.
82. Issanov A, Adewusi B, Saint-Jacques N, Dummer TJB. Arsenic in drinking water and lung cancer: A systematic review of 35 years of evidence. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2024;483:116808.
83. Ramamoorthy T, Nath A, Singh S, Mathew S, Pant A, Sheela S, et al. Assessing the global impact of ambient air pollution on cancer incidence and mortality: A comprehensive meta-analysis. *JCO Glob Oncol.* 2024;10:e2300427.
84. Villeneuve PJ, Parent ME, Harris SA, Johnson KC, Canadian Cancer Registries Epidemiology Research G. Occupational exposure to asbestos and lung cancer in men: Evidence from a population-based case-control study in eight Canadian provinces. *BMC Cancer.* 2012;12:595.
85. Zhang Z, Zhu D, Cui B, Ding R, Shi X, He P. Association between particulate matter air pollution and lung cancer. *Thorax.* 2020;75(1):85–7.
86. Aribam B, Alam W, Thokchom B. Water, arsenic, and climate change. *Water conservation in the era of global climate change.* 2021.
87. Egyed MB, Plummer D, Makar P, Matz C, et al. Health of Canadians in a changing climate: Advancing our knowledge for action. Ottawa, ON: Government of Canada; 2022.
88. Frisbie SH, Mitchell EJ, Molla AR. Sea level rise from climate change is expected to increase the release of arsenic into Bangladesh's drinking well water by reduction and by the salt effect. *PLoS One.* 2024;19(1):e0295172.
89. Liu C, Chen J, Zhang W, Ungar K. Outdoor radon dose rate in Canada's Arctic amid climate change. *Environ Sci Technol.* 2024;58(26):11309–19.
90. Lorenzo-Gonzalez M, Ruano-Ravina A, Torres-Duran M, Kelsey KT, Provencio M, Parente-Lamelas I, et al. Lung cancer and residential radon in never-smokers: A pooling study in the Northwest of Spain. *Environ Res.* 2019;172:713–8.
91. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. *Contemp Oncol (Pozn).* 2021;25(1):45–52.
92. Urrutia-Pereira M, Chatkin JM, Chong-Neto HJ, Sole D. Radon exposure: A major cause of lung cancer in nonsmokers. *J Bras Pneumol.* 2023;49(6):e20230210.
93. Mema SC, Baytalan G. Radon and lung cancer risk. *CMAJ.* 2023;195(24):E850.
94. Vargas Trassierra C, Cardellini F, Buonanno G, De Felice P. On the interaction between radon progeny and particles generated by electronic and traditional cigarettes. *Atmospheric Environment.* 2014(106):442–50.
95. Riudavets M, Garcia de Herrerros M, Besse B, Mezquita L. Radon and lung cancer: Current trends and future perspectives. *Cancers (Basel).* 2022;14(13).
96. Collaboration between the Evict Radon National Study team, CAREX Canada, the B.C. Centre for Disease Control and Health Canada. Cross-Canada survey of radon exposure in the residential buildings of urban and rural communities. 2024.
97. Gouvernement of Canada [en ligne]. Guide pour la mesure du radon dans les maisons 2024. Accès : <https://www.canada.ca/en/health-https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/securete-et-risque-pour-sante/guide-mesures-radon-maisons.html> (consulté en avril 2025).
98. Société canadienne du cancer [en ligne]. Radon 2024. Accès : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk/know-your-environment/radon> (consulté en avril 2025).
99. Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: A modelling study. *Lancet Public Health.* 2019;4(1):e19–e27.
100. 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 2025).
101. 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-icanada-2021-2022/programs/> (consulté en avril 2025).
102. 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 2025).
103. 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):614–7.
104. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ.* 2014;186(16):1225–34.
105. 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-chartbookpriority-procedures-in-canada-2016-2020-fr.pdf> (consulté en mai 2025).
106. De Vincentiis L, Carr RA, Mariani MP, Ferrara G. Cancer diagnostic rates during the 2020 “lockdown” due to Covid-19 pandemic, compared with 2018–2019: An audit study from cellular pathology. *J Clin Pathol.* 2021;74(3):187–9.
107. Eskander A, Li Q, Yu J, Hallett J, Coburn NG, Dare A, et al. Incident cancer detection during the Covid-19 pandemic. *J Natl Compr Canc Netw.* 2022;20(3):276–84.
108. Ramanakumar AV, Annie B, Frederic L, Christine B, Cathy R, Jean L. Evaluating the impact of Covid-19 on cancer declarations in Quebec, Canada. *Cancer Med.* 2023;12(5):6260–9.
109. 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 2025).
110. Etowa J, Hyman I. Unpacking the health and social consequences of Covid-19 through a race, migration and gender lens. *Canadian Journal of Public Health.* 2021;112(1):8–11.
111. 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/CI0157-impacts-of-covid-19-on-Indigenous-Populations-f.pdf> (consulté en avril 2025).
112. Patel MI, Ferguson JM, Castro E, Pereira-Estremera CD, Armaiz-Pena GN, Duron Y, et al. Racial and ethnic disparities in cancer care during the Covid-19 pandemic. *JAMA Netw Open.* 2022;5(7):e2222009.
113. Walker MJ, Meggetto O, Gao J, Espino-Hernandez G, Jembere N, Bravo CA, et al. Measuring the impact of the Covid-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: A provincial, population-based study. *Prev Med.* 2021;151:106586.
114. Gouvernement of Canada. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 : Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020; 2020.
115. Malagon T, Yong JHE, Tope P, Miller WH, Jr., Franco EL, McGill Task Force on the Impact of C-OCC, et al. Predicted long-term impact of Covid-19 pandemic-related care delays on cancer mortality in Canada. *Int J Cancer.* 2022;150(8):1244–54.
116. Mariotto AB, Feuer EJ, Howlader N, Chen HS, Negoita S, Cronin KA. Interpreting cancer incidence trends: Challenges due to the Covid-19 pandemic. *J Natl Cancer Inst.* 2023;115(9):1109–11.

Les données incluses dans la présente publication sont disponibles dans un [tableau de bord interactif en ligne](#). 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

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

Numéro du tableau	Titre et description
13-10-0111-01	Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe Dénombrement des nouveaux cas de cancer et taux d'incidence bruts (et intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
13-10-0747-01	Nombre de nouveaux cas et taux normalisés selon l'âge de cancer primitif, selon le type de cancer et le sexe Dénombrement des nouveaux cas de cancer et taux d'incidence normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe et l'année.
13-10-0761-01	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 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.
13-10-0762-01	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 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.
13-10-0109-01	Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires et régions sociosanitaires (limites de 2015) Dénombrement des nouveaux cas de cancer et des taux bruts d'incidence normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada et les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe, la région géographique et l'année.
13-10-0112-01	Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, régions métropolitaines de recensement Présente les cas de cancer et les taux de cancer bruts et normalisés selon l'âge (et intervalles de confiance) pour les régions métropolitaines, selon le sexe et le siège du cancer pour les années 2001-2003 à 2013-2015.
13-10-0142-01	Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48) Nombre annuel de décès par cancer au Canada selon la cause de décès, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
13-10-0392-01	Décès et taux de mortalité par groupe d'âge, selon certains groupes de causes Nombre annuel de décès et taux de mortalité bruts pour le Canada selon la cause de décès, le groupe d'âge, le sexe et l'année.
13-10-0932-01	Décès et taux de mortalité (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2021), selon certains groupes de causes Indique le nombre annuel de décès et les taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour le Canada ou les provinces et territoires, selon le sexe, l'année et la cause de décès.
17-10-0005-01	Estimations de la population au 1er juillet, par âge et par genre Dénombrements démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires selon l'âge, l'année et le sexe.

santé, le commerce, l'éducation et d'autres sujets clés. Cela comprend un certain nombre de tableaux liés au cancer. Vous pouvez accéder à ces tableaux à partir du site Web de Statistique Canada à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/type/donnees>.

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

Quels sont les tableaux pertinents?

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

What if I need statistics that are not available in the tables?

Custom tabulations are available on a cost-recovery basis upon request from Statistics Canada. Analytical articles appear regularly in [Health Reports, Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X](#).

Other information about the data Statistics Canada offers is available through their website (statcan.gc.ca).

Numéro du tableau	Titre et description
13-10-0158-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, selon l'âge, pour les sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans Fournit des estimations de la survie nette 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.
13-10-0159-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, selon l'âge, pour certains cancers, dont la répartition des cas selon l'âge était asymétrique à un âge plus avancé, par sexe, données combinées de trois ans Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans, selon l'âge, (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (avec et sans le Québec) pour certains cancers, dont la répartition des cas selon l'âge était asymétrique à un âge plus avancé, selon le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
13-10-0160-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, normalisées selon l'âge, pour les sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisée selon l'âge (et des intervalles de confiance à 95 %) pour le Canada (avec et sans le Québec), selon le type de cancer, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
13-10-0161-01	Estimations de la survie nette après cinq ans, normalisées selon l'âge et pour tous les groupes d'âge, pour certains sièges primaires de cancer, par sexe, données combinées de trois ans, par province Fournit des estimations de la survie nette à cinq ans normalisées selon l'âge et pour tous les groupes d'âge (et des intervalles de confiance à 95 %) pour les provinces selon certains cancers, le sexe et des périodes de trois ans qui se chevauchent.
13-10-0963-01	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, 2019 à 2021 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 2019 à 2021.
13-10-0964-01	Estimations de la survie nette prédite sur une période de cinq ans, selon l'âge, pour certains cancers, par sexe, 2019 à 2021 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 2019 à 2021.
13-10-0751-01	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 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.
13-10-0840-01	Tendances de l'incidence du cancer, selon le sexe et le type de cancer 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.
13-10-0839-01	Tendances de la mortalité par cancer, selon le sexe et le type de cancer 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.

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).

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

Registres provinciaux et territoriaux du cancer

Certains registres provinciaux et territoriaux du cancer publient des données sur l'incidence et la mortalité par cancer pour leur province ou territoire en ligne au moyen de tableaux de bord de données et d'autres produits de connaissance :

[Alberta](#)

[Colombie-Britannique](#)

[Manitoba](#)

[Ontario](#)

[Québec](#)

[Yukon](#)

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⁽¹⁾ 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.partnership-againstcancer.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 à l'avenir, attribuables à des facteurs de risque modifiables. Tous les résultats de cette étude sont disponibles sur un tableau de bord de données à [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⁽²⁾.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada [en ligne]. Cancer chez les jeunes au Canada : Rapport du système de surveillance accrue du cancer chez les enfants. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. Repéré à l'adresse suivante : <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 2025).
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al [en ligne]. 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 (en anglais). 2018 [mis à jour le 30 janvier]. Repéré à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29395269> (consulté en avril 2025).



Résumé

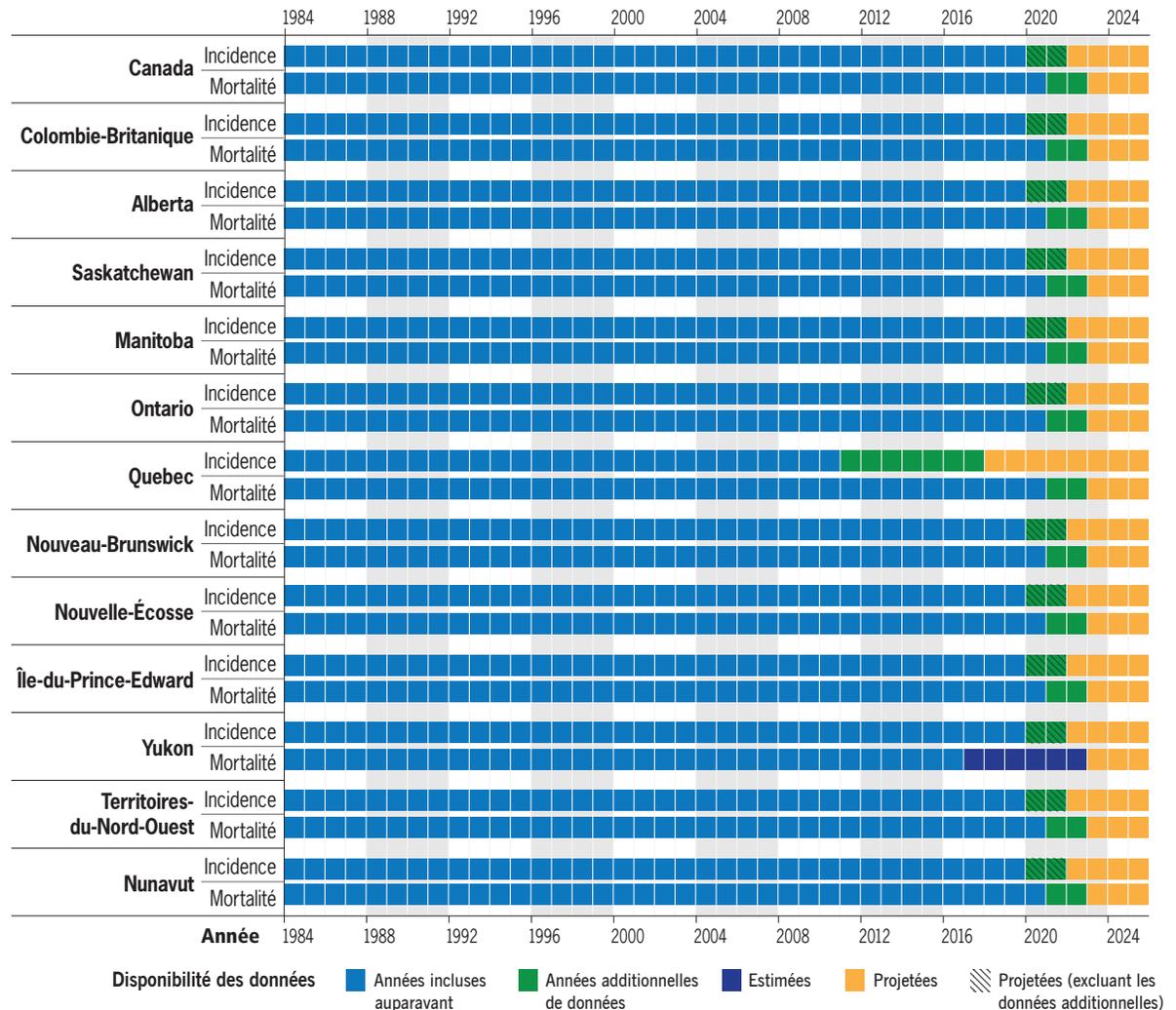
Participants

Le Centre des données sur la santé des populations de Statistique Canada a effectué toutes les analyses contenues dans la présente publication, à l'exception de la [figure 4.5](#) qui a été produite par le Centre de la surveillance et de la recherche appliquée de l'Agence de la santé publique du Canada, et des [figures 4.3, 4.7 et 4.8](#), qui ont été effectuées par des analystes de l'Université de Calgary. Les responsables des registres provinciaux et territoriaux du cancer ont été consultés pendant l'établissement des projections relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer dans chaque province ou territoire. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer a formulé des conseils quant à la méthodologie et à l'interprétation des résultats et rédigé le texte d'accompagnement. La Société canadienne du cancer a coordonné la production de la présente publication et les travaux du comité.

Quelles données ont été utilisées?

- Les données réelles sur l'incidence du cancer qui ont servi à la rédaction de la présente publication correspondaient à la période allant de 1984 à 2021 (sauf pour le Québec et la Nouvelle-Écosse, car les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2017 et en 2019, respectivement). Les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2020 ont été exclus de certaines

FIGURE A2-1 Données disponibles et utilisées au moment des analyses par région géographique



analyses afin de minimiser les biais potentiels dans l'estimation en raison d'anomalies temporaires dans les données de 2020 (voir [Problèmes liés aux données et à la méthodologie](#)).

- Les données réelles sur la mortalité par cancer couvraient la période allant de 1984 à 2022. Les données pour le Yukon de 2017 à 2022 n'étaient pas disponibles et ont été imputées.
- Les projections d'incidence du cancer et de mortalité jusqu'en 2025 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⁽¹⁾.
- Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer ont été établies à l'aide du logiciel CANPROJ⁽²⁾.
- Une analyse à l'aide du logiciel Joinpoint a été réalisée pour estimer les tendances de l'incidence et de la mortalité du cancer⁽³⁾ au fil du temps.
- La survie nette a été calculée à l'aide de l'estimateur Pohar-Perme⁽⁴⁾.

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 2021 (à l'exception de celles du Québec et de la Nouvelle-Écosse, jusqu'en 2017 et en 2019, respectivement). Les données pour les années 1992 à 2021 ont été obtenues à partir du fichier maître des totalisations du RCC⁽⁵⁾, publié le 31 janvier 2024 (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 répertoriées des cas diagnostiqués de 1969 à 1991.
- Les données sur l'incidence sont tirées des registres provinciaux et territoriaux du cancer, qui communiquent chaque année à Statistique Canada des données devant être versées dans le RCC.
- Le RCC est une base de données axée sur les personnes, qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas primaires 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⁽⁶⁾. 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)⁽⁷⁾.
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)⁽⁸⁾ 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 permettant 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 2022 et ont été obtenues à partir de la Base de données sur les décès de Statistique de l'état civil (BCDECD)⁽⁹⁾. Les données pour le Yukon pour la

période allant de 2017 à 2022 n'étaient pas disponibles et ont été imputées.

- Les données sur les décès proviennent des registres 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 aux États-Unis. 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⁽⁷⁾ de 1984 à 1999 et la CIM-10 à compter de 2000⁽¹⁰⁾.
- Les décès par cancer sont les décès dont la principale cause sous-jacente est un cancer. Cette cause initiale de décès est certifiée par un médecin.

Données sur la population : Recensement de la population

- Les estimations de la population pour la période de 1984 à 2023 ont été obtenues auprès de Statistique Canada⁽¹¹⁾. Ces estimations sont intercensitaires définitives jusqu'en 2020, postcensitaires définitives pour 2021 et postcensitaires préliminaires pour 2023.
- Les projections démographiques utilisées pour 2024 et 2025, sont celles qui ont été établies par Statistique Canada et sont fondées sur des hypothèses de croissance moyenne (scénario M1)⁽¹²⁾. 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⁽¹³⁾. 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 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)⁽¹⁴⁾.

- Le fichier analytique suit les nombreuses règles de codage primaires du CIRC⁽⁸⁾.
- 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.

Population canadienne stable de 2021

Groupe d'âge	Population	Poids normalisé
0 à 4	1 902 883	0,049762
5 à 9	2 072 565	0,054199
10 à 14	2 114 016	0,055283
15 à 19	2 059 975	0,053870
20 à 24	2 404 398	0,062877
25 à 29	2 674 655	0,069944
30 à 34	2 704 004	0,070712
35 à 39	2 643 161	0,069121
40 à 44	2 505 252	0,065514
45 à 49	2 381 758	0,062285
50 à 54	2 427 770	0,063488
55 à 59	2 690 509	0,070359
60 à 64	2 612 928	0,068330
65 à 69	2 226 492	0,058224
70 à 74	1 845 779	0,048268
75 à 79	1 272 339	0,033273
80 à 84	841 433	0,022004
85 à 89	521 396	0,013635
90 ans et plus	338 551	0,008853
Total	38 239 864	1,000000

Nota : La répartition de la population canadienne est fondée sur les estimations postcensitaires finales de la population canadienne au 1er juillet 2021, corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement au recensement.

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

- 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 fournis 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⁽¹⁵⁾.
- Comme on ne disposait pas de tables de survie complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard ou les territoires, les pourcentages attendus de cas de survie pour ces endroits ont été calculés, jusqu'à l'âge de 99 ans, à partir de tables abrégées pour le Canada et les provinces et territoires visés⁽¹⁶⁾ et des valeurs des tables de survie canadiennes complètes⁽¹⁵⁾ au moyen d'une méthode proposée par Dickman et coll.⁽¹⁷⁾. Pour les âges de 100 à 109 ans, dans les cas où il n'était pas possible de procéder de cette manière pour ces provinces et ces territoires, les valeurs complètes des tables de survie canadiennes ont été utilisées directement.

Définitions des cancers

- Les cas de cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9⁽⁷⁾ avant 1992 et la CIM-O-3⁽⁶⁾ par la suite. Les décès par cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9⁽⁷⁾ avant 2000 et la CIM-10⁽¹⁰⁾ pour les années suivantes. Le [tableau A1](#) présente les codes de la CIM-9, la CIM-O-3 et la CIM-10 utilisés pour définir les cas de cancer et les décès par type de cancer pour la présente publication.
- Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Les [tableaux A2-1](#) et [A2-2](#) font état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de la présente publication.
- Pour la [figure 1.4](#), les nouveaux cancers chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont été classés et déclarés selon la récente mise à jour⁽¹⁸⁾ du programme Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER) de la *Classification internationale du cancer chez les enfants, troisième édition* (ICCC-3)⁽¹⁹⁾. La mise à jour faisait suite aux nouveaux codes morphologiques introduits par l'Organisation mondiale de la Santé⁽²⁰⁾. Cette définition mise à jour ne s'applique toutefois pas au [tableau 3.3](#), qui n'a pas été mis à jour pour la présente version de la publication (les détails sur la classification du [tableau 3.3](#) se trouvent dans la rubrique *Méthodes : Survie*). Le système de classification des enfants est plus approprié pour déclarer les cancers chez les enfants, car il reconnaît les différences majeures entre les cancers qui se développent pendant l'enfance et ceux qui surviennent plus tard dans la vie. 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 2021 ([voir le tableau](#)).

La [figure 4.5](#) (dans *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 4.5 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 2025

Le paquet CanProj programmé 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).

L'âge a été inclus dans tous les modèles. Les tendances du taux d'incidence et du taux de mortalité selon l'âge ont ensuite été extrapolées à 2025. Les nombres projetés de cas de cancer et de décès en 2025 ont été calculés en multipliant ces taux extrapolés par les chiffres de population projetés pour 2025, 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.

Lissage des données d'incidence au Québec

Entre 2011 et 2017, le Registre du cancer du Québec est passé d'une utilisation exclusive des données sur les congés d'hôpital pour enregistrer les cas à un registre central plus intégré. Par conséquent, il y a eu une augmentation du nombre de certains types de cancer au cours des premières années de la transition (2011-2012). Le lissage de nuage de points estimés à l'échelle locale (LNPEEL) a été utilisé pour lisser les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) selon le cancer et le sexe pour ces années (2011 et 2012) à l'aide de données de la période de 2006 à 2017 (c.-à-d. cinq ans avant et après les années impactées de 2011 et 2012). Des détails sur la procédure de lissage, y compris les facteurs de lissage utilisés pour divers types de cancer, se trouvent à l'annexe 1 des [Projection du fardeau du cancer au Canada en 2024](#)⁽²¹⁾.

Projections combinées

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

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 réelles pour l'incidence et la mortalité ont été arrondies aléatoirement au multiple de 5 inférieur ou supérieur.

Précision des projections pour 2025

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 provinces et les territoires avec de petites populations, car elles peuvent ne pas être statistiquement significatives.

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

- À l'aide du programme Joinpoint^(3,22), nous avons calculé la variation annuelle en pourcentage (VAP) de chaque type de cancer en ajustant un modèle de régression linéaire par morceaux et

en supposant un taux de variation constant du logarithme des taux annuels normalisés selon l'âge pour chaque segment. Les modèles tenaient compte des erreurs-types estimées des taux annuels normalisés selon l'âge. Un modèle d'erreurs non corrélées a été sélectionné pour l'option d'erreurs autocorrélées, et le critère d'information bayésien pondéré a été utilisé pour la sélection du modèle⁽²³⁾. La pente estimée à partir de ce modèle a ensuite été transformée pour représenter une variation annuelle en pourcentage du taux.

- L'analyse selon le modèle Joinpoint a été appliquée aux taux annuels normalisés selon l'âge (1984 à 2021 pour l'incidence, avec 2020 exclue comme valeur aberrante, et 1984 à 2022 pour la mortalité) afin de déterminer les années où la VAP a considérablement changé. Ces années sont appelées « points de changement ». La pandémie de COVID-19 peut avoir influencé l'enregistrement des nouveaux cas diagnostiqués en 2020 et peut biaiser l'interprétation des tendances. Afin de minimiser l'incidence de cette baisse temporaire du nombre de cas, le point de données de 2020 est exclu de l'analyse de l'incidence de Joinpoint en tant que valeur aberrante.
- 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 2018 n'avaient pas été soumis au RCC. Les données d'incidence de la Nouvelle-Écosse pour 2020 et les années subséquentes ont été exclues, car ces cas n'avaient pas été soumis au RCC.

- Les données de mortalité imputées pour le Yukon de 2017 à 2022 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 2016 à 2021 pour l'incidence (où 2020 est exclue comme valeur aberrante), et de 2018 à 2022 pour la mortalité. Un maximum de cinq points de jonction a été autorisé.
- 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 2021 pour l'incidence ou 1984 à 2022 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 et les années subséquentes. 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⁽²⁴⁾.

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⁽¹⁾. 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⁽¹⁾.

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 développer un cancer

Le nombre de cas et de décès pour chaque cancer selon l'âge et le sexe, le nombre de décès toutes causes confondues selon l'âge et le sexe et les estimations de la population au Canada (sauf le Québec et la Nouvelle-Écosse) en 2021 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 n'ont pas pu être inclus, car les données d'incidence n'étaient disponibles que jusqu'en 2017 et 2019, respectivement.

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

Probabilité de mourir d'un cancer

Le nombre de cas et de décès pour chaque cancer selon l'âge et le sexe, le nombre de décès toutes causes confondues selon l'âge et le sexe et les estimations de la population au Canada en 2022 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). Les données de mortalité imputées pour le Yukon pour 2022 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 2020 à 2022 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 cause du décès selon la CIM-10	Codes de la CIM-10
Cancer	Tumeurs malignes	C00-C97
Accidents	Blessures accidentelles	V01-X59, Y85-Y86
Cardiopathie	Cardiopathie	I00-I09, I11, I13, I20-I51
Suicide	Suicides et lésions auto-infligées	X60-X84, Y87.0
Maladies respiratoires	Maladies respiratoires	J00-J99
Maladies vasculaires cérébrales	Maladies vasculaires cérébrales	I60-I69
COVID-19	COVID-19	U07.1-U07.2, U10.9

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*⁽⁶⁾ et classés selon les définitions de regroupement du programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results)⁽²⁵⁾.
- 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 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 intrahépatique, 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⁽²⁶⁻²⁹⁾.

- 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)⁽³⁰⁾ de la *Classification internationale du cancer chez les enfants, troisième édition (ICCC-3)*⁽³¹⁾. La mise à jour répondait aux nouveaux codes morphologiques présentés par l'Organisation mondiale de la Santé⁽²⁰⁾. 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⁽³²⁾ 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⁽⁴⁾ l'aide de l'approche de transformation des dangers.
- Les cas comportant la même date de diagnostic et de décès (en excluant ceux omis précédemment parce qu'ils avaient été confirmés au moyen d'une autopsie seulement ou d'un certificat de décès seulement) se sont vus attribuer une survie d'un jour, parce que le programme exclut automatiquement les cas comportant une survie de 0 jour. L'exception de ces cas aurait entraîné un biais à la hausse des estimations de survie.
- En ce qui concerne la survie à cinq ans, des sous-intervalles de trois mois ont été utilisés pour la première année de suivi, puis des sous-intervalles de six mois pour les quatre années restantes, pour un total de 12 sous-intervalles. Lorsque l'analyse s'étendait à dix ans, des sous-intervalles d'un an ont été utilisés de la sixième à la dixième année.
- L'estimation de la survie nette dans une structure de survie relative requiert que le taux de mortalité non lié au cancer au sein d'un groupe de personnes chez qui l'on a diagnostiqué un cancer soit le même que celui de la table de survie fondée sur la population⁽³³⁾. 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⁽³⁴⁻³⁶⁾. 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⁽³⁷⁾.

- La survie nette conditionnelle à cinq ans^(38,39) 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⁽⁴⁰⁾. L'approche par période de l'analyse de survie fournit des prévisions actualisées de la survie au cancer⁽⁴¹⁾, 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 les personnes diagnostiquées au cours de la période d'intérêt et les personnes diagnostiquées au cours des années précédentes, à condition qu'elles survivent à la période d'intérêt et contribuent à la durée de survie pertinente (p. ex. cinq ans). 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 diagnostiquées au cours de la période d'intérêt, en particulier lorsque la survie est relativement constante⁽⁴¹⁻⁴³⁾. 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⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.
- 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⁽³⁷⁾. 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 EUROCARE-2⁽⁴⁵⁾ 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)⁽⁴⁶⁾.
- 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⁽⁴⁶⁾. 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⁽¹⁴⁾.

- 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 2018, car ces cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer. Les données d'incidence de la Nouvelle-Écosse pour 2020 et les années subséquentes 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 et à malignité atténuée et les cancers *in situ* ne sont pas systématiquement enregistrés ou signalés, sauf dans le cas des cancers *in situ* de la vessie, qui sont considérés comme envahissants aux fins de la déclaration de l'incidence pour l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les cancers *in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 et les années subséquentes.
- 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 (T.-N.-L.) 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.
- Entre 2011 et 2013, le Registre du cancer du Québec a modifié les sources utilisées pour quantifier le nombre de nouveaux cas de cancer, ce qui a eu une incidence sur les données à partir de l'année de diagnostic 2011. Avant 2011, des sous-estimations étaient observées et étaient plus prononcées pour le cancer de la prostate, le cancer de la vessie et le mélanome. Les années 2011 et 2012 sont considérées comme des années de transition; par conséquent, ces données doivent être interprétées avec prudence.
- Au moment de la publication, aucun cas de certificat de décès seulement (CDS) n'avait été signalé au RCC au Manitoba de 2013 à 2017 et en 2021, en Ontario en 2021 et en Nouvelle-Écosse en 2019. Les cas de CDS au Manitoba de 2013 à 2017 ont été imputés en attribuant au hasard les cas de CDS diagnostiqués de 2008 à 2012 à ces années. De même, les cas de CDS au Manitoba pour 2021 ont été imputés en attribuant au hasard les cas de CDS diagnostiqués en 2019 et 2020 à la période de 2021 et 2022 et en ne conservant que les données de 2021. Les CDS pour l'Ontario ont été imputés en attribuant au hasard les cas de CDS diagnostiqués de 2018 à 2020 à la période de 2021 à 2023 et en ne conservant que les données de 2021. Les cas de CDS de la Nouvelle-Écosse ont été imputés en répartissant au hasard les cas de CDS diagnostiqués de 2016 à 2018 à la période de 2019 à 2021 et en ne conservant que les données de 2019. 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, 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⁽⁶⁾. 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.

- En 2020 et 2021, l'enregistrement de nouveaux cas de cancer au Canada pourrait avoir été touché par les perturbations des services de dépistage et de diagnostic en raison de la pandémie de COVID-19. Par conséquent, ces données doivent être interprétées avec prudence.

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⁽⁴⁷⁾. 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⁽⁴⁸⁾. Ce document a également examiné 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 2022, 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 années de données. Pour ce faire, on a assigné de façon aléatoire les décès par cancer dans cette instance de la période allant de 2011 à 2016 à la période allant de 2017 à 2022.

- 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 un impact substantiel, augmentant de 33,4 % le nombre de décès par cancer du foie au Canada en 2022 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^(25,49). Il est également inclus dans la présentation des statistiques de mortalité par cancer du foie dans la publication annuelle Cancer in North America (CINA)⁽⁵⁰⁾. 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

- 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.
- Qiu Z, Hatcher J, Cancer projection analytical network working team. CANPRO: The R-package of cancer projection methods based on generalized linear models for age, period, and/or cohort: Version I. 2013.
- Joinpoint Regression Program, Version 5.2.0.0. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program. National Cancer Institute; 2024.
- Perme MP, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. *Biometrics*. 2012;68(1):113–20.
- Statistique Canada. Registre canadien du cancer (RCC) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2024. Accès : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&id=1535368 (consulté en avril 2025).
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D, et al. International classification of disease for oncology, third edition, First revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
- Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 9e révision. Volumes 1 et 2. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 1977.
- 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 (consulté en avril 2025).
- 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 (consulté en avril 2025).
- 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.
- 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 2025).
- 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=FarHfzjg> (consulté en avril 2025).
- Statistique Canada. Environnement de couplage de données sociales (ECDS) [en ligne]. Accès : <https://www.statcan.gc.ca/fr/ecds/index> (consulté en avril 2025).
- 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.
- 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 2025).
- Statistique Canada. Tabulation des demandes spéciales effectuée par la division de la démographie. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2020.
- 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):727–34.
- National Cancer Institute [en ligne]. International Classification of Childhood Cancer (ICCC); Recode ICD-0-3/IARC. 2017. Bethesda, MD: Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER); 2017. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-iarc-2017.html> (consulté en avril 2025).
- Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Rous B, Stiller CA. Classification of tumours. In: Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Shin HY, Hesselting P, Stiller CA. International Incidence of Childhood Cancer, Volume III. Lyon: International Agency for Research on Cancer, In press.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. In: WHO Classification of Tumours, Revised 4th Edition, Volume 2. Geneva, Switzerland : World Health Organization; 2017.
- Brenner DR, Gillis J, Demers AA, Ellison LF, Billette JM, Zhang SX, et al. Projected estimates of cancer in Canada in 2024. *CMAJ*. 2024;196(18):E615–E23.
- Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000;19(3):335–51.
- Kim HJ, Chen HS, Byrne J, Wheeler B, Feuer EJ. Twenty years since Joinpoint 1.0: Two major enhancements, their justification, and impact. *Stat Med*. 2022;41(16):3102–30.
- Chen HS, Zeichner S, Anderson RN, Espy DK, Kim HJ, 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.
- Howlander N, Noone A, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2018 Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2021 [Based on November 2020 SEER data submission]. Accès : https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/ (consulté en avril 2025).
- 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):1080–94.
- Brenner H, Hakulinen T. Patients with previous cancer should not be excluded in international comparative cancer survival studies. *Int J Cancer*. 2007;121(10):2274–8.
- Ellison LF. Measuring the effect of including multiple cancers in survival analyses using data from the Canadian Cancer Registry. *Cancer Epidemiol*. 2010;34(5):550–5.
- Ellis L, Woods LM, Esteve J, Elooranta S, Coleman MP, Rachet B. Cancer incidence, survival and mortality: Explaining the concepts. *Int J Cancer*. 2014;135(8):1774–82.
- National Cancer Institute [en ligne]. International classification of childhood cancer (ICCC); Recode ICD-0-3/WHO 2008 Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER) 2008. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-who2008.html> (consulté en avril 2025).
- Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, Third Edition. *Cancer*. 2005;103(7):1457–67.
- Dickman P. Estimating and modelling relative survival using SAS. Accès : <http://www.pauldickman.com/software/sas/> (consulté en avril 2025).
- Lambert PC, Dickman PW, Rutherford MJ. Comparison of different approaches to estimating age-standardized net survival. *BMC Med Res Methodol*. 2015;15(1):64.
- Ellison LF. Ajustement des estimations de la survie relative en fonction de la mortalité par cancer dans l'ensemble de la population. *Rapports sur la santé*. 2014;25(11):3-10.
- Talback M, Dickman PW. Estimating expected survival probabilities for relative survival analysis: Exploring the impact of including cancer patient mortality in the calculations. *Eur J Cancer*. 2011;47(17):2626–32.
- Hinchliffe SR, Dickman PW, Lambert PC. Adjusting for the proportion of cancer deaths in the general population when using relative survival: A sensitivity analysis. *Cancer Epidemiol*. 2012;36(2):148–52.
- Ellison LF. Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans. *Rapports sur la santé*. 2018;29(9):11-20.
- Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. Analyses de la survie conditionnelle selon le siège du cancer. *Rapports sur la santé*. 2011;22(2):21-25.
- Henson DE, Ries LA. On the estimation of survival. *Semin Surg Oncol*. 1994;10(1):2–6.
- 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.
- Ellison LF. An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry. *Ann Epidemiol*. 2006;16(3):191–6.

42. 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):456–62.
43. 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):1361–72.
44. 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):326–35.
45. Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age-standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. 2004;40(15):2307–16.
46. 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.
47. Zakaria D, Shaw A. The impact of multiple primary rules on cancer statistics in Canada, 1992 to 2012. *J Registry Manag*. 2018;45(1):8-20.
48. 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):377–90.
49. National Cancer Institute [en ligne]. SEER cause of death recode 1969+ (04/16/2021). Bethesda, MD: Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER) Accès : https://seer.cancer.gov/codrecode/1969_d04162012/index.html (consulté en avril 2025).
50. Sherman R, Firth R, Kahl A, et al. Cancer in North America: 2013-2019. Volume three: registry-specific cancer mortality in the United States and Canada. Springfield IL: North American Association of Central Cancer Registries; 2022.

TABLE A1 Définitions des cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3	CIM-9	CIM-10	CIM-9
	Incidence (1992–2021)	Incidence (1984–1991)	Mortalité (2000–2022)	Mortalité (1984–1999)
	Type 8000 to 9049, 9056 to 9139, 9141 à 9589 sauf indication contraire			
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, C19.9, C20.9, 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, C55.9	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 in situ pour l'incidence)	C67	188, 233.7	C67	188
Rein et bassinnet du rein	C64.9, C65.9	189.0, 189.1	C64–C65	189.0, 189.1
Encéphale/SNC	C70–C72	191, 192	C70–C72	191, 192
Glande thyroïde	C73.9	193	C73	193
Lymphome de Hodgkin*	Type 9650–9667	201	C81	201
Lymphome non hodgkinien*	Type 9590–9597, 9670–9719, 9724–9729, 9735, 9737, 9738 Type 9811-9819, 9823, 9827, 9837 tous les sièges à l'exception de C42.0, C42.1, C42.4	200, 202.0–202.2, 202.8, 202.9	C82–C86, C96.3	200, 202.0–202.2, 202.8, 202.9
Myélome *	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, 9877-9879, 9891, 9895-9898, 9910-9911, 9912, 9920, 9930-9931, 9940, 9945-9946, 9948, 9963-9964 Type 9811-9819, 9823, 9827, 9837 sièges C42.0, C42.1, C42.4	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
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

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 (mésotéliome) 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⁽⁶⁾. La CIM-10 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision⁽¹⁰⁾. La CIM-9 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision⁽⁷⁾.

TABLE A2-1 Modification récente de la définition de certains cancers pour l'incidence

	Nouvelle définition	Année de la modification	Ancienne définition
Vessie	CIM-O-3 C67 (y compris les cancers in situ, sauf pour l'Ontario, qui n'a pas déclaré de cas de cancer in situ de la vessie avant 2010)	2006	CIM-O-3, C67 (à l'exception des cancers in situ)
Colorectal	ICD-O-3 C18–C20, C26.0	2011	ICD-O-3 C18–C21, C26.0
Rein et bassinnet du rein	ICD-O-3 C64–C65	2008	ICD-O-3 C64–C66, C68
Poumon et bronches	ICD-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	ICD-O-3 C56	2006	ICD-O-3 C56, C57.0–C57.4
Lymphome non hodgkinien	Type 9811-9819, 9823, 9827, 9837 tous les sièges à l'exception de C42.0, C42.1, C42.4	2025	Type 9811-9818, 9823, 9827, 9837 tous les sièges à l'exception de C42.0, C42.1, C42.4
Leucémie	Type 9733, 9742, 9800-9801, 9805-9809, 9820, 9826, 9831-9836, 9840, 9860-9861, 9863, 9865-9867, 9869-9876, 9877-9879, 9891, 9895-9898, 9910-9911, 9912, 9920, 9930-9931, 9940, 9945-9946, 9948, 9963-9964 Type 9811-9819, 9823, 9827, 9837 sièges C42.0, C42.1, C42.4	2025	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 Type 9811-9818, 9823, 9827, 9837 sièges C42.0, C42.1, C42.4

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.⁽⁶⁾

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.

TABLE A2-2 Modification récente de la définition de certains cancers pour la mortalité

	Nouvelle définition	"Année de la modification"	Ancienne définition
Colorectal	ICD-10 C18–C20, C26.0	2012	ICD-10 C18–C21, C26.0
Rein et bassinnet du rein	ICD-10 C64–C65	2008	ICD-10 C64–C66, C68
Leucémie	ICD-10 C91–C95, C90.1	2008	ICD-10 C91–C95
Foie	ICD-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	ICD-10 C34	2008	CIM-10 C33–C34 (avant 2006)
			CIM-10 C34 (en 2006)
			CIM-10 C33–C34 (en 2007)
Myélome	ICD-10 C90.0, C90.2	2008	CIM-10 C88, C90 (avant 2007)
			CIM-10 C90 (en 2007)
Ovaire	ICD-10 C56	2006	ICD-10 C56, C57.0–C57.4
Tous les autres cancers et cancers non spécifiés	ICD-10 C44, C46, C76–C80, C88, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97	2007	ICD-10 C44, C46, C76–C80, C96.0–C96.2, C96.7–C96.9, C97

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

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 à vie de développer un cancer, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 2021	30
1.2	Nouveaux cas projetés et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2025	31
1.3	Nouveaux cas projetés pour les cancers les plus courants, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2025	32
1.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés pour certains cancers, par sexe et province, Canada, en 2025	33
1.5	Nouveaux cas projetés pour certains cancers, par sexe et par province, Canada, 2025	34
1.6	Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux d'incidence normalisée selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse*), 1984 à 2021	35
1.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle Écosse), 1984-2021	38
2.1	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada, 2022	55
2.2	Décès projetés et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 2025	56

2.3	Décès projetés pour les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2025	57
2.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés pour certains cancers, par sexe et province, Canada, 2025.	58
2.5	Décès projetés pour certains cancers, par sexe et par province, Canada, 2025	59
2.6	Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2022	60
2.7	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 2022	62
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	73
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	74
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	75
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	76

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	77
------------	---	----

Tableaux des annexes

A1	Cancer definitions	112
A2-1	Recent cancer definition changes in incidence	113
A2-2	Recent cancer definition changes in mortality	113

Figures

1.1	Probabilité à vie de développer un cancer, Canada (à l'exception de la Nouvelle-Écosse et du Québec), 2021	13	2.4	Distribution des décès pour certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada, 2018-2022	43	4.2	Certaines causes de décès et les années potentielles de vie perdues (APVP) qui y sont associées, Canada, 2020 à 2022	79
1.2	Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada, 2025	15	2.5	Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province et territoire chez les deux sexes, Canada, 2025	44	4.3	Répercussions économiques projetées du cancer d'un point de vue sociétal, y compris les coûts directs pour les systèmes de santé, les coûts directs à la charge des patients, les coûts directs en termes de temps et les coûts indirects, Canada, 2025	80
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 et partiellement la Nouvelle-Écosse), 2018-2021	16	2.6	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2025	45	4.4	Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada, 1984 à 2025	81
1.4	Distribution des nouveaux cas de cancer de certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada (excluant partiellement le Québec et la Nouvelle-Écosse), 2016-2021	17	2.7	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 2022	46	4.5	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 2025	82
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, 2025	18	2.8	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, hommes, Canada, 1984 à 202	47	4.6	Résumé des principales caractéristiques des mesures de lutte contre le cancer et de l'issue de la maladie selon le type de cancer	85
1.6	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers, Canada, 1984-2025	19	2.9	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, femmes, Canada, 1984 à 2025	48	4.7	Tendances des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) du cancer du sein (haut) et du mélanome (bas) lorsque les données de 2020 sont incluses ou exclues des analyses des tendances, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse)	89
1.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP)† la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec et partiellement en Nouvelle-Écosse), 1984-2021	20	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	64	4.8	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour les cancers sélectionnés, hommes et femmes, avec les points de données réels de 2020 et 2021 inclus pour le contexte visuel sur la précision probable des projections, Canada (à l'exception du Québec et de la Nouvelle-Écosse), 2009–2025	90
1.8	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, hommes, Canada, 1984-2025	21	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	67	A2-1	Données disponibles et utilisées au moment des analyses par région géographique	98
1.9	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, femmes, Canada, 1984-2025	22	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	68			
2.1	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada, 2022	40	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	69			
2.2	Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2025	41	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	70			
2.3	Pourcentage de décès par cancer et taux de mortalité selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2020-2022	42	4.1	Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2022	78			

Pour nous joindre

Collaborateurs

Société canadienne du cancer (SCC)

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 Web cancer.ca. Pour toute question concernant cette publication, envoyez un courriel à : 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 Web <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html> (sélectionner « Maladies chroniques ») ou envoyer un courriel à : 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 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 Registre canadien du cancer (RCC) et le Conseil canadien des registres du cancer (CCRC) se trouvent sur le site Web du [Registre canadien du cancer](http://Registre%20canadien%20du%20cancer) de Statistique Canada. Des renseignements détaillés concernant les statistiques de chaque province ou territoire sont disponibles auprès du registre concerné :

[Newfoundland and Labrador](#)

[Prince Edward Island](#)

[Nova Scotia](#)

[New Brunswick](#)

[Quebec](#)

[Ontario](#)

[Manitoba](#)

[Saskatchewan](#)

[Alberta](#)

[British Columbia](#)

[Nunavut](#)

[Northwest Territories](#)

[Yukon](#)

[Statistics 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 Web 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