

# Statistiques canadiennes sur le cancer

---

## 2021



Gouvernement  
du Canada

Government  
of Canada



Société  
canadienne  
du cancer

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

### Citation

Il est possible de reproduire le matériel figurant dans la présente publication ou d'en faire des copies sans devoir en demander l'autorisation. La référence suivante est recommandée : Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2021. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2021.

Sur Internet : [cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2021-FR](http://cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2021-FR) (consulté le [date]).

Novembre 2021

ISSN 0835-2976

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

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

# Membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

---

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

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

## **Abbey Poirier, M. Sc. (coprésidente)**

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

## **Leah Smith, Ph. D. (coprésidente)**

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

## **Samina Aziz, M. Sc.**

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)

## **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)

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

Oncologie populationnelle, Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

## **Hannah K. Weir, Ph. D.**

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

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

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

## **Chefs d'analyse**

### **Alain Demers, Ph. D.**

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

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

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

## **Analyses complémentaires**

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

**Chunhe Yao, Ph. D.;** Statistique Canada

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

## **Gestion de projet**

**Monika Dixon,** Société canadienne du cancer

## **Remerciements**

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

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

**Yibing Ruan, maîtrise en santé publique;** Alberta Health Services

# Table des matières

<b>Sommaire</b>		
Nouvelles statistiques intéressantes	7	
<b>À propos de la publication</b>		
Objet et public cible	8	
Nouveautés ou faits intéressants	9	
<b>Chapitre 1</b>		
<b>Combien de personnes au Canada développent un cancer? Incidence selon le sexe, l'âge, la région géographique et l'année</b>		
Principales constatations	10	
Probabilité de développer un cancer	11	
Nouveaux cas de cancer projetés en 2021	11	
Incidence selon le sexe	12	
Incidence selon l'âge	13	
Incidence selon la région géographique	15	
Incidence au fil du temps	16	
Que signifient ces statistiques?	23	
<b>Chapitre 2</b>		
<b>Combien de personnes meurent du cancer au Canada? Mortalité selon le sexe, l'âge, la région géographique et l'année</b>		
Principales constatations	34	
Probabilité de mourir d'un cancer	35	
Projection des décès par cancer en 2021	35	
Mortalité selon le sexe	36	
Mortalité selon l'âge	37	
Mortalité selon la région géographique	39	
Mortalité au fil du temps	40	
Que signifient ces statistiques?	47	
<b>Chapitre 3</b>		
<b>Quelle est la probabilité de survivre au cancer au Canada? Survie nette selon le sexe, l'âge, la région géographique et au fil du temps</b>		
Survie nette à cinq et dix ans	57	
Principales constatations	57	
Survie selon le sexe	59	
Survie selon l'âge	60	
Survie selon la région géographique	61	
Survie au fil du temps	61	
Survie nette conditionnelle	61	
Que signifient ces statistiques?	62	

## Chapitre 4

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

Le cancer est la première cause de décès au Canada .....	69
Le cancer est une maladie complexe. ....	70
L'issue du cancer chez les Canadiens est parmi les plus favorables au monde. ....	71
Les résultats du cancer ne sont pas uniformément répartis entre les Canadiens ...	71
Le cancer impose un fardeau économique considérable aux Canadiens et à la société canadienne. ....	71
Des progrès ont été réalisés, mais le défi demeure .....	72
Comment les statistiques peuvent contribuer à orienter la lutte contre le cancer .....	75

## ANNEXE I

### Ressources connexes

Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer .....	79
Surveillance des maladies chroniques .....	80
Surveillance du cancer chez les enfants .....	81
Rendement du système de lutte contre le cancer .....	81
Prévention du cancer .....	81
Surveillance du cancer dans le monde .....	81

## ANNEXE II

### Sources des données et méthodologie

Résumé .....	82
Sources des données .....	82
Méthodologie .....	85
Problèmes liés aux données et à la méthodologie. ....	91

### Index des tableaux et des figures .....

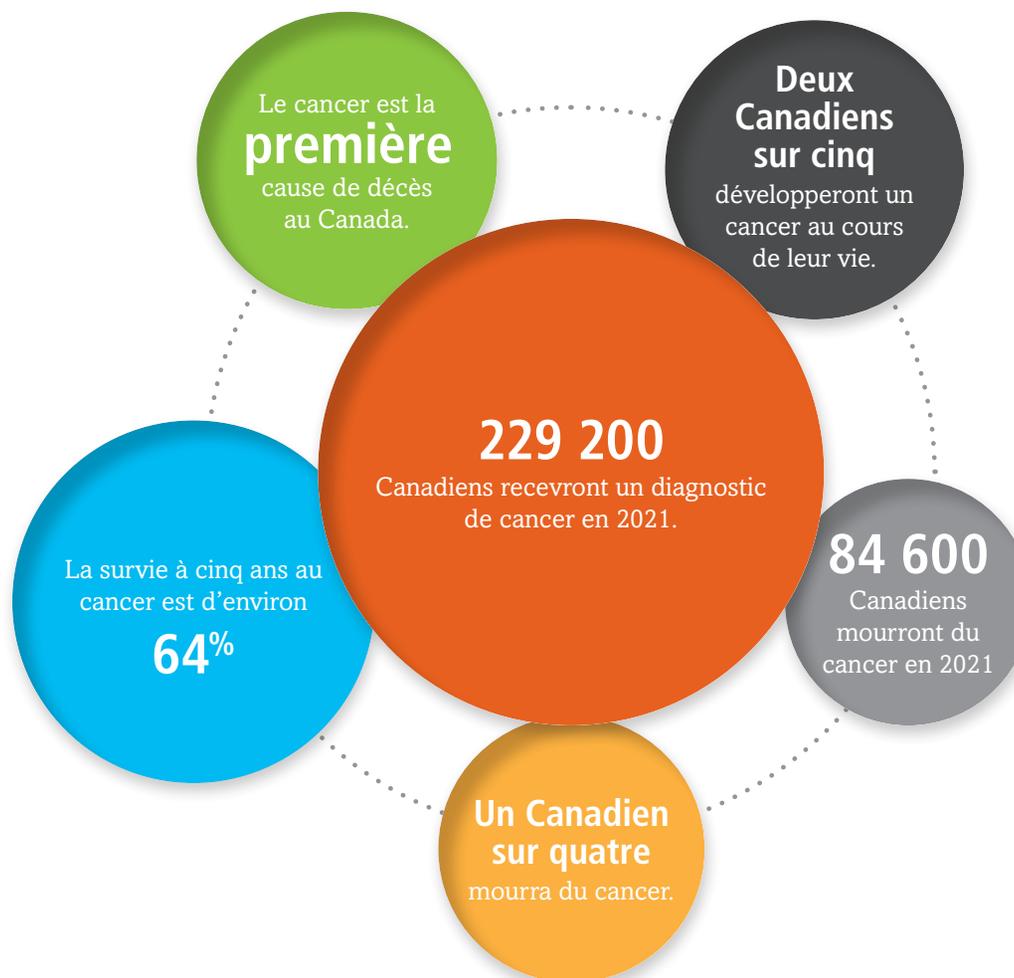
### Pour nous joindre .....

# Sommaire

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

Environ deux Canadiens sur cinq développeront un cancer au cours de leur vie, et environ un Canadien sur quatre en mourra. En 2021 seulement, on s'attend à ce que 229 200 Canadiens recevront un diagnostic de cancer et que 84 600 en mourront. Le cancer est de loin la principale cause de décès chez les Canadiens.

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 de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer : il entraîne plus de décès chez les Canadiens que les trois autres principaux types de cancers (colorectal, sein et prostate) combinés. Malgré cette forte incidence, une baisse appréciable du taux de mortalité par cancer du poumon a été observée chez les hommes au cours des 35 dernières années, ce qui a contribué au déclin du taux de mortalité chez les hommes pour tous les cancers confondus. Le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes a également commencé à diminuer depuis peu. En raison des progrès réalisés à l'égard du cancer du poumon et d'autres cancers, le taux de mortalité par cancer a diminué de plus de 37 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes depuis le sommet atteint en 1988.



La survie au cancer a également augmenté. Au début des années 90, la survie nette à cinq ans pour tous les cancers combinés n'était que de 55 %, mais les estimations actuelles révèlent qu'elle a atteint 64 %. La survie varie considérablement selon le type de cancer. Ainsi, certains cancers sont associés à une survie nette à cinq ans très élevée, notamment le cancer de la glande thyroïde et le cancer du testicule (97 % dans les deux cas). Dans le cas d'autres cancers, la survie nette à cinq ans est demeurée faible, par exemple le cancer de l'œsophage (16 %) et le cancer du pancréas (10 %).

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

- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de recevoir un diagnostic de cancer, et les femmes sont plus susceptibles de survivre au cancer que les hommes.
- Environ 90 % des diagnostics de cancer touchent des Canadiens âgés d'au moins 50 ans, mais les répercussions du cancer à un plus jeune âge peuvent être particulièrement dévastatrices. En 2019, le cancer était la principale cause de décès par maladie chez les enfants de moins de 15 ans<sup>(1)</sup>.
- Dans l'ensemble du Canada, les taux d'incidence et de mortalité par cancer sont généralement plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest.

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

L'objectif des projections relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer était d'estimer les véritables effets sous-jacents du cancer jusqu'en 2021. Ainsi, les projections présentées dans cette publication ne tiennent pas compte d'éventuels changements dans le diagnostic ou la lutte contre le cancer dus à la pandémie de COVID-19. L'effet de la pandémie sur le diagnostic et la lutte contre le cancer est une question importante qui devra être explorée lorsque les données seront disponibles.

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

## Nouvelles statistiques intéressantes

Comparativement à la dernière publication complète Statistiques canadiennes sur le cancer 2019, plusieurs nouvelles tendances se sont dégagées. En voici quelques-unes :

- L'incidence du cancer de la thyroïde diminue, après une augmentation des taux durant de nombreuses années.
- L'ampleur de la baisse du taux de mortalité par cancer du poumon est désormais comparable entre les sexes pour la première fois depuis 1984.
- Les taux de mortalité liés au cancer colorectal sont en baisse chez les deux sexes, mais plus rapidement chez les femmes.

## Références

1. Statistique Canada [Internet]. Tableau 13-10-0394-01. Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401> (consulté en avril 2021).

# À propos de la publication

*Statistiques canadiennes sur le cancer 2021* est la plus récente publication d'une série inaugurée en 1987 pour décrire le fardeau du cancer au Canada. La publication a été produite dans le cadre d'une collaboration entre la Société canadienne du cancer, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, qui a réuni l'expertise de la communauté spécialisée dans la surveillance et l'épidémiologie du cancer sous la forme du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.

## Objet et public cible

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

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

## Encadré 1 Utilisations possibles de ces statistiques

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

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

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

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

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

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

été réalisés et ceux où il faut en faire davantage. Ils servent aussi à planifier la lutte contre le cancer, l'allocation des ressources en matière de 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 (2021). 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 soins de santé et l'affectation des ressources.

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

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

## Nouveautés ou faits intéressants

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

### 1. Nouvelle catégorie pour le cancer de la tête et du cou

Un groupe pour le cancer de la tête et du cou a été ajouté à cette publication de 2021. Ce nouveau groupe comprend la combinaison des cancers de la bouche (cavité buccale et pharynx) et du larynx, qui étaient inclus comme des cancers distincts dans la publication de 2019, ainsi que les sinus des fosses nasales. Le groupe du cancer de la tête et du cou exclut la thyroïde, qui continue à faire l'objet d'un rapport séparé.

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

Dans l'édition de 2019, les estimations de la mortalité par cancer ont été basées sur les données de 2015. Statistique Canada a récemment publié des données sur la mortalité par cancer jusqu'en 2019, 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

## Encadré 2 Projection du fardeau du cancer en 2021

**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 2017 et les données sur les décès par cancer jusqu'en 2019 (2018 pour les projections) (sauf pour le Québec, où les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010). Ces données historiques ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer et les décès par cancer jusqu'en 2021.**

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

Les projections présentées ici sont basées sur des données historiques de qualité et reflètent les tendances sous-jacentes de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer dans la population, et non les changements probables des modèles de diagnostic dus à la COVID-19. On s'attend à ce que COVID-19 ait eu une incidence sur le diagnostic du cancer et potentiellement sur les résultats du cancer au Canada, ce qui pourrait avoir des effets sur les données réelles en matière d'incidence et de mortalité pour 2020 et 2021. Ce point est abordé plus en détail au [chapitre 4](#).

jusqu'en 2021 ont été basées sur les données de mortalité jusqu'en 2018. En outre, dans l'édition de 2019, on a utilisé les données sur l'incidence et la survie jusqu'en 2015 et 2014, respectivement. Ces données sont désormais actualisées jusqu'à 2017 et sont présentées en détail dans les [chapitres 1](#) et [3](#).

## Références

1. Statistique Canada [Internet]. Registre canadien du cancer (RCC). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021. Disponible à l'adresse : <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207> (consulté en avril 2021).
2. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Cancer Registries: Why, what and how? Geneva, Switzerland: Union for International Cancer Control. Disponible à l'adresse : <https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC%20Cancer%20Registries-%20why%20what%20how.pdf> (consulté en avril 2021).
3. Statistique Canada [Internet]. Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès (BCDECD). Ottawa (Ont.) ; 2021. Disponible à l'adresse : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233> (consulté en avril 2021).

## Chapitre 1

# Combien de personnes au Canada développent un cancer

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



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

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

### Principales constatations

- Selon les estimations, 43 % des Canadiens recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie.
- 229 200 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2021. Le nombre de cas prévus chez les hommes (118 200) est légèrement supérieur à celui chez les femmes (110 900).
- Ensemble, les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (cancers du poumon, du sein, colorectal et de la prostate) devraient représenter 46 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2021.
- Globalement, les taux de cancer ont diminué de 1,5 % par an depuis 2011 pour les hommes et de 1,2 % par an depuis 2013 pour les femmes.
- Le nombre de cas de cancer diagnostiqués chaque année a augmenté en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population. Lorsque l'effet de l'âge et de la taille de la population est éliminé, le risque de cancer diminue.
- Le taux de nouveaux cas de cancer augmente considérablement avec l'âge. On s'attend à ce que 93 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 87 % chez les femmes soient diagnostiqués chez les Canadiens âgés de 50 ans et plus.
- Le taux de mélanome (cancer de la peau) continue d'augmenter, bien qu'il s'agisse d'un cancer largement évitable.
- En général, les taux d'incidence du cancer sont plus faibles dans les provinces de l'Ouest et les territoires et plus élevés dans les provinces du Centre et de l'Est. Terre-Neuve-et-Labrador devrait afficher le taux le plus élevé au Canada suivi de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse.

## Probabilité de développer un cancer

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

- Environ deux Canadiens sur cinq (43 %) risquent de recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie (figure 1.1).

- La probabilité de développer un cancer demeure légèrement plus élevée chez les hommes (44 %) que chez les femmes (43 %).

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

- Les Canadiens sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que de tout autre cancer. Selon les estimations, un Canadien sur 15 (7 %) risque de recevoir un diagnostic de cancer du poumon au cours de sa vie.
- Un homme sur huit (12 %) risque de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie.

## Probabilité

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

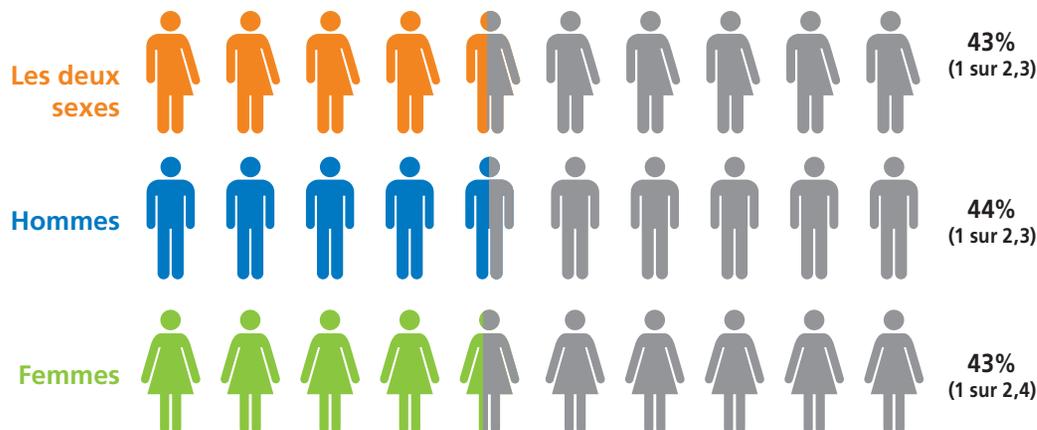
- Une femme sur huit (12 %) risque de recevoir un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie.
- La probabilité à vie de développer un cancer du sein, de la prostate, colorectal ou du poumon reste élevée, mais elle est plus faible pour les autres cancers.

## Nouveaux cas de cancer projetés en 2021

Les données sur l'incidence du cancer utilisées pour la présente publication sont celles de 1984 à 2017 (1984 à 2010 pour le Québec). Ces données étaient les plus récentes disponibles au début des analyses. Les données à partir de 1993 ont été utilisées pour projeter les taux et les nombres de cas jusqu'en 2021.

Selon les estimations, 229 200 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués au Canada en 2021. ([tableau 1.2](#)).

FIGURE 1.1 Probabilité d'être atteint du cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec\*), 2017



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

**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, en 2017. 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 surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et base de données des décès de l'état civil canadien à Statistique Canada

On s'attend à ce que  
26 personnes reçoivent un  
diagnostic de cancer à chaque  
heure en 2021.

- Le cancer du poumon devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada; le nombre de cas prévus est estimé à 29 600 en 2021. Il est suivi par le cancer du sein (28 000), le cancer colorectal (24 800) et le cancer de la prostate (24 000).
- Les quatre types de cancer les plus souvent diagnostiqués devraient représenter environ la moitié (46 %) de tous les cancers diagnostiqués en 2021.

## Incidence selon le sexe

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

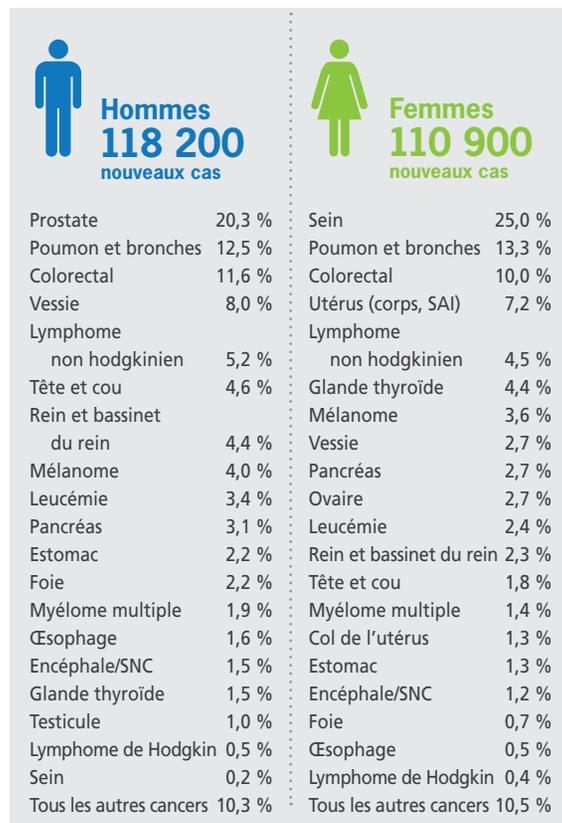
- Un peu plus d'hommes (118 200) que de femmes (110 900) risquent de recevoir un diagnostic de cancer en 2021.
- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) chez les hommes (556 pour 100 000) devrait être supérieur d'environ 15 % à celui des femmes (485 pour 100 000).
- Le même nombre (14 800) de cancers du poumon devrait être diagnostiqué chez les hommes et chez les femmes.
- Le taux de diagnostic du cancer devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les types de cancer, à l'exception des cancers du sein et de la thyroïde.

La figure 1.2 montre la répartition prévue des cas de cancer chez les hommes et les femmes en 2021.

- Chez les hommes, le cancer de la prostate devrait être le cancer le plus souvent

diagnostiqué, représentant environ un nouveau cas sur cinq (20 %). Il est suivi du cancer du poumon (13 %), du cancer colorectal (12 %), du cancer de la vessie (8 %) et du lymphome non hodgkinien (5 %).

FIGURE 1.2 Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada\*, 2021



SNC=système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

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

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

**Sources :** Base de données du 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 population canadienne type de 2011. Dans la présente publication, le TINA est aussi appelé « taux d'incidence ».

## Incidence projetée

Les données réelles sur l'incidence du cancer étaient disponibles jusqu'en 2017 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, dont les données sur l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2010. Les données à partir de 1993 ont été utilisées pour projeter l'incidence du cancer jusqu'en 2021.



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

- Chez les femmes, le cancer du sein devrait être le cancer le plus souvent diagnostiqué, représentant un nouveau cas sur quatre (25 %). Il est suivi du cancer du poumon (13 %), du cancer colorectal (10 %), du cancer de l'utérus (7 %) et du lymphome non hodgkinien (5 %).
- Les quatre cancers les plus couramment diagnostiqués devraient représenter 46 % de tous les cancers en 2021, ce qui est moins que dans le rapport précédent, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019* (48 %).

## Incidence selon l'âge

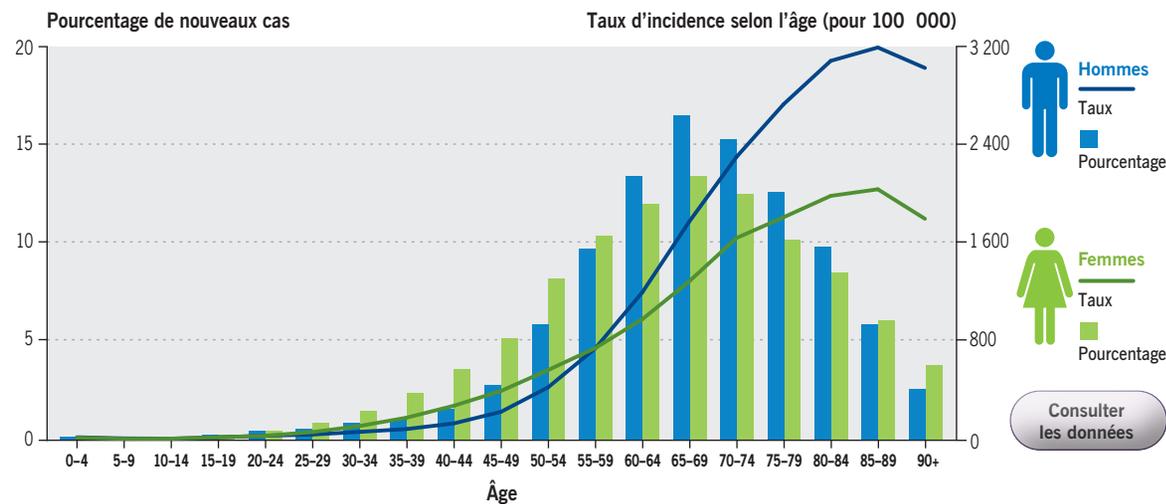
L'âge est le facteur de risque le plus important pour le cancer. La figure 1.3 montre l'augmentation spectaculaire des taux de cancer selon l'âge.

- Les taux de cancer atteignent un sommet chez les hommes et les femmes de 85 à 89 ans.
- Tant chez les hommes que chez les femmes, les plus grands nombres de nouveaux cancers sont diagnostiqués entre les âges de 65 et 69 ans.
- De 25 à 59 ans, les taux de cancer sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Dans tous les autres groupes d'âge, les taux sont plus élevés chez les hommes.

Le [tableau 1.3](#) indique le nombre projeté de cas par groupe d'âge en 2021.

- Parmi tous les cancers, neuf cas sur 10 devraient être diagnostiqués chez les Canadiens de 50 ans et plus.
- Parmi tous les cancers diagnostiqués, on prévoit que 4 050 cas (près de 2 %) seront diagnostiqués chez les enfants et les jeunes adultes (de 0 à 29 ans) et 143 900 cas (63 %) chez les personnes âgées (65 ans et plus).
- Presque tous les cancers du poumon et de la prostate (98 % et 99 %, respectivement) devraient toucher des personnes de 50 ans et plus.
- Plus de la moitié (56 %) des cas de cancer colorectal devraient toucher des Canadiens qui ont atteint l'âge visé par les lignes directrices sur le dépistage (50 à 74 ans)<sup>(1)</sup>. On s'attend à ce que 8 % des cas de cancer colorectal soient diagnostiqués chez des personnes de moins de 50 ans.
- On s'attend à ce que 38 % 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.

**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\*), 2015 à 2017



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

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

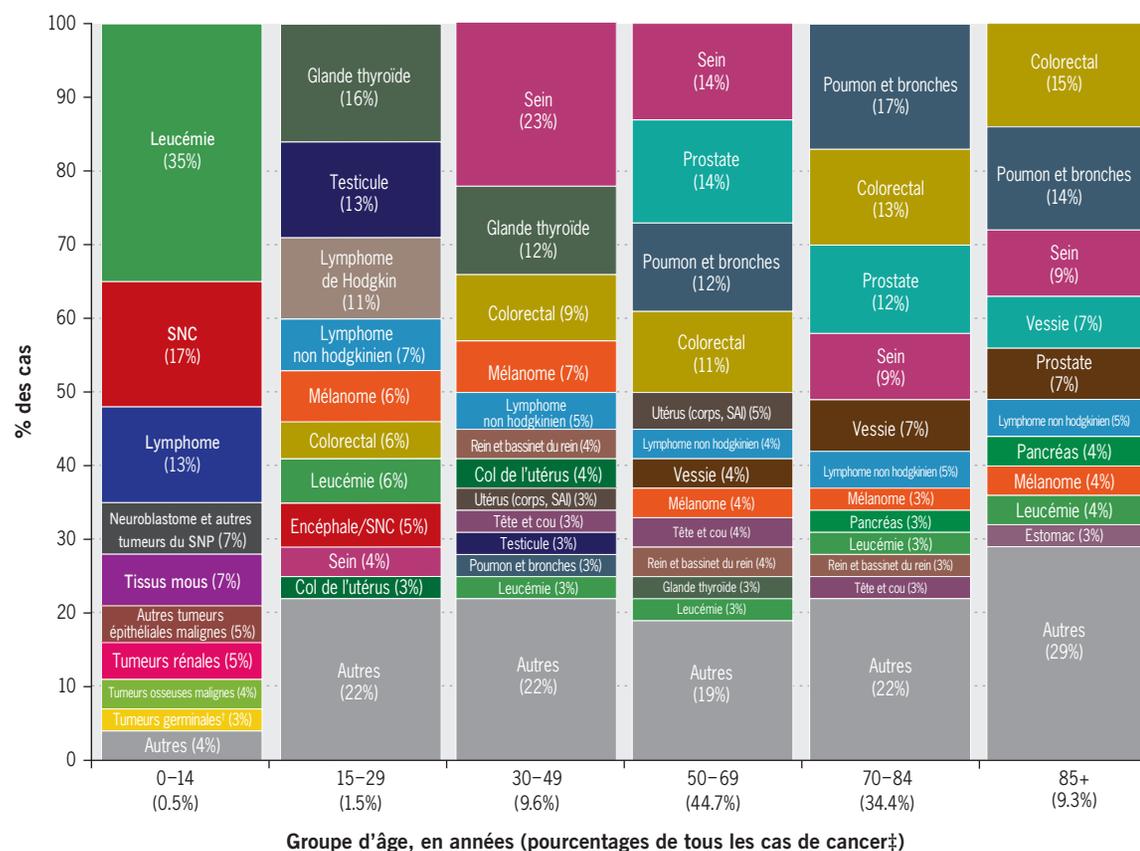
**Sources :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

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

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

- Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la leucémie (35 %), suivie des cancers du système nerveux central (17 %), des lymphomes (13 %), des neuroblastomes et d'autres tumeurs du système nerveux périphérique (7 %) et du sarcome des tissus mous (7 %).
- Chez les jeunes et les jeunes adultes (âgés de 15 à 29 ans), les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient la glande thyroïde (16 %), le testicule (13 %), le lymphome de Hodgkin (11 %), le lymphome non hodgkinien (7 %), le mélanome (6 %), le cancer colorectal (6 %) et la leucémie (6 %).
- Chez les Canadiens âgés de 30 à 49 ans, les cancers les plus souvent diagnostiqués étaient le sein (23 %), la glande thyroïde (12 %), le cancer colorectal (9 %) et le mélanome (7 %).
- 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 était, avec le cancer de la prostate, le quatrième cancer le plus fréquemment diagnostiqué, après le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer du sein.

**FIGURE 1.4** Distribution des nouveaux cas de certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec\*), 2013 à 2017



SNC = système nerveux central; SNP = système nerveux périphérique; NOS = sans autre indication  
 \* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.  
 † Comprend également les tumeurs trophoblastiques et gonadiques.  
 ‡ Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de cas sur cinq ans (2013 à 2017) 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 surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada et le Centre des données sur la santé de la population, Statistique Canada

**Sources :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

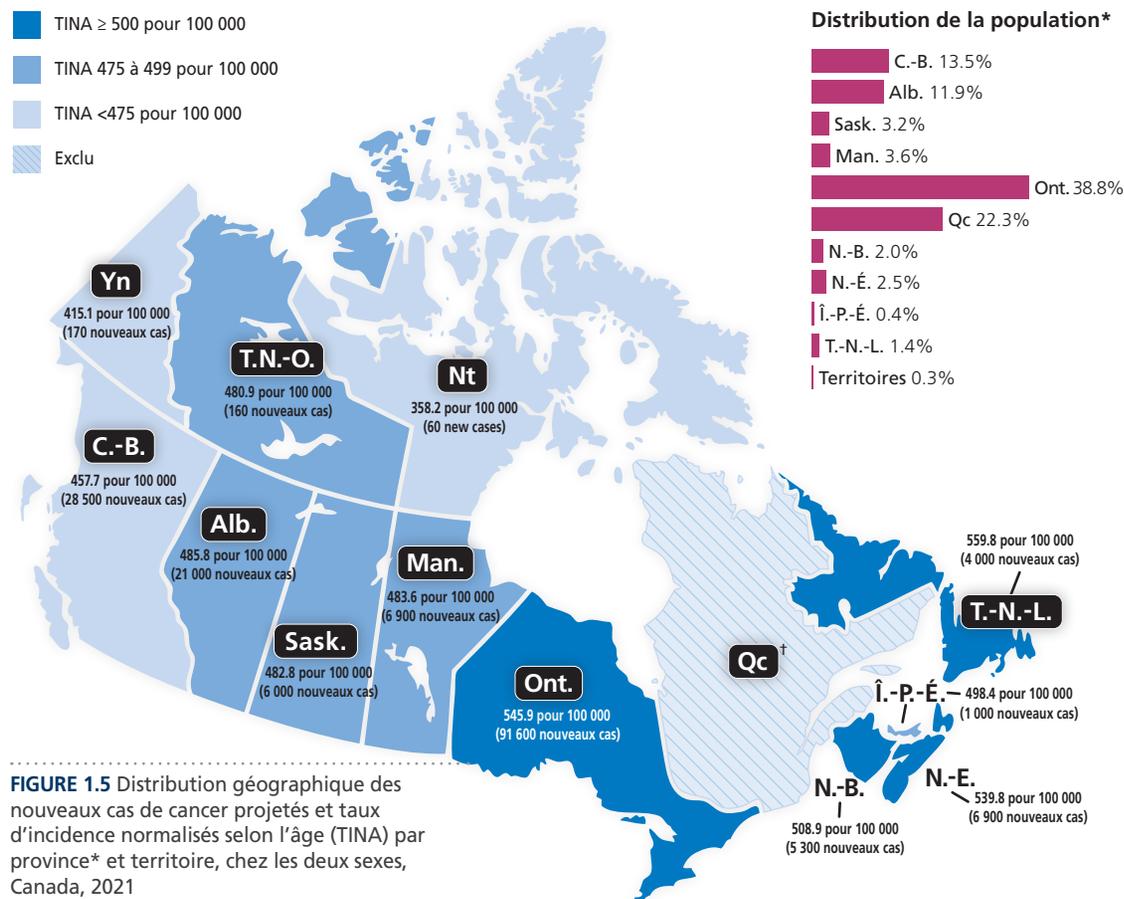


## Les types de cancers les plus souvent diagnostiqués varient selon le groupe d'âge

## Incidence selon la région géographique

La figure 1.5 montre la distribution prévue du cancer dans l'ensemble du Canada en 2021. Les estimations pour le Québec n'ont pas été incluses parce qu'une approche de projection différente a été utilisée pour le Québec, ce qui signifie que ces taux ne sont pas comparables aux autres.

- Le nombre prévu de cas de cancer dans chaque province et territoire dépend en grande partie



**FIGURE 1.5** Distribution géographique des nouveaux cas de cancer projetés et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) par province\* et territoire, chez les deux sexes, Canada, 2021

de la taille prévue de la population. Bien que le nombre de cas soit important pour la planification des soins de santé dans une région, des taux normalisés selon l'âge devraient être utilisés pour comparer les provinces ou territoires et les populations.

- En général, il est estimé que les taux d'incidence du cancer en 2021 seront les plus élevés dans l'Est et le Centre du Canada et les plus faibles dans l'Ouest canadien et les territoires. On s'attend à ce que la Nouvelle-

Écosse ait le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) le plus élevé chez les hommes (598,9 pour 100 000), et Terre-Neuve-et-Labrador le plus élevé chez les femmes (542,9 pour 100 000).

- Pour les deux sexes combinés, Terre-Neuve-et-Labrador devrait afficher le TINA le plus élevé en 2021, suivie de près par l'Ontario et la Nouvelle-Écosse.

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

- Chez les hommes et les femmes, les taux les plus élevés de cancer colorectal sont attendus à Terre-Neuve-et-Labrador (105,0 pour 100 000 et 80,3 pour 100 000, respectivement), tandis que les taux les plus élevés de cancer du poumon sont attendus au Nouveau-Brunswick chez les hommes (90,6 pour 100 000) et en Nouvelle-Écosse chez les femmes (74,9 pour 100 000).
- On s'attend à ce que les taux de cancer de la prostate au pays varient entre un minimum de 101,7 pour 100 000 au Manitoba et un maximum de 127,8 pour 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les taux de cancer du sein chez les femmes devraient être les plus faibles au Manitoba

\* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2021.

† Le Québec est exclu, car une méthode de projection différente de celle des autres régions a été utilisée, ce qui signifie que les estimations ne sont pas comparables. Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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

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

(113,9 pour 100 000) et à l'Île-du-Prince-Édouard (114,0 pour 100 000) et les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador (136,6 pour 100 000).

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

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.

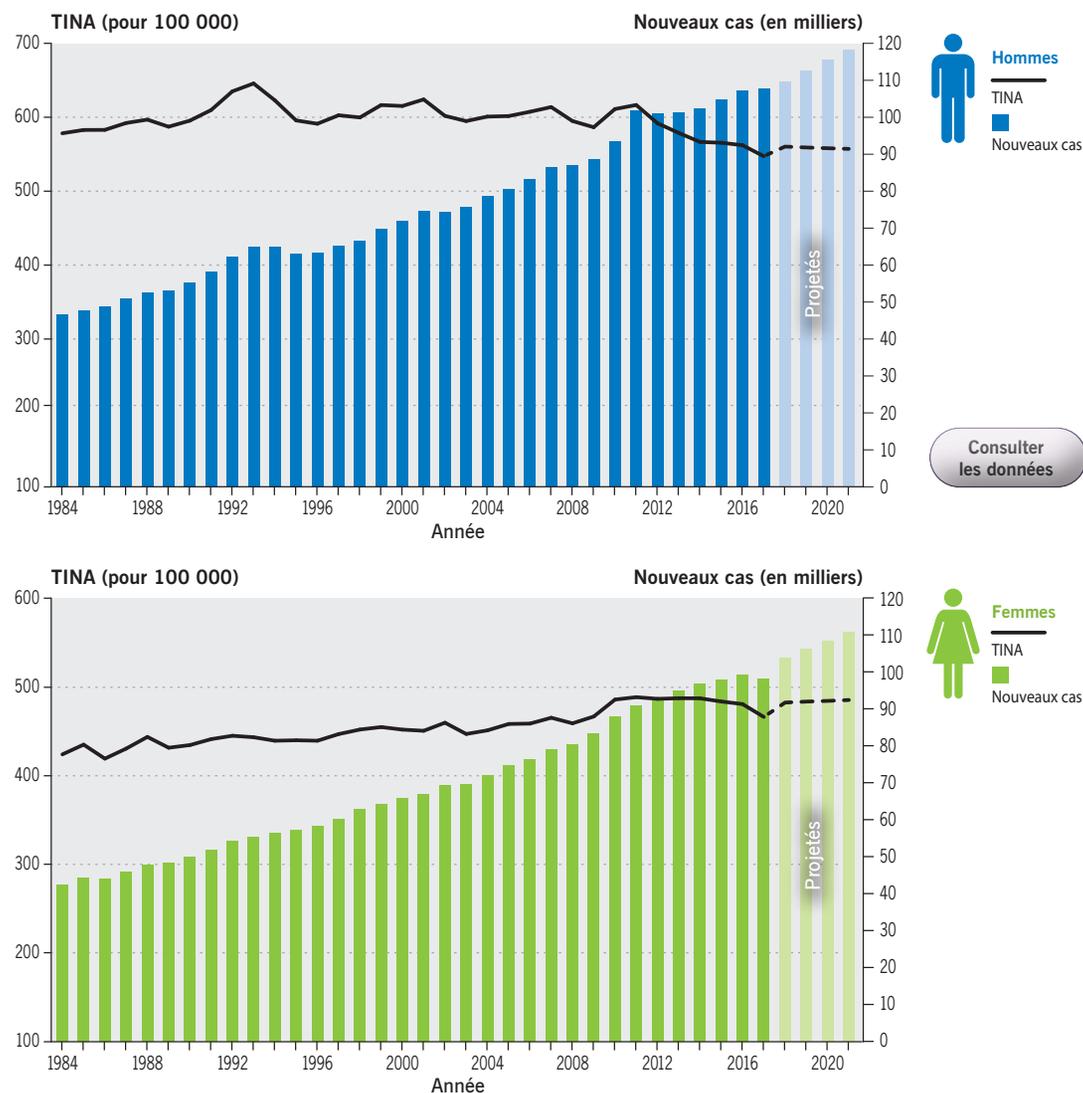
## Incidence au fil du temps

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

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

**FIGURE 1.6** Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers confondus, Canada\*, 1984 à 2021



**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données réelles étaient disponibles jusqu'en 2017 pour toutes les provinces et tous les territoires sauf pour le Québec, pour lequel elles étaient disponibles jusqu'en 2010 et projetées par la suite.

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

**Sources :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

- En 1984, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) pour tous les cancers combinés chez les hommes était de 577,4 pour 100 000 et devrait être de 556,3 pour 100 000 en 2021 (diminution de 3,6 %). Pour les femmes, il était de 423,6 en 1984 et devrait être de 484,9 pour 100 000 en 2021, soit une augmentation de 12,5 %.
- Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année a augmenté de façon constante, de 46 700 en 1984 à une projection de 118 200 chez les hommes en 2021 (une augmentation de 153 %), et de 42 500 à une projection de 110 900 chez les femmes (une augmentation de 161 %). L'augmentation constante du nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population canadienne<sup>(2, 3)</sup>.

## Tendances récentes

Le [tableau 1.6](#) fournit des détails sur les tendances de 1984 à 2017 pour chaque cancer, selon le sexe, mesurées par variation annuelle en pourcentage (VAP)<sup>(4)</sup>. 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 récentes les plus importantes concernaient les cancers de la prostate (-4,4 % par an), colorectal (-4,3 % par an) et du poumon (-3,8 % par an).
- Chez les femmes, les diminutions les plus importantes concernaient la thyroïde (-5,4 % par an), le cancer colorectal (-3,4 % par an) et les ovaires (-3,1 % par an).
- Les augmentations les plus importantes chez les

hommes étaient celles du myélome multiple (2,5 % par année) et du mélanome (2,2 % par année). Chez les femmes, le mélanome (2,0 % par année) et le myélome multiple (1,6 % par année) ont subi les plus fortes augmentations.

- Par rapport aux résultats présentés dans *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*<sup>(5)</sup>, le cancer de la prostate affiche un déclin plus lent et le cancer colorectal affiche un déclin plus rapide, tant chez les hommes que chez les femmes. Les tendances du cancer de la thyroïde chez les femmes et de la leucémie chez les deux sexes sont maintenant à la baisse.
- Entre 1984 et 2013, le taux de cancer de la thyroïde a fortement augmenté chez les deux sexes. Depuis lors, on observe toutefois une baisse annuelle de -4,7 %.
- La leucémie est désormais en net recul pour les deux sexes.

## Tendances à long terme

Les tendances à plus long terme fournissent un contexte supplémentaire pour comprendre les réalisations et les défis liés à la réduction de l'incidence du cancer. Le tableau 1.6 présente les tendances des taux d'incidence de 1984 à 2017 selon le type de cancer.

- La tendance pour tous les cancers confondus chez les hommes a lentement augmenté de 1984 à 1992 (0,9 % par année), s'est stabilisée de 1992 à 2011 (-0,1 % par année) et a diminué après 2011 (-1,5 % par années).
- La tendance pour tous les cancers confondus chez les femmes a lentement augmenté de 1984 à 2007 (0,3% par année), puis plus fortement de 2007 à 2011 (1,2 % par année). Depuis 2011, le taux diminue chez les femmes (-1,2 % par année).

## Variation annuelle en pourcentage (VAP)

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

## Année de référence

L'année correspondant à 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 donnent 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.

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication.

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

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

† La variation annuelle en pourcentage (VAP) a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la [population canadienne type de 2011](#). Si un ou plusieurs changements importants dans la tendance des taux ont été détectés, la VAP tient compte de la tendance du changement important le plus récent (année de référence) jusqu'à 2017. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux pour l'ensemble de la période (1984 à 2017). Pour plus de détails, veuillez consulter l'[Annexe II : Sources des données et méthodes](#).

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

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

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

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

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

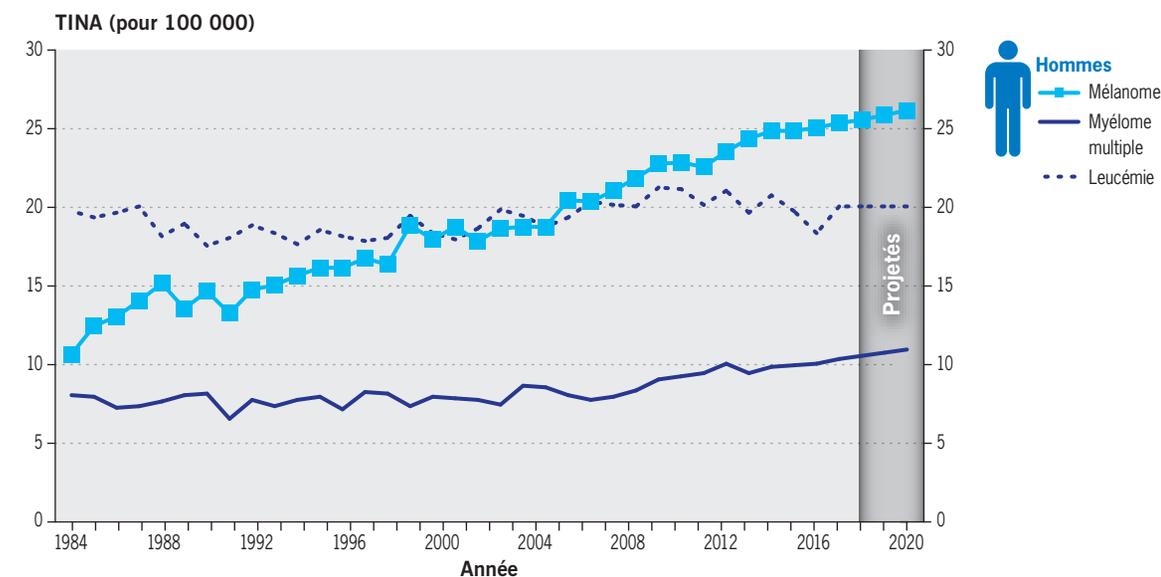
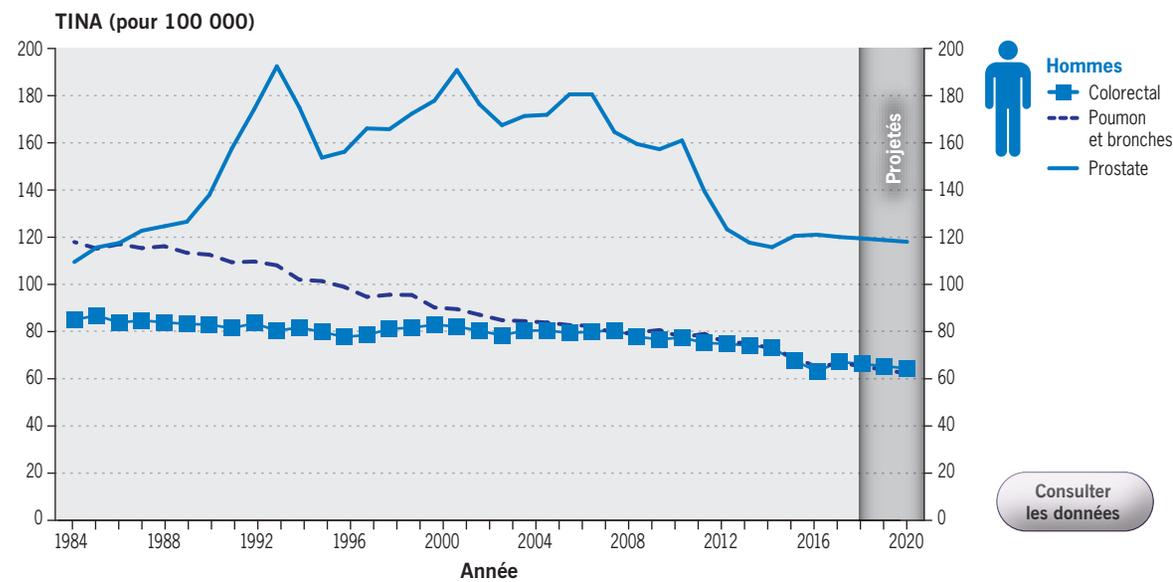
**FIGURE 1.7** Variation annuelle en pourcentage (VAP)† la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec‡), 1984 à 2017



Les figures 1.8 et 1.9 montrent le TINA au fil du temps (projeté en 2021) pour les types de cancer les plus courants au Canada et les types de cancer qui ont connu une variation statistiquement significative de la VAP d'au moins 2 % selon la tendance la plus récente : mélanome chez les deux sexes, leucémie et myélome multiple chez les hommes, et cancers de l'ovaire et de la thyroïde chez les femmes.

Une brève étude des tendances (fondées sur le tableau 1.6) pour chacun de ces cancers importants est présentée ci-dessous. La liste ne comprend pas les cancers du foie et du pancréas chez les femmes et le cancer de la thyroïde chez les hommes (VAP = -3,2 %, -2,2 % et -2,4 %, respectivement), car les tendances n'étaient pas statistiquement significatives.

**FIGURE 1.8** Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers\*, hommes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2021



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

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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données d'incidence réelles étaient disponibles jusqu'en 2017 et ont été projetées par la suite. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A.1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

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

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

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

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon était stable à la fin des années 80 et a diminué depuis 1990, quoiqu'à des taux différents : fortement de 1990 à 2003 (-2,2 % par année), puis moins fortement de 2003 à 2013 (-1,0 % par année), puis plus fortement après 2013 (-3,8 % par année). Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté considérablement de 1984 à 1993 (2,9 %). La hausse s'est poursuivie, mais plus lentement, de 1993 à 2013 (0,9 % par année). Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a commencé à diminuer en 2013 (-2,0 % par année).

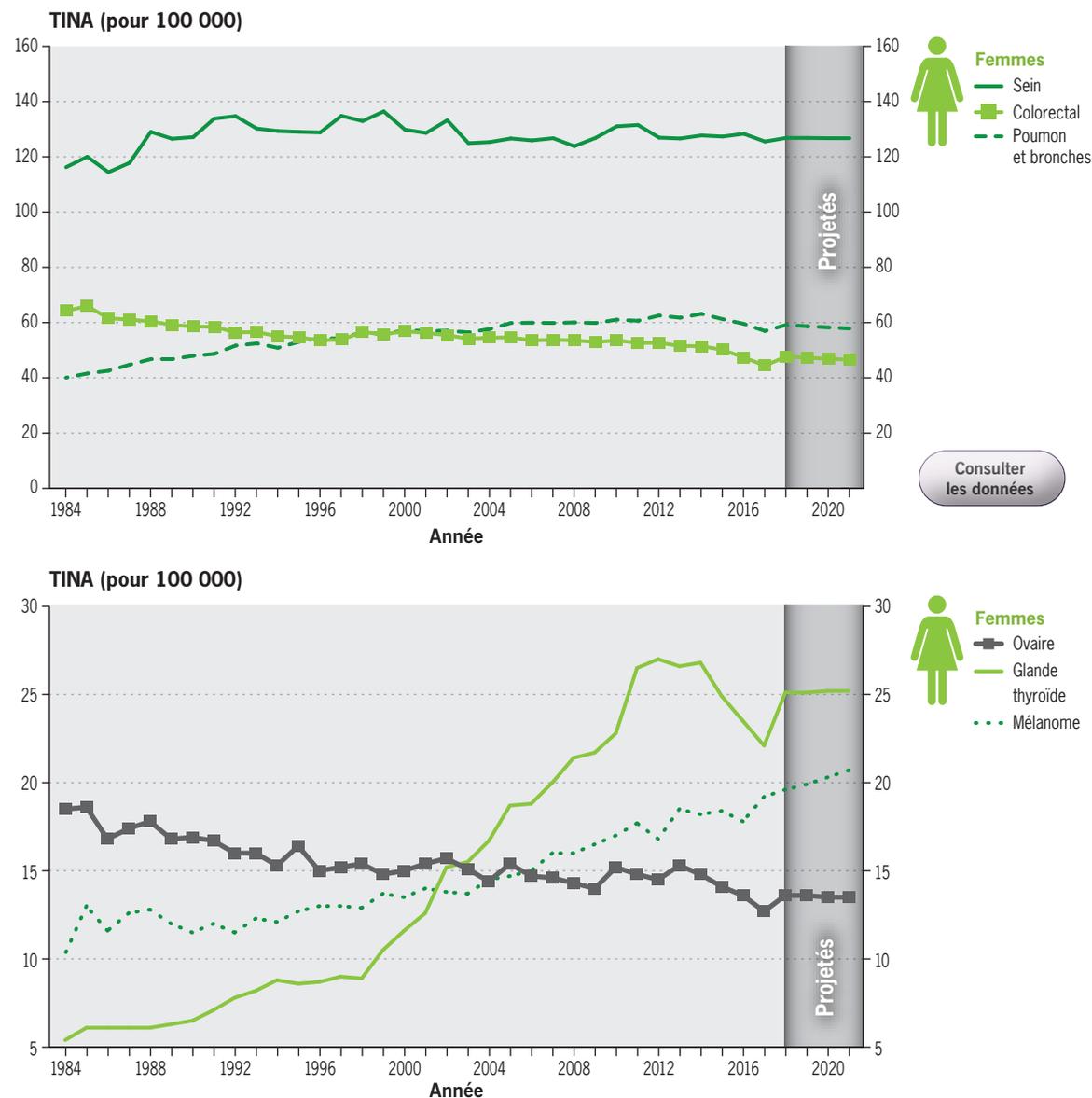
Les différences dans les tendances des taux de cancer du poumon chez les hommes et les femmes correspondent aux différences passées relativement au tabagisme, qui est le principal facteur de risque de ce cancer. Chez les hommes, la prévalence des fumeurs quotidiens a commencé à diminuer au milieu des années 1960 au Canada, soit quelque vingt ans avant la diminution de l'incidence du cancer du poumon<sup>(6)</sup>. Chez les femmes, la baisse du tabagisme n'a été observée qu'au milieu des années 80, et le taux de cancer du poumon n'a commencé à diminuer que récemment. Les résultats du Canada ressemblent à ceux des États-Unis<sup>(7)</sup>.

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

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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données d'incidence réelles étaient disponibles jusqu'en 2017 et ont été projetées par la suite. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

**FIGURE 1.9** Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers\*, femmes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2021



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

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

## Cancer du sein (chez les femmes)

Au Canada, le taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes a augmenté de 2,0 % par année de 1984 à 1991. Cela s'explique en partie par l'augmentation du dépistage par mammographie opportuniste qui a été observée avant même la mise en œuvre des premiers programmes organisés de dépistage. Après 1991, les taux d'incidence ont fluctué avec des sommets aux environs de 1999 et 2011. Toutefois, dans l'ensemble, les taux ont affiché une baisse faible, mais statistiquement significative de -0,2 % par année de 1991 à 2017. Les raisons de ces fluctuations restent à préciser. Elles sont probablement liées à la participation continue au dépistage par mammographie et aux changements à long terme dans les facteurs hormonaux, tels que les premières règles survenant à un âge précoce, l'allaitement au sein, la ménopause survenant à un âge tardif, l'utilisation de contraceptifs oraux, des grossesses menées à terme à un âge tardif<sup>(8)</sup>. La légère diminution de l'incidence survenue vers 2002 pourrait être attribuable à la réduction de l'utilisation de l'hormonothérapie substitutive chez les femmes ménopausées à cette époque<sup>(9,10)</sup>. Les données récentes des États-Unis indiquent une augmentation modérée des taux de cancer du sein chez les femmes au cours des 10 dernières années<sup>(11)</sup>.

## Cancer colorectal

Globalement, les taux d'incidence du cancer colorectal ont diminué entre 1984 et 1995 (-1,1 % par an), sont restés stables entre 1995 et 2001 et ont légèrement diminué entre 2001 et 2013 (-0,5 % par an). Depuis 2013, les taux d'incidence du cancer colorectal ont diminué plus fortement chez les hommes (4,3 % par an) et chez les femmes (-3,4 % par an).

La baisse récente des taux de cancer colorectal est probablement attribuable en partie à l'augmentation du dépistage de la maladie, qui peut permettre de détecter les polypes précancéreux soignables et de réduire l'incidence du cancer. De 2007 à 2016, le Yukon et toutes les provinces du Canada (à l'exception du Québec) ont mis en œuvre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal<sup>(12,13)</sup>. La baisse des taux d'incidence du cancer colorectal pourrait se limiter aux adultes plus âgés, car les taux augmenteraient chez les adultes de moins de 50 ans au Canada et aux États-Unis<sup>(14,15)</sup>.

## Cancer de la prostate

Le taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes a augmenté rapidement de 1984 à 1993 (5,6 % par an), puis s'est stabilisé, avant de diminuer fortement de 2007 à 2017 (-4,4 % par an). Le taux d'incidence a atteint deux sommets en 1993 et en 2001, ce qui correspond à l'intensification du dépistage au moyen du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) au Canada<sup>(16)</sup>. Le groupe américain US Preventive Services Task Force a déconseillé le dépistage de l'APS chez les hommes de plus de 75 ans en 2008, puis chez les hommes asymptomatiques de tous âges en 2011. Le Canada a publié des lignes directrices similaires en 2014<sup>(17,18)</sup>. La baisse considérable du cancer de la prostate à la suite des changements apportés aux lignes directrices sur le test de l'APS a également été signalée aux États-Unis<sup>(7,11)</sup>.

## Leucémie

L'évolution du taux d'incidence de la leucémie a été variable sur la période de 1984 à 2017. Chez les hommes, le taux d'incidence de la leucémie a diminué de 1,1 % par an jusqu'en 1994, a augmenté de 0,9 % par an jusqu'en 2013,

et a depuis diminué de 2,6 % 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 1,9 % jusqu'en 2010. Plus récemment, le taux a diminué de 1,6 % par an.

Une tendance similaire du taux d'incidence de la leucémie a été signalée au niveau mondial entre 1990 et 2017, bien que le taux de diminution varie selon les pays et les sous-types de leucémie<sup>(19,20)</sup>. Par exemple, l'incidence de tous les types de leucémie a diminué en Australie, tandis que la plupart des pays ont connu une augmentation de la leucémie lymphoblastique chronique (LLC) et de la leucémie myéloïde aiguë (LMA). Les facteurs à l'origine de ces tendances ne sont pas bien compris, bien que certains suggèrent que des changements dans les expositions environnementales (p. ex., le benzène), le mode de vie (p. ex., le tabagisme) et les comportements parentaux (p. ex., une consommation accrue de folates pendant la période précédant la conception et la grossesse) pourraient être en jeu<sup>(19,21)</sup>.

## Mélanome

Entre 1984 et 2017, le taux d'incidence du mélanome a augmenté en moyenne de 2,2 % par an chez les hommes et de 1,4 % par an chez les femmes. L'exposition aux rayons ultraviolets (UV) par la lumière du soleil, les lits de bronzage et les lampes solaires est un facteur de risque bien établi de mélanome<sup>(22,23)</sup>. Les augmentations passées de l'exposition au soleil sans les augmentations correspondantes des comportements sécuritaires liés au soleil expliquent probablement la hausse continue des taux de mélanome<sup>(24)</sup>.

## Myélome multiple

Chez les hommes, le taux d'incidence du myélome multiple était stable jusqu'en 2007, après quoi il a commencé à augmenter d'environ 2,5 % par année. De même, chez les femmes, le taux était stable jusqu'en 2005 et augmente depuis lors de 1,6 % par an. Aux États-Unis, le taux d'incidence du myélome multiple a augmenté lentement (0,8 % par an) jusqu'en 2008, et augmente plus rapidement (1,8 % par an) depuis lors<sup>(4)</sup>. L'amélioration de la détection et de la constatation des cas contribuerait à une partie de l'augmentation des cas de myélome multiple dans d'autres pays<sup>(25)</sup>.

La prévalence accrue de l'obésité, un facteur de risque connu du myélome multiple, pourrait contribuer à la récente tendance à la hausse du taux d'incidence<sup>(26, 27)</sup>. Le risque élevé de myélome multiple a également été lié à l'utilisation de pesticides et à la proximité de plans d'eau et de rivières contaminés<sup>(28, 29)</sup>. De 1981 à 2011, le risque relatif de contamination de l'eau par des pesticides dans les zones agricoles du Canada a augmenté de 50 %<sup>(30)</sup>.

## Cancer de l'ovaire

Le taux d'incidence du cancer de l'ovaire a diminué (-1,5 % par an) entre 1984 et 1997, puis s'est stabilisé jusqu'en 2013. Depuis, il diminue rapidement (-3,1 % par an). En 2021, le taux devrait être inférieur de 27 % à celui de 1984. Une baisse progressive du taux d'incidence a également été signalée dans la plupart des pays européens et aux États-Unis<sup>(31)</sup>. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette tendance favorable, notamment une utilisation accrue des contraceptifs oraux, des changements dans les facteurs de risque liés à la reproduction et à la protection (p. ex., un âge plus avancé à l'accouchement), une diminution de la prévalence

du tabagisme et des changements dans la classification des maladies (par exemple, depuis 2000, les néoplasmes ovariens à la limite de la malignité ne sont plus considérés comme des tumeurs malignes)<sup>(31-33)</sup>.

## Cancer de la glande thyroïde

Les taux d'incidence du cancer de la thyroïde ont augmenté rapidement entre 1984 et 2013. Entre 2013 et 2017, les taux d'incidence ont diminué de manière significative chez les femmes (-5,4 % par an) et de manière non significative chez les hommes (-2,4 % par an). Le taux de cancer de la thyroïde est en baisse aux États-Unis<sup>(34)</sup>.

On soupçonne qu'une partie importante de l'augmentation de l'incidence du cancer de la glande thyroïde est due au surdiagnostic découlant de l'utilisation accrue de technologies de diagnostic améliorées comme l'échographie et l'aspiration à l'aiguille fine<sup>(35)</sup>. Une récente étude canadienne a trouvé des éléments qui confirment l'hypothèse du surdiagnostic, notamment la confirmation du rôle central joué par le cancer papillaire de la thyroïde dans les tendances passées. Elle a également signalé des augmentations notables du cancer médullaire de la thyroïde<sup>(36)</sup>.

### Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

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

De nombreux autres rapports font mention d'augmentations principalement liées aux petits cas papillaires indolents sans augmentation simultanée de la mortalité<sup>(37)</sup>. Cependant, des études récentes montrent également une augmentation des tumeurs papillaires de stade avancé, ce qui laisse croire que l'augmentation globale pourrait ne pas être entièrement due à un surdiagnostic<sup>(38)</sup>.

## Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le [tableau 1.6](#) illustre la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des cancers de 1984 à 2017. Comme elle résume les variations des tendances, la VAMP permet de comparer les variations de l'incidence pour chacun des cancers au cours d'une même période donnée. Chez les hommes et les femmes, ce sont les cancers de la glande thyroïde (4,0 % et 4,3 % par année, respectivement) et du foie (3,3 % et 2,2 % par année, respectivement). Le cancer de l'estomac a connu la plus forte baisse (-1,8 % et -1,7 % par année, respectivement) qui ont connu la plus forte augmentation. Malgré la diminution actuelle de l'incidence du cancer de la prostate, les hausses et les baisses radicales depuis 1984 n'indiquent en moyenne pratiquement aucun changement au cours des trois périodes (VAMP = 0,2 %). Les VAMP doivent être interprétées avec prudence, car elles ne reflètent pas nécessairement les tendances les plus récentes; il faut utiliser la VAP pour les tendances les plus récentes.

## Que signifient ces statistiques?

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

Nous estimons qu'environ 43 % 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 le besoin de services de soutien pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs aidants.

En 2021 seulement, 229 200 personnes au Canada recevront un diagnostic de cancer. Il importe d'insister davantage sur la prévention primaire pour réduire au minimum le risque de cancer. Les efforts de prévention comprennent la vaccination, la sensibilisation à l'exposition au soleil, la lutte contre le tabagisme et la promotion d'un mode de vie sain comme l'activité physique, une alimentation saine et une consommation d'alcool modérée. De plus, il faut continuer de se concentrer sur le dépistage et la détection précoce pour diagnostiquer et traiter ces cancers plus tôt, au moment où les traitements sont plus efficaces et offrent de meilleures chances de réussite.

Le principal facteur de risque du cancer est l'âge et la population canadienne vieillit<sup>(39)</sup>. Comme de nombreux autres pays développés, le Canada compte maintenant une plus grande proportion

d'aînés (personnes âgées de 65 ans ou plus) que jamais auparavant, et les aînés représentent le groupe d'âge qui connaît la croissance la plus rapide au Canada<sup>(40)</sup>. Par conséquent, le nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer augmente chaque année au Canada, une tendance qui devrait se poursuivre au moins jusqu'au début des années 2030<sup>(41)</sup>. Compte tenu du nombre croissant de nouveaux cas de cancer, il y aura une augmentation correspondante du besoin de services de prévention primaire, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soutien, y compris les soins palliatifs.

Il est également important de reconnaître que les priorités des personnes atteintes d'un cancer et leurs besoins en matière de services peuvent varier au fil du temps selon leur âge. Par exemple, les femmes dans la force de l'âge (de 25 à 59 ans) sont plus susceptibles que les hommes de recevoir un diagnostic de cancer, ce qui correspond aux tendances de certains cancers, comme les cancers du sein et de la glande thyroïde. En outre, environ 2 % des cancers sont diagnostiqués chez les enfants et les jeunes adultes (âgés de 0 à 29 ans), mais ces cancers ont une incidence importante et durable sur les personnes atteintes et leurs aidants.

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

Le taux global d'incidence pour les deux sexes combinés n'a pas changé de façon radicale

au cours des 30 dernières années, mais les tendances relatives aux cancers individuels révèlent une évolution différente à propos des progrès réalisés. Par exemple, les récentes diminutions des cancers de la thyroïde et de la prostate reflètent probablement le succès des politiques de dépistage en évolution et la diminution du cancer du poumon tient probablement compte du succès de la lutte contre le tabagisme. De plus, la baisse du nombre de cas de cancer du col de l'utérus témoigne probablement du succès des programmes de dépistage à grande échelle; des signes similaires de progrès sont apparus pour le cancer colorectal. En revanche, de fortes augmentations se manifestent pour certains cancers, tels le mélanome et le myélome multiple. Des stratégies d'atténuation de ces augmentations doivent être élaborées rapidement.

## Ressources supplémentaires

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

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

## Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ*. 2016;188:340-8.
- Statistique Canada. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Le Quotidien : Statistique Canada; 2017. Accès : [https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=li6F\\_zjz](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=li6F_zjz) (consulté en avril 2021).
- Statistique Canada. Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien; 2017. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170208/dq170208a-fra.htm> (consulté en avril 2021).
- Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2018 [en ligne]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2021. Accès : [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2018/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/) (consulté en mai 2021). [Basé sur les données SEER soumises en novembre 2020.]
- Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2019 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2019. Accès : <https://www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf?la=fr> (consulté en avril 2021).
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Fumeurs quotidiens, 2015 (indicateur) [en ligne]. Accès : <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/fumeurs-quotidiens.htm> (consulté en avril 2021).
- Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2021. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(1):7-33.
- Holford TR, Cronin KA, Mariotto AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2006(36):19-25.
- De P, Neutel CI, Olivetto I, Morrison H. Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(19):1489-95.
- Neutel CI, Morrison H. Could recent decreases in breast cancer incidence really be due to lower HRT use? Trends in attributable risk for modifiable breast cancer risk factors in Canadian women. *Can J Public Health*. 2010;101(5):405-9.
- 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.
- 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 2021).
- BC Cancer Registry. Age-standardized cancer incidence rates, relative to 1970, British Columbia, 1970–2016: Colorectal [en ligne]. 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](http://www.bccancer.bc.ca/statistics-and-reports-site/Documents/2019_Colorectal_inc_trend_1970_2016_20190208.pdf) (consulté en avril 2021).
- Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(3):145-64.
- 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.
- LeBlanc AG, Demers A, Shaw A. **Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada**. *Rapports sur la santé* 2019; 30(4):12-17.
- 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.
- Lin K, Croswell JM, Koenig H, Lam C, Maltz A. Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: An evidence update for the US Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011.
- 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.
- 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.
- 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; volume 35 (suppl. 1):2-186. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-35-no-1-2015/supplement/page-17.html> (consulté en avril 2021).
- Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Lits de bronzage artificiel : risques et recommandations. Organisation mondiale de la Santé; 2004. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43000/9242590800.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté en avril 2021).
- Centre international de recherche sur le cancer [en ligne]. Exposure to artificial UV radiation and skin cancer. Lyon (France). Accès : [https://publications.iarc.fr/\\_publications/media/download/4033/c6d6bb6ef039134a92cce28b4bfc7ce5d21ad9a8f.pdf](https://publications.iarc.fr/_publications/media/download/4033/c6d6bb6ef039134a92cce28b4bfc7ce5d21ad9a8f.pdf) (consulté en avril 2021).
- 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, ON: Canadian Partnership Against Cancer; 2010.
- Velez R, Turesson I, Landgren O, Kristinsson SY, Cuzick J. Incidence of multiple myeloma in Great Britain, Sweden, and Malmo, Sweden: The impact of differences in case ascertainment on observed incidence trends. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009584.
- Becker N. Epidemiology of multiple myeloma. *Recent Results Cancer Res*. 2011;183:25-35.
- Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzi WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: A trend analysis. *CMAJ Open*. 2014;2(1):E18-26.
- Kachuri L, Demers PA, Blair A, Spinelli JJ, Pahwa M, McLaughlin JR, et al. Multiple pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in Canadian men. *Int J Cancer*. 2013;133(8):1846-58.
- Tsang M, Le M, Ghazawi FM, Cyr J, Alakel A, Rahme E, et al. Multiple myeloma epidemiology and patient geographic distribution in Canada: A population study. *Cancer*. 2019;125(14):2435-44.
- Agriculture et Agroalimentaire Canada. Indicateur des pesticides [en ligne]. 2016. Accès : <https://agriculture.canada.ca/fr/agriculture-environnement/eau-agriculture/indicateur-pesticides> (consulté en avril 2021).
- 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.
- 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.
- 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.
- Surveillance Research Program, National Cancer Institute. SEER Explorer: An interactive website for SEER cancer statistics [en ligne]. Accès : <https://seer.cancer.gov/explorer/> (consulté en avril 2021).
- 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.
- 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):15-25.
- Topstad D, Dickinson JA. Thyroid cancer incidence in Canada: A national cancer registry analysis. *CMAJ Open*. 2017;5(3):E612-E6.
- 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.
- Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires [en ligne]. N°91-215-X au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2020. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2016000-fra.pdf> (consulté en avril 2021).
- 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 2021).
- 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 2021).

**TABLEAU 1.1** Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec\*), 2017

	Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie					
	%			1 sur :		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les autres cancers†</b>	<b>43,4</b>	<b>44,3</b>	<b>42,6</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>
Poumon et bronches	6,7	6,8	6,6	15	15	15
Sein	6,1	0,1	12,1	16	934	8
Colorectal	5,7	6,1	5,3	18	16	19
Prostate	—	11,9	—	—	8	—
Vessie	3,0	4,6	1,4	34	22	73
Lymphome non hodgkinien	2,5	2,7	2,2	40	37	45
Mélanome	2,2	2,4	1,9	46	41	51
Utérus (corps, SAI)	—	—	3,2	—	—	31
Rein et bassinet du rein	1,5	2,0	1,1	65	51	92
Tête et cou	2	2	0,9	66	46	114
Pancréas	1,5	1,5	1,4	68	67	69
Leucémie	1,5	1,8	1,3	65	55	80
Glande thyroïde	1,2	0,6	1,7	85	158	58
Estomac	1,0	1,3	0,7	104	80	146
Myélome multiple	0,9	1,0	0,8	111	95	131
Foie	0,6	0,9	0,3	159	109	299
Encéphale/SNC	1	1	0,6	155	137	178
Ovaire	—	—	1,3	—	—	79
Œsophage	0,6	0,9	0,3	169	113	329
Col de l'utérus	—	—	0,6	—	—	161
Testicule	—	0,4	—	—	237	—
Lymphome de Hodgkin	0,2	0,3	0,2	448	392	525

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

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

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

**Nota :** La probabilité de développer un cancer est calculée en fonction des taux d'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon l'âge et le sexe au Canada, à l'exclusion du Québec, en 2017. 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 surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer et base de données des décès de l'état civil canadien à Statistique Canada

**TABLEAU 1.2** Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe, Canada\*, 2021

	Nouveaux cas (estimations pour 2021)			Cas pour 100 000		
	Total†	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers‡</b>	<b>229 200</b>	<b>118 200</b>	<b>110 900</b>	<b>515,2</b>	<b>556,3</b>	<b>484,9</b>
Poumon et bronches	29 600	14 800	14 800	59,5	62,0	57,9
Sein	28 000	260	27 700	66,5	1,2	126,8
Colorectal	24 800	13 700	11 100	54,9	64,1	46,6
Prostate	24 000	24 000	—	—	117,9	—
Vessie	12 500	9 500	3 000	25,0	41,4	11,3
Lymphome non hodgkinien	11 100	6 200	5 000	25,7	30,3	21,8
Mélanome	8 700	4 700	4 000	22,9	26,1	20,7
Utérus (corps, SAI)	8 000	—	8 000	—	—	37,2
Rein et bassinnet du rein	7 800	5 200	2 600	17,6	24,5	11,3
Tête et cou	7 400	5 400	2 000	16,5	25,1	8,8
Pancréas	6 700	3 700	3 000	14,1	16,5	12,0
Leucémie	6 700	4 000	2 700	15,7	20,0	11,9
Glande thyroïde	6 700	1 800	4 900	17,3	9,2	25,2
Estomac	4 000	2 600	1 400	8,7	12,3	5,7
Myélome multiple	3 800	2 300	1 500	8,4	10,9	6,2
Foie	3 300	2 600	800	7,1	11,5	3,1
Encéphale/SNC	3 100	1 800	1 350	7,2	8,6	5,8
Ovaire	3 000	—	3 000	—	—	13,5
Œsophage	2 400	1 900	560	5,6	9,2	2,4
Col de l'utérus	1 450	—	1 450	—	—	7,5
Testicule	1 200	1 200	—	—	6,5	—
Lymphome de Hodgkin	1 050	600	460	2,7	3,0	2,4
Tous les autres cancers	23 800	12 200	11 600	50,8	56,0	46,9

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

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

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

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

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

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

**Sources :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

**TABLEAU 1.3** Nombre projeté de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada\*, 2021

Âge	Tous les cancers <sup>†</sup>			Poumon et bronches			Sein	Colorectal			Prostate
	Les deux sexes <sup>‡</sup>	Hommes	Femmes	Les deux sexes <sup>‡</sup>	Hommes	Femmes	Femmes	Les deux sexes <sup>‡</sup>	Hommes	Femmes	Hommes
<b>Tous les âges</b>	<b>229 200</b>	<b>118 200</b>	<b>110 900</b>	<b>29 600</b>	<b>14 800</b>	<b>14 800</b>	<b>27 700</b>	<b>24 800</b>	<b>13 700</b>	<b>11,100</b>	<b>24 000</b>
0-14	1 050	600	470	—	—	—	—	5	—	5	—
15-29	3 000	1 450	1 500	20	10	10	140	210	100	110	—
30-39	6 200	2 100	4 100	95	30	65	1 150	490	240	250	5
40-49	13 200	4 500	8 700	540	220	320	3 400	1 200	630	590	290
50-59	32 800	15 100	17 700	2 800	1 300	1 450	5 900	3 400	1 950	1 450	3 300
60-69	63 000	34 700	28 300	8 300	4 100	4 200	7 500	6 400	3 900	2 600	9 500
70-79	64 900	36 300	28 600	10 700	5 500	5 200	6 200	7 300	4 200	3 100	7 500
80-89	36 000	19 400	16 600	5 900	3 100	2 900	2 700	4 600	2 300	2 300	2 900
90+	9 100	4 100	5 000	1 200	550	650	730	1 150	410	730	590
50-74	131 400	69 800	61 600	16 700	8 300	8 400	17 000	13 800	8 200	5 600	17 300
65+	143 900	78 900	65 000	22 500	11 500	11 000	13 500	16 500	9 000	7 500	16 200

— Moins de 3 cas.

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

† 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

**Sources :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

**TABLEAU 1.4** Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada (à l'exception du Québec\*), 2021

	Cas pour 100 000										
	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc*	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers†</b>	<b>556,3</b>	<b>501,8</b>	<b>519,4</b>	<b>517,7</b>	<b>509,4</b>	<b>587,6</b>		<b>560,5</b>	<b>598,9</b>	<b>559,2</b>	<b>580,1</b>
Prostate	117,9	115,7	116,7	108,8	101,7	120,7		116,4	122,1	127,8	105,2
Poumon et bronches	62,0	55,2	62,9	63,6	61,2	59,9		90,6	84,0	68,4	77,9
Colorectal	64,1	61,1	59,6	82,9	64,3	61,5		66,7	76,5	84,9	105,0
Vessie	41,4	41,7	41,8	39,0	36,1	41,5		43,7	44,1	39,4	39,4
Lymphome non hodgkinien	30,3	23,2	25,9	22,1	25,7	35,5		27,3	29,3	23,8	31,1
Tête et cou	25,1	24,2	20,9	20,4	23,1	27,1		23,0	23,6	29,9	27,6
Rein et bassinnet du rein	24,5	20,8	22,8	24,5	25,4	25,1		26,3	31,3	22,7	35,0
Mélanome	26,1	22,1	21,7	17,4	28,4	28,5		22,3	37,5	42,8	24,3
Leucémie	20,0	16,9	18,9	23,1	16,7	22,2		22,2	18,1	15,8	11,5
Pancréas	16,5	15,4	15,6	16,1	15,4	17,5		17,3	16,1	16,7	11,0
Estomac	12,3	9,6	9,7	12,0	12,7	14,0		13,3	9,1	12,9	16,0
Foie	11,5	13,6	11,2	9,2	8,9	11,8		6,0	10,0	8,4	6,1
Myélome multiple	10,9	8,1	9,6	9,7	9,1	13,0		8,8	9,6	10,7	8,3
Œsophage	9,2	9,7	9,1	8,2	8,6	8,9		8,2	12,6	9,9	11,1
Encéphale/SNC	8,6	8,7	8,2	7,9	7,4	8,9		8,5	9,5	9,7	9,6
Glande thyroïde	9,2	5,0	8,9	5,6	8,2	11,4		8,3	7,4	5,0	14,3
Testicule	6,5	6,7	6,5	5,8	6,6	6,7		7,1	6,8	4,4	4,8
Lymphome de Hodgkin	3,0	2,7	3,0	2,6	2,8	3,1		3,4	3,0	3,2	2,5
Sein	1,2	1,1	1,0	1,2	1,0	1,3		1,4	1,7	—	1,4
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers†</b>	<b>484,9</b>	<b>421,5</b>	<b>459,6</b>	<b>456,6</b>	<b>467,7</b>	<b>517,2</b>		<b>468,3</b>	<b>493,1</b>	<b>448,9</b>	<b>542,9</b>
Sein	126,8	116,4	131,5	119,7	113,9	131,3		119,2	124,4	114,0	136,6
Poumon et bronches	57,9	54,3	58,1	66,6	56,3	56,2		68,0	74,9	69,8	68,3
Colorectal	46,6	46,7	44,6	48,2	46,2	45,0		46,5	48,8	53,2	80,3
Utérus (corps, SAI)	37,2	29,8	34,0	34,9	53,3	40,2		33,0	34,3	30,0	41,9
Lymphome non hodgkinien	21,8	16,6	17,1	18,7	18,8	25,7		20,5	18,9	16,6	22,8
Glande thyroïde	25,2	12,8	19,4	13,1	21,5	33,4		19,5	18,3	8,9	32,0
Mélanome	20,7	17,3	18,4	23,7	19,3	21,8		22,0	29,1	35,3	18,3
Vessie	11,3	9,8	10,1	10,6	10,1	12,2		11,8	12,4	11,6	13,8
Pancréas	12,0	12,0	12,4	11,7	13,2	11,9		12,3	12,0	11,3	9,9
Ovaire	13,5	11,8	10,9	12,5	11,8	15,6		9,9	11,0	12,5	13,6
Leucémie	11,9	10,3	12,5	13,2	9,6	12,6		16,3	10,4	9,3	8,9
Rein et bassinnet du rein	11,3	9,3	11,7	15,1	11,8	10,7		14,9	17,8	12,2	16,1
Tête et cou	8,8	7,7	7,2	7,6	9,5	9,7		8,0	8,8	10,4	7,8
Myélome multiple	6,2	5,0	5,4	5,5	5,1	7,2		5,8	5,3	6,5	5,8
Col de l'utérus	7,5	6,5	8,4	8,2	7,2	7,6		7,5	5,9	8,9	10,4
Estomac	5,7	4,1	4,2	4,5	5,0	6,9		5,5	4,5	4,8	8,1
Encéphale/SNC	5,8	5,7	5,4	5,6	5,2	6,0		5,9	6,2	4,6	6,4
Foie	3,1	3,7	2,8	2,2	2,9	3,4		1,6	1,9	2,8	2,2
Œsophage	2,4	2,8	2,3	2,0	2,1	2,4		1,6	3,5	2,6	2,1
Lymphome de Hodgkin	2,4	2,0	2,0	2,1	2,3	2,7		2,5	2,5	—	2,5

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

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

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

‡ La catégorie « Tous les cancers » comprend les cas de 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 :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Le tableau A1 contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

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

TABLEAU 1.5 Nombre projeté de nouveaux cas de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada\*, 2021

	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc‡	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers§</b>	<b>118 200</b>	<b>15 100</b>	<b>10 700</b>	<b>3 100</b>	<b>3 500</b>	<b>46 600</b>	<b>30 100</b>	<b>2 800</b>	<b>3 600</b>	<b>540</b>	<b>2 000</b>
Prostate	24 000	3 600	2 500	680	710	9 900	4 600	620	780	130	400
Poumon et bronches	14 800	1 700	1 250	380	420	4 800	4 800	470	520	70	280
Colorectal	13 700	1 800	1 250	500	430	4 800	3 600	340	470	85	370
Vessie	9 500	1 250	830	230	240	3 300	2 900	220	280	40	140
Lymphome non hodgkinien	6 200	680	530	130	170	2 800	1 450	130	170	20	100
Tête et cou	5 400	710	440	120	160	2 100	1 500	110	150	25	95
Rein et bassinnet du rein	5 200	610	480	150	170	1 950	1 350	130	190	20	120
Mélanome	4 700	650	440	100	190	2 200	640	110	220	40	85
Leucémie	4 000	490	390	140	110	1 700	900	110	110	15	40
Pancréas	3 700	460	310	95	110	1 400	1 050	85	100	15	40
Estomac	2 600	290	190	70	85	1 100	680	65	55	10	55
Foie	2 600	420	230	55	60	950	700	30	65	10	20
Myélome multiple	2 300	240	200	55	65	1 050	610	45	60	10	30
Œsophage	1 900	290	190	50	60	710	420	40	75	10	40
Encéphale/SNC	1 800	240	180	50	50	680	470	40	55	10	30
Glande thyroïde	1 800	140	200	35	55	850	400	35	40	5	45
Testicule	1 200	170	150	35	45	490	240	25	30	5	10
Lymphome de Hodgkin	600	70	65	15	20	230	160	15	15	5	5
Sein	260	30	20	10	5	100	65	5	10	—	5
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers§</b>	<b>110 900</b>	<b>13 500</b>	<b>10 300</b>	<b>2 900</b>	<b>3 400</b>	<b>45 100</b>	<b>27 400</b>	<b>2 500</b>	<b>3 300</b>	<b>480</b>	<b>1 950</b>
Sein	27 700	3 600	2 900	730	820	11 000	6 700	610	780	120	490
Poumon et bronches	14 800	1 900	1 300	450	440	5 300	4 100	390	540	80	270
Colorectal	11 100	1 550	1 000	320	340	4 200	2 800	260	340	60	300
Utérus (corps, SAI)	8 000	930	750	210	380	3 400	1 750	180	220	30	150
Lymphome non hodgkinien	5 000	540	380	120	140	2 300	1 100	110	130	15	85
Glande thyroïde	4 900	350	430	75	140	2 500	1 100	85	95	10	95
Mélanome	4 000	540	410	140	140	1 850	530	100	170	35	60
Vessie	3 000	340	230	70	80	1 150	960	65	90	15	55
Pancréas	3 000	410	280	80	100	1 150	820	75	85	15	40
Ovaire	3 000	370	240	75	80	1 300	720	50	75	15	45
Leucémie	2 700	330	280	85	75	1 100	580	85	65	10	30
Rein et bassinnet du rein	2 600	300	260	95	85	940	650	80	120	15	60
Tête et cou	2 000	250	160	50	70	850	500	45	60	10	25
Myélome multiple	1 500	170	120	35	40	670	360	35	40	5	25
Col de l'utérus	1 450	180	190	50	45	580	290	30	30	10	30
Estomac	1 400	140	95	30	40	630	380	30	30	5	30
Encéphale/SNC	1 350	170	120	35	35	510	360	30	40	5	20
Foie	800	120	65	15	25	310	230	10	15	5	10
Œsophage	560	95	55	15	15	230	120	10	25	5	10
Lymphome de Hodgkin	460	55	45	10	15	210	110	10	10	—	5

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

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

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

‡ Les projections pour le Québec sont calculées différemment des autres provinces et territoires, car les données réelles n'étaient disponibles que jusqu'en 2010 pour la province, alors que les autres régions disposaient de données jusqu'en 2017. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

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

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

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

**TABLEAU 1.6** Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2017

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017
Tous les cancers	1984–2012	0,3 (0,2, 0,4)	0,1 (-0,1, 0,2)	1984–1992	0,9 (0,2, 1,6)	-0,1 (-0,4, 0,1)	1984–2007	0,3 (0,2, 0,4)	0,3 (0,1, 0,4)
	2012–2017	-1,1 (-1,9, -0,2)		1992–2011	-0,1 (-0,3, 0,0)		2007–2013	1,2 (0,5, 1,8)	
				2011–2017	-1,5 (-2,2, -0,8)		2013–2017	-1,2 (-2,1, -0,3)	
Poumon et bronches	1984–1990	0,6 (-0,0, 1,3)	-0,6 (-0,8, -0,4)	1984–1990	-0,7 (-1,4, 0,1)	-1,7 (-2,0, -1,5)	1984–1993	2,9 (2,4, 3,5)	1,1 (0,9, 1,3)
	1990–2003	-0,8 (-1,0, -0,6)		1990–2003	-2,2 (-2,4, -1,9)		1993–2013	0,9 (0,8, 1,0)	
	2003–2013	-0,1 (-0,4, 0,2)		2003–2013	-1,0 (-1,4, -0,6)		2013–2017	-2,0 (-3,1, -1,0)	
	2013–2017	-2,8 (-3,7, -1,9)		2013–2017	-3,8 (-4,9, -2,7)				
Sein	1984–1991	1,9 (0,8, 3,1)	0,2 (-0,1, 0,4)	1984–2017	0,5 (0,1, 0,9)	0,5 (0,1, 0,9)	1984–1991	2,0 (0,9, 3,1)	0,3 (0,0, 0,5)
	1991–2017	-0,3 (-0,4, -0,2)		1991–2017	-0,2 (-0,3, -0,0)		1991–2017	-0,2 (-0,3, -0,0)	
Colorectal	1984–1995	-1,1 (-1,4, -0,8)	-0,9 (-1,1, -0,7)	1984–2013	-0,3 (-0,4, -0,2)	-0,8 (-1,0, -0,6)	1984–1994	-1,7 (-2,0, -1,4)	-1,1 (-1,3, -0,8)
	1995–2001	0,5 (-0,3, 1,3)		2013–2017	-4,3 (-5,8, -2,8)		1994–2000	0,4 (-0,5, 1,3)	
	2001–2013	-0,5 (-0,7, -0,3)					2000–2013	-0,5 (-0,7, -0,3)	
	2013–2017	-3,6 (-4,5, -2,7)					2013–2017	-3,4 (-4,5, -2,4)	
Prostate				1984–1993	5,6 (3,4, 7,8)	0,2 (-0,5, 0,9)			
				1993–2007	0,2 (-0,6, 1,1)				
				2007–2017	-4,4 (-5,5, -3,3)				
Vessie <sup>†</sup>	1984–2007	-1,1 (-1,3, -0,8)	0,1 (-0,5, 0,7)	1984–2007	-1,2 (-1,4, -0,9)	-0,0 (-0,7, 0,7)	1984–2008	-0,9 (-1,2, -0,5)	0,0 (-0,9, 1,0)
	2007–2011	7,8 (2,9, 12,9)		2007–2011	7,8 (2,5, 13,3)		2008–2012	7,2 (-0,1, 15,0)	
	2011–2017	-0,2 (-1,5, 1,2)		2011–2017	-0,5 (-1,9, 1,0)		2012–2017	-1,2 (-3,9, 1,6)	
Lymphome non hodgkinien	1984–1997	1,8 (1,4, 2,3)	1,3 (0,9, 1,6)	1984–2017	1,3 (1,2, 1,4)	1,3 (1,2, 1,4)	1984–1993	2,1 (1,2, 3,1)	1,2 (1,0, 1,5)
	1997–2007	0,5 (-0,1, 1,1)					1993–2017	0,9 (0,8, 1,1)	
	2007–2013	2,2 (1,0, 3,5)							
	2013–2017	-0,0 (-1,6, 1,6)							
Mélanome	1984–2017	2,0 (1,8, 2,1)	2,0 (1,8, 2,1)	1984–2017	2,2 (2,1, 2,4)	2,2 (2,1, 2,4)	1984–1994	0,2 (-0,9, 1,3)	1,4 (1,1, 1,8)
							1994–2017	2,0 (1,8, 2,2)	

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1.6** Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2017

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017
Utérus (corps, SAI)							1984-1990	-1,5 (-3,1, 0,2)	0,7 (0,2, 1,1)
							1990-2005	0,4 (-0,0, 0,8)	
							2005-2011	3,1 (1,5, 4,8)	
							2011-2017	1,0 (-0,0, 2,1)	
Rein et bassinnet du rein	1984-1989	4,1 (1,6, 6,6)	1,4 (0,9, 1,9)	1984-1989	4,0 (1,3, 6,7)	1,4 (0,9, 2,0)	1984-2017	1,1 (0,9, 1,2)	1,1 (0,9, 1,2)
	1989-1998	-0,4 (-1,4, 0,7)		1989-2003	0,1 (-0,4, 0,6)				
	1998-2012	1,9 (1,5, 2,3)		2003-2012	2,7 (1,8, 3,6)				
	2012-2017	0,3 (-1,1, 1,7)		2012-2017	0,4 (-1,1, 1,8)				
Tête et cou	1984-2004	-2,0 (-2,2, -1,8)	-1,0 (-1,1, -0,8)	1984-2004	-2,4 (-2,7, -2,2)	-1,2 (-1,4, -1,0)	1984-2004	-1,1 (-1,4, -0,9)	-0,5 (-0,8, -0,3)
	2004-2017	0,7 (0,3, 1,0)		2004-2017	0,6 (0,2, 1,0)		2004-2017	0,3 (-0,1, 0,8)	
Pancréas	1984-2006	-0,7 (-0,9, -0,5)	-0,1 (-0,4, 0,3)	1984-2002	-1,4 (-1,8, -1,0)	-0,1 (-0,4, 0,2)	1984-2006	-0,3 (-0,5, -0,0)	0,0 (-0,4, 0,4)
	2006-2013	2,7 (1,4, 3,9)		2002-2017	1,4 (1,0, 1,9)		2006-2013	2,2 (0,8, 3,7)	
	2013-2017	-1,6 (-3,6, 0,4)					2013-2017	-2,2 (-4,6, 0,2)	
Leucémie	1984-1996	-0,7 (-1,2, -0,1)	-0,0 (-0,4, 0,3)	1984-1994	-1,1 (-2,0, -0,2)	-0,1 (-0,6, 0,3)	1984-2001	-0,3 (-0,6, 0,1)	0,0 (-0,3, 0,4)
	1996-2013	1,1 (0,8, 1,4)		1994-2013	0,9 (0,6, 1,2)		2001-2010	1,9 (1,0, 2,9)	
	2013-2017	-2,8 (-4,9, -0,7)		2013-2017	-2,6 (-5,0, -0,2)		2010-2017	-1,6 (-2,6, -0,5)	
Glande thyroïde	1984-1998	3,7 (2,8, 4,5)	4,2 (3,6, 4,9)	1984-1998	2,8 (1,5, 4,0)	4,0 (3,3, 4,8)	1984-1998	4,0 (3,2, 4,8)	4,3 (3,6, 5,0)
	1998-2004	9,4 (6,6, 12,3)		1998-2013	7,0 (6,3, 7,8)		1998-2004	10,4 (7,6, 13,2)	
	2004-2013	5,9 (5,0, 6,9)		2013-2017	-2,4 (-5,8, 1,1)		2004-2013	5,5 (4,6, 6,4)	
	2013-2017	-4,7 (-6,9, -2,4)					2013-2017	-5,4 (-7,6, -3,2)	
Estomac	1984-2002	-2,6 (-2,8, -2,4)	-1,7 (-1,9, -1,5)	1984-2002	-2,6 (-2,8, -2,3)	-1,8 (-2,0, -1,6)	1984-2001	-2,8 (-3,2, -2,4)	-1,7 (-2,0, -1,5)
	2002-2017	-0,7 (-0,9, -0,4)		2002-2017	-1,0 (-1,3, -0,6)		2001-2017	-0,5 (-0,9, -0,1)	
Myélome multiple	1984-2006	0,3 (0,0, 0,7)	0,9 (0,6, 1,2)	1984-2007	0,3 (-0,0, 0,7)	1,0 (0,6, 1,4)	1984-2005	0,2 (-0,2, 0,6)	0,7 (0,4, 1,1)
	2006-2017	2,1 (1,4, 2,8)		2007-2017	2,5 (1,5, 3,4)		2005-2017	1,6 (0,9, 2,3)	
Foie	1984-2004	3,0 (2,6, 3,5)	3,0 (2,5, 3,5)	1984-2013	3,8 (3,5, 4,1)	3,3 (2,8, 3,8)	1984-2005	1,9 (1,2, 2,6)	2,2 (1,3, 3,1)
	2004-2013	4,9 (3,8, 6,1)		2013-2017	-0,3 (-3,5, 3,1)		2005-2013	5,8 (3,5, 8,2)	
	2013-2017	-1,7 (-4,3, 1,0)					2013-2017	-3,2 (-7,6, 1,4)	
Encéphale/SNC	1984-2017	-0,4 (-0,5, -0,3)	-0,4 (-0,5, -0,3)	1984-2017	-0,4 (-0,5, -0,2)	-0,4 (-0,5, -0,2)	1984-2017	-0,5 (-0,6, -0,3)	-0,5 (-0,6, -0,3)
Ovaire							1984-1997	-1,5 (-1,9, -1,0)	-1,0 (-1,4, -0,7)
							1997-2013	-0,1 (-0,5, 0,2)	
							2013-2017	-3,1 (-5,3, -0,8)	

Suite à la page suivante

**TABLEAU 1.6** Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2017

Cancer	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017	Période	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	VAMP <sup>†</sup> (LC 95 %), 1984 à 2017
Œsophage	1984–2005	0,1 (-0,2, 0,4)	0,2 (-0,2, 0,7)	1984–2005	0,3 (0,0, 0,6)	0,4 (-0,1, 0,8)	1984–2017	-0,4 (-0,6, -0,2)	-0,4 (-0,6, -0,2)
	2005–2011	2,2 (0,3, 4,2)		2005–2011	2,8 (0,8, 4,8)				
	2011–2017	-1,4 (-2,7, -0,1)		2011–2017	-1,8 (-3,0, -0,5)				
Col de l'utérus							1984–2005	-2,0 (-2,2, -1,8)	-1,5 (-1,7, -1,3)
							2005–2017	-0,6 (-1,1, -0,1)	
Testicule				1984–2017	1,3 (1,1, 1,5)	1,3 (1,1, 1,5)			
Lymphome de Hodgkin	1984–2017	-0,2 (-0,3, -0,0)	-0,2 (-0,3, -0,0)	1984–2017	-0,4 (-0,5, -0,2)	-0,4 (-0,5, -0,2)	1984–2017	0,1 (-0,1, 0,3)	0,1 (-0,1, 0,3)
Tous les autres cancers	1984–2017	0,7 (0,6, 0,9)	0,7 (0,6, 0,9)	1984–2017	0,6 (0,5, 0,8)	0,6 (0,5, 0,8)	1984–2017	0,9 (0,8, 1,0)	0,9 (0,8, 1,0)

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

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

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

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

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

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

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

**TABLEAU 1.7** Plus récente variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec\*), 1984 à 2017

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	Année de référence	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)	Année de référence	VAP <sup>†</sup> (LC 95 %)
<b>Tous les cancers<sup>‡</sup></b>	<b>2012</b>	<b>-1,1 (-1,9, -0,2)</b>	<b>2011</b>	<b>-1,5 (-2,2, -0,8)</b>	<b>2013</b>	<b>-1,2 (-2,1, -0,3)</b>
Poumon et bronches	2013	-2,8 (-3,7, -1,9)	2013	-3,8 (-4,9, -2,7)	2013	-2,0 (-3,1, -1,0)
Sein	1991	-0,3 (-0,4, -0,2)	1984	0,5 (0,1, 0,9)	1991	-0,2 (-0,3, -0,0)
Colorectal	2013	-3,6 (-4,5, -2,7)	2013	-4,3 (-5,8, -2,8)	2013	-3,4 (-4,5, -2,4)
Prostate	—	—	2007	-4,4 (-5,5, -3,3)	—	—
Vessie <sup>§</sup>	2011	-0,2 (-1,5, 1,2)	2011	-0,5 (-1,9, 1,0)	2012	-1,2 (-3,9, 1,6)
Lymphome non hodgkinien	2013	-0,0 (-1,6, 1,6)	1984	1,3 (1,2, 1,4)	1993	0,9 (0,8, 1,1)
Mélanome	1984	2,0 (1,8, 2,1)	1984	2,2 (2,1, 2,4)	1994	2,0 (1,8, 2,2)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2011	1,0 (-0,0, 2,1)
Rein et bassinnet du rein	2012	0,3 (-1,1, 1,7)	2012	0,4 (-1,1, 1,8)	1984	1,1 (0,9, 1,2)
Tête et cou	2004	0,7 (0,3, 1,0)	2004	0,6 (0,2, 1,0)	2004	0,3 (-0,1, 0,8)
Pancréas	2013	-1,6 (-3,6, 0,4)	2002	1,4 (1,0, 1,9)	2013	-2,2 (-4,6, 0,2)
Leucémie	2013	-2,8 (-4,9, -0,7)	2013	-2,6 (-5,0, -0,2)	2010	-1,6 (-2,6, -0,5)
Glande thyroïde	2013	-4,7 (-6,9, -2,4)	2013	-2,4 (-5,8, 1,1)	2013	-5,4 (-7,6, -3,2)
Estomac	2002	-0,7 (-0,9, -0,4)	2002	-1,0 (-1,3, -0,6)	2001	-0,5 (-0,9, -0,1)
Myélome multiple	2006	2,1 (1,4, 2,8)	2007	2,5 (1,5, 3,4)	2005	1,6 (0,9, 2,3)
Foie	2013	-1,7 (-4,3, 1,0)	2013	-0,3 (-3,5, 3,1)	2013	-3,2 (-7,6, 1,4)
Encéphale/SNC	1984	-0,4 (-0,5, -0,3)	1984	-0,4 (-0,5, -0,2)	1984	-0,5 (-0,6, -0,3)
Ovaire	—	—	—	—	2013	-3,1 (-5,3, -0,8)
Œsophage	2011	-1,4 (-2,7, -0,1)	2011	-1,8 (-3,0, -0,5)	1984	-0,4 (-0,6, -0,2)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2005	-0,6 (-1,1, -0,1)
Testicule	—	—	1984	1,3 (1,1, 1,5)	—	—
Lymphome de Hodgkin	1984	-0,2 (-0,3, -0,0)	1984	-0,4 (-0,5, -0,2)	1984	0,1 (-0,1, 0,3)
Tous les autres cancers	1984	0,7 (0,6, 0,9)	1984	0,6 (0,5, 0,8)	1984	0,9 (0,8, 1,0)

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

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

† La variation annuelle en pourcentage (VAP) a été calculée à l'aide du programme de régression Joinpoint et les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Si un ou plusieurs changements importants dans la tendance des taux ont été détectés, la VAP tient compte de la tendance du changement important le plus récent (année de référence) à 2017. Sinon, cette valeur tient compte de la tendance des taux sur l'ensemble de la période (1984 à 2017). Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

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

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

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

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

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

# Combien de personnes meurent du cancer au Canada?

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



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

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

### Principales constatations

- On estime qu'un Canadien sur quatre mourra du cancer. La probabilité à vie de mourir d'un cancer est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- On prévoit qu'environ 84 600 Canadiens mourront du cancer en 2021, et qu'un décès sur quatre sera attribuable au cancer du poumon.
- On s'attend à ce que le cancer du pancréas soit la troisième cause de décès par cancer en 2021 au Canada, pour les deux sexes confondus.
- Presque tous (96 %) les décès par cancer au Canada surviendraient chez les personnes de 50 ans et plus.
- En général, les taux de mortalité par cancer sont plus faibles dans les provinces de l'Ouest et en Ontario, et plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Est.
- Les taux de mortalité pour l'ensemble des cancers ont atteint un sommet en 1988 et diminuent depuis. Toutefois, le nombre de décès par cancer continue d'augmenter chaque année en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population.
- Le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate prévu en 2021 représente une diminution de 50 % par rapport au sommet atteint en 1995.

## Probabilité de mourir d'un cancer

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

- Selon les estimations, environ un Canadien sur quatre mourra du cancer (figure 2.1)
- La probabilité de mourir d'un cancer est légèrement plus élevée chez les hommes (26 %) que chez les femmes (22 %).

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

- Les Canadiens sont plus susceptibles de mourir du cancer du poumon et des bronches que de tout autre type de cancer. On estime qu'un Canadien sur 19 (5 %) mourra d'un cancer du poumon, suivi du cancer colorectal (1 sur 37; près de 3 %) et du pancréas (1 sur 66; 1,5 %).
- Un homme sur 29 (4 %) devrait mourir du cancer de la prostate.
- Une femme sur 34 (3 %) devrait mourir du cancer du sein.

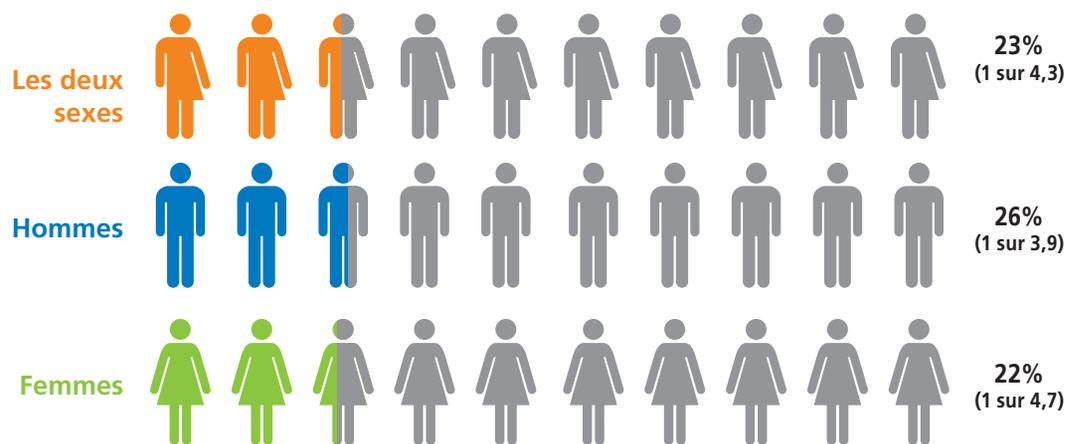
## Projection des décès par cancer en 2021

Les données sur la mortalité par cancer utilisées pour les projections dans cette publication vont de 1994 à 2018. Ces données étaient les plus récentes disponibles au début des analyses; elles ont servi à projeter les taux et les décès jusqu'en 2021.

On estime que 84 600 Canadiens devraient mourir du cancer en 2021 ([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 environ 25 % de tous les décès par cancer au Canada.
- Le cancer du poumon est suivi du cancer colorectal, qui représentera 11 % de tous les décès par cancer au Canada, et du cancer du pancréas, qui représentera 7 %.
- 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 environ 55 % de tous les décès par cancer au Canada.

FIGURE 2.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2019



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

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

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

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

## Mortalité selon le sexe

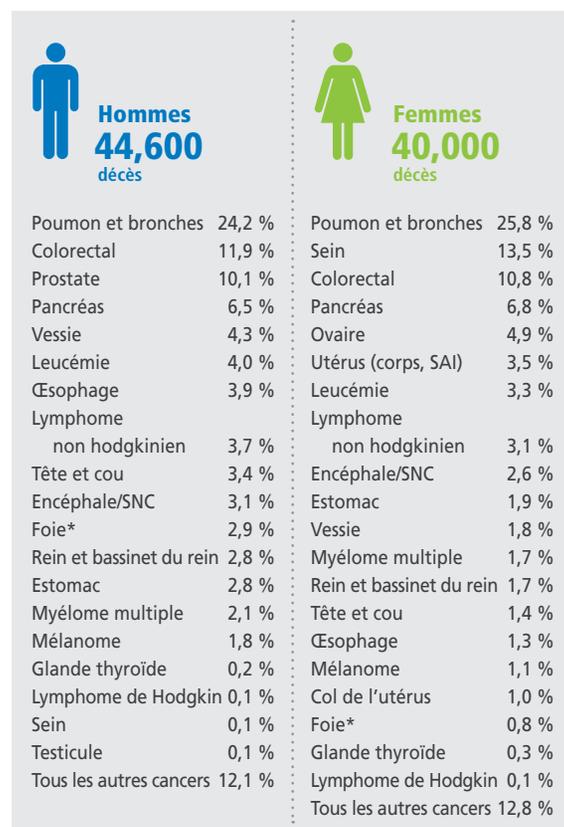
Le [tableau 2.2](#) montre le nombre de décès et le taux de mortalité par cancer projetés chez les hommes et les femmes en 2021.

- Pour chaque type de cancer, sauf le cancer du sein et celui de la glande thyroïde, on prévoit un plus grand nombre de décès chez les hommes que chez les femmes.
- Parmi tous les décès par cancer, 53 % devraient survenir chez les hommes.
- On s'attend à ce que plus d'hommes (44 600) que de femmes (40 000) meurent du cancer en 2021.
- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) chez les hommes (217 pour 100 000) devrait être supérieur d'environ 33 % à celui des femmes (163 pour 100 000).

La figure 2.2 montre la distribution prévue des décès par cancer chez les hommes et les femmes en 2021.

- Chez les hommes, le cancer du poumon devrait être la cause la plus courante de décès par cancer, représentant 24 % de tous les décès par cancer, suivi du cancer colorectal (12 %) et du cancer de la prostate (10 %).
- Chez les femmes, le cancer du poumon devrait être la principale cause de décès par cancer, représentant 26 % de tous les décès par cancer, suivi du cancer du sein (14 %) et du cancer colorectal (11 %).
- Le cancer du pancréas devrait être la quatrième cause de décès par cancer pour chaque sexe, représentant près de 7 % de tous les décès par cancer chez les hommes et les femmes.

**FIGURE 2.2** Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2021



SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

\* La mortalité par cancer du foie a été sous-estimée étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9) ont été exclus. 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada  
**Sources :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

## Probabilité

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

## Décès

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

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

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

## Mortalité projetée

Les données réelles sur les décès étaient disponibles jusqu'en 2019 pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Yukon, pour lequel les données ont été imputées de 2017 à 2019. Les données ont été utilisées pour projeter la mortalité par cancer jusqu'en 2021.

## Mortalité selon l'âge

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

- Des décès par cancer, 96 % devraient survenir chez les personnes de 50 ans et plus.
- La majorité des décès (78 %) surviennent chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus. Toutefois, près de la moitié (46 %) de tous les décès par cancer surviennent chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. C'est l'une des raisons pour lesquelles le dépistage du cancer (qui vise à réduire la mortalité par cancer) est souvent axé sur les personnes de ces groupes d'âge plus élevés.
- Parmi les décès par cancer colorectal, 42 % devraient survenir chez les Canadiens situés dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage (de 50 à 74 ans)<sup>(1)</sup>,

tandis que 4% des décès devraient survenir chez les Canadiens qui ont moins de 50 ans.

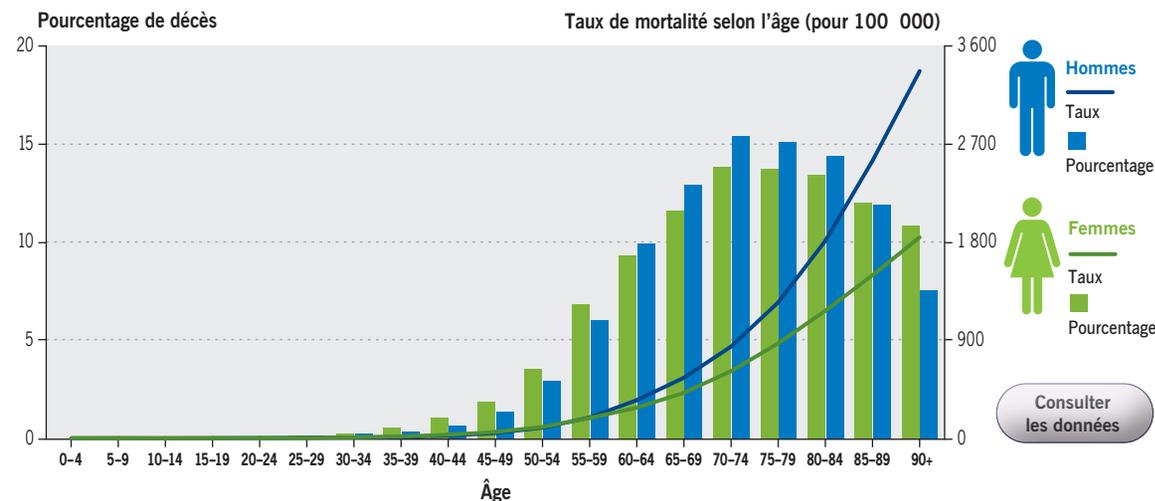
- Près de la moitié (48 %) des décès par cancer du sein devraient survenir chez les femmes situées dans la tranche d'âge visée par les lignes directrices sur le dépistage (de 50 à 74 ans)<sup>(2)</sup>, tandis que 9 % de ces décès devraient survenir chez les Canadiennes de moins de 50 ans.
- 88 % des décès par cancer devraient survenir chez les Canadiens de 60 ans et plus.
- On s'attend à ce que 91 % des décès par cancer du poumon surviennent chez les Canadiens âgés de 60 ans et plus. Près de la moitié des décès par cancer du poumon se situent dans le groupe d'âge proposé pour le dépistage du cancer du poumon au Canada (entre 55 et 74 ans avec un historique de tabagisme de 30 paquets-années)<sup>(3)</sup>.

- 86 % des cancers de la prostate devraient survenir chez les Canadiens de 70 ans et plus.
- 89 % des cancers du pancréas devraient survenir chez les Canadiens de 60 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 mortalité par cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- À partir de 55 ans, le taux de mortalité par cancer est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le taux de mortalité par cancer est le plus élevé chez les Canadiens âgés de 90 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, le nombre de décès par cancer est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (tableau 2.3), malgré un taux selon l'âge plus faible.

**FIGURE 2.3** Pourcentage de décès et taux de mortalité selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2017 à 2019



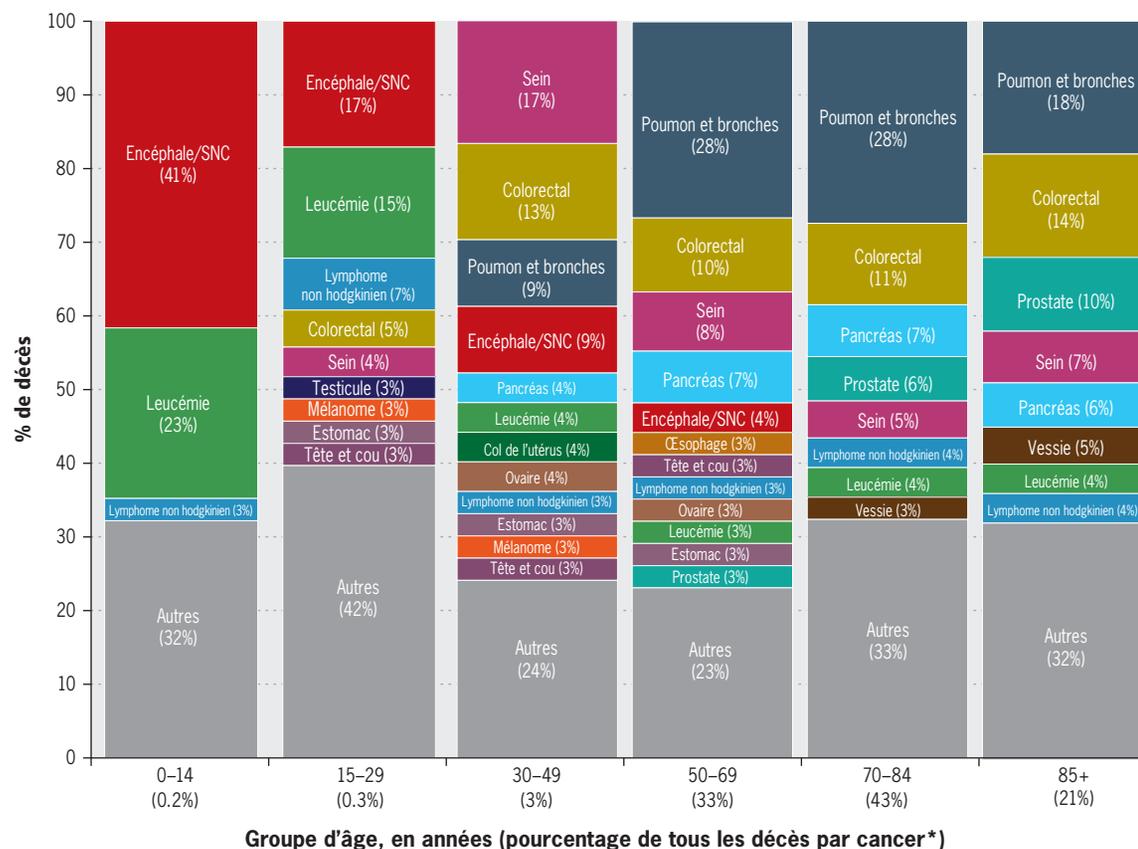
**Analyse :** Centre des données sur la santé de la population, Statistique Canada

**Sources :** Base de données du Registre canadien du cancer à Statistique Canada

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

- Dans les groupes d'âge les plus jeunes (0 à 14 ans et 15 à 29 ans), le cancer du cerveau, la leucémie et le lymphome non hodgkinien sont les causes les plus fréquentes de décès par cancer. Dans le groupe d'âge de 0 à 14 ans, ces cancers représentent 67 % de tous les décès par cancer, mais ils ne représentent que 39 % de tous les décès par cancer dans le groupe d'âge de 15 à 29 ans. Ce groupe plus âgé comptait davantage de décès dus à des cancers « adultes » (p. ex., cancer colorectal, cancer du sein et mélanome) et à des cancers de l'appareil reproducteur (par exemple, cancer du testicule).
- 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. Viennent ensuite les cancers colorectal, du poumon et du cerveau, qui représentent 31 % des décès par cancer dans ce groupe d'âge.
- Dans tous les groupes d'âge plus avancé (50 ans et plus), les causes les plus fréquentes de décès par cancer sont celles associées au cancer du poumon, suivies par les autres décès par cancer les plus courants (cancer colorectal, du sein, du pancréas et, dans les groupes d'âge plus avancé, de la prostate).

FIGURE 2.4 Distribution des décès par certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada, 2015 à 2019



SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

\* Le pourcentage relatif est calculé en fonction du nombre total de décès sur cinq ans (2015 à 2019) pour chaque groupe d'âge.

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

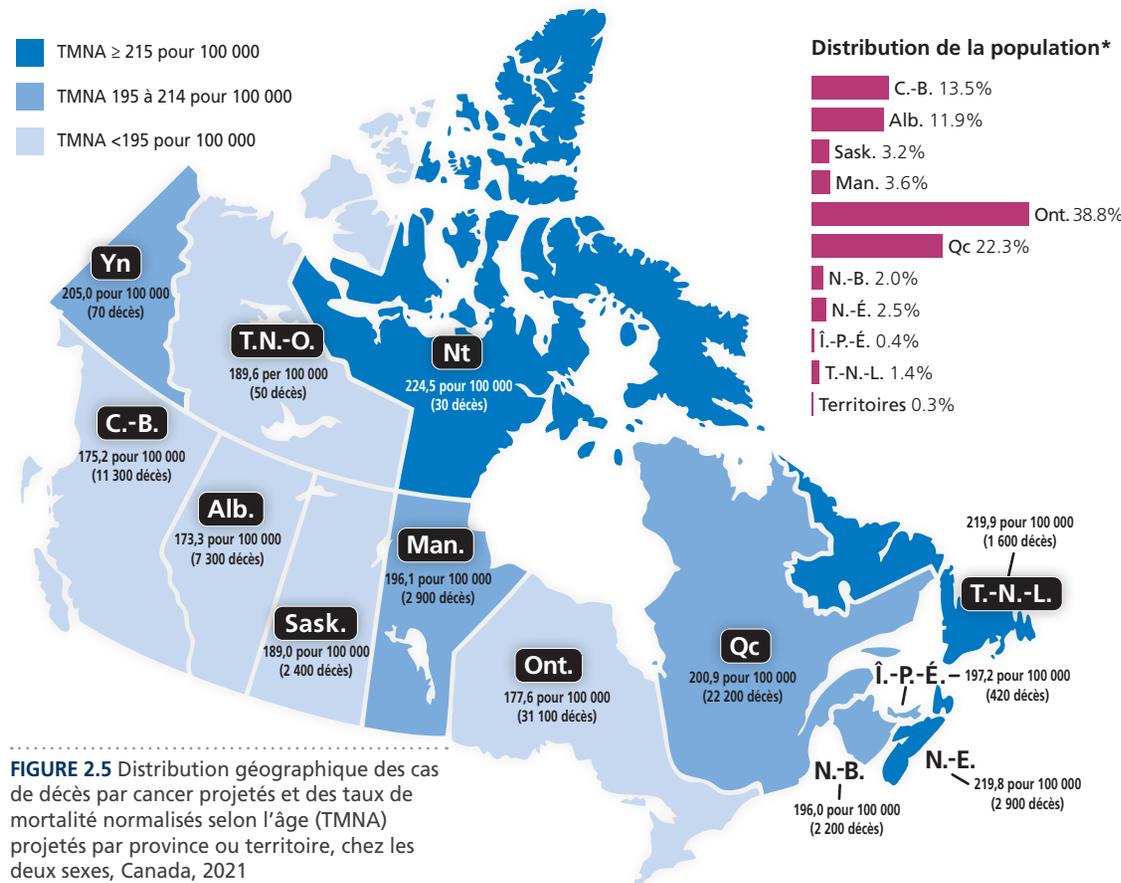
**Analyse :** Centre des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

## Mortalité selon la région géographique

La figure 2.5 montre la distribution prévue des décès par cancer au Canada en 2021. Ces estimations sont fondées sur la province ou le territoire de résidence de la personne au moment du décès plutôt que sur le lieu où le décès est survenu.

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



**FIGURE 2.5** Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province ou territoire, chez les deux sexes, Canada, 2021

Les taux de mortalité (tableau 2.4) et le nombre de décès (tableau 2.5) projetés en 2021 par certains types de cancer, et selon le sexe et la province, montrent que la mortalité par différents types de cancer varie en fonction de la région géographique.

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

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

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

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

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

\* Selon les estimations projetées de la taille de la population en 2021.

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

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

**Sources :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès et projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires à Statistique Canada.

## Mortalité au fil du temps

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

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

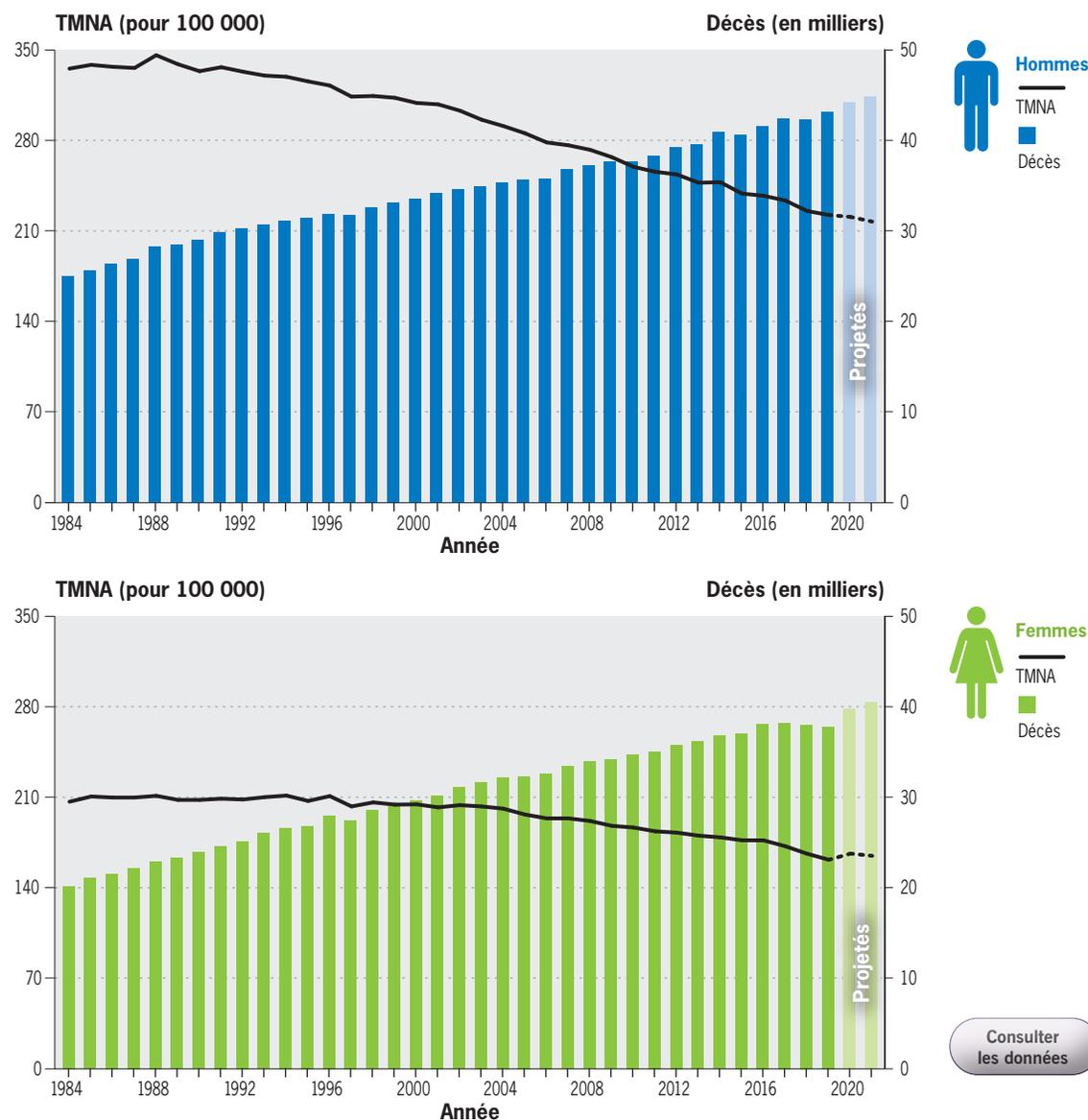
- Selon les estimations de 1984 à 2021, les taux de mortalité pour tous les cancers combinés ont diminué de 335,4 à 216,9 pour 100 000 chez les hommes, et de 203,9 à 162,6 pour 100 000 chez les femmes. Les taux de mortalité par cancer ont atteint un sommet en 1988 et, depuis lors, ont diminué de 37 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes.
- Au cours de la même période, le nombre de décès par cancer est passé de 24 900 au nombre prévu de 44 600 chez les hommes et de 19 900 au nombre prévu de 40 000 chez les femmes. Cette augmentation est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population<sup>(6,7)</sup>.



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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2019; les estimations pour 2020-2021 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2018.

FIGURE 2.6 Nombre de décès et taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2021



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

### 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)

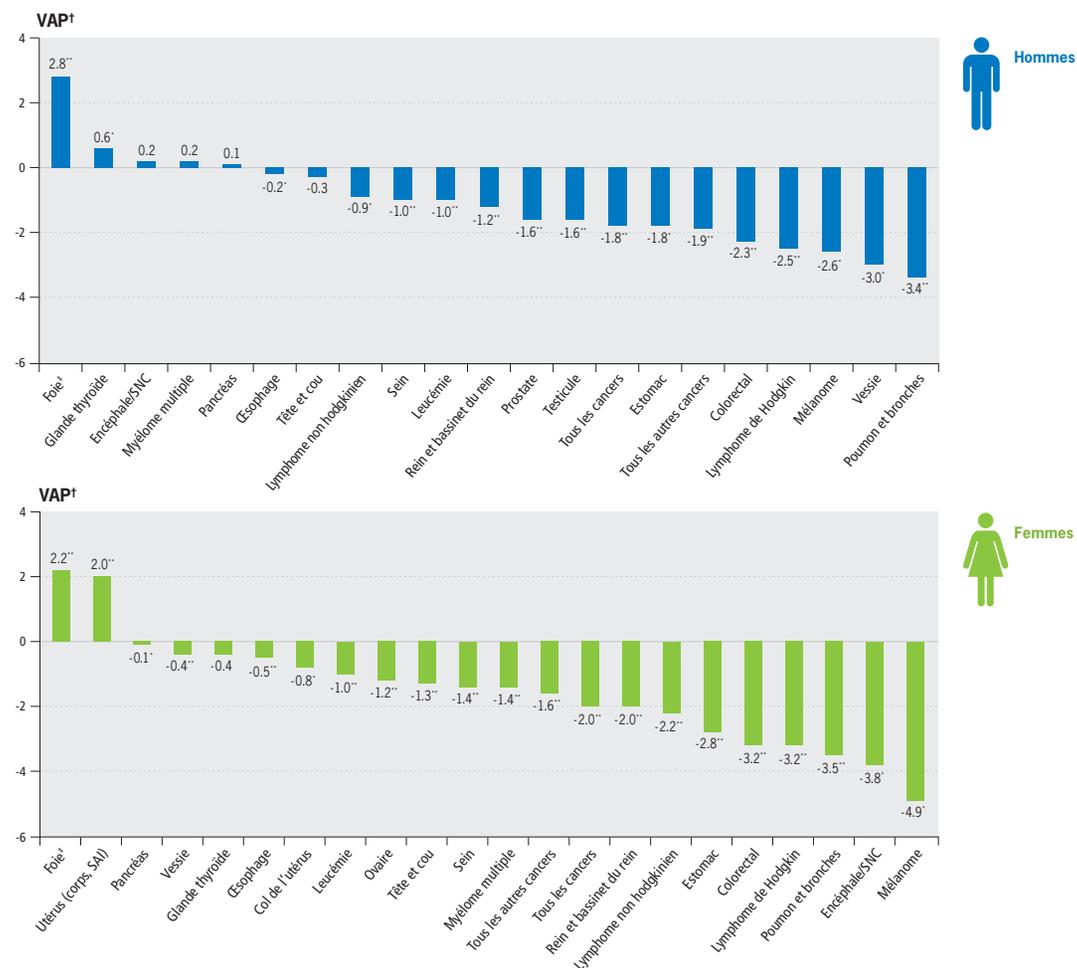
Valeurs supérieure et inférieure d'un intervalle (intervalle de confiance) qui donnent une indication de la précision d'une estimation. Les intervalles de confiance sont habituellement de 95 %. Cela signifie qu'en cas d'échantillonnage répété pour une étude, et en supposant qu'il n'y ait pas d'autres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

CSNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

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

**FIGURE 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 2019



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

‡ La mortalité par cancer du foie a été sous-estimée étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9) ont été exclus. 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

## Tendances récentes

Le [tableau 2.6](#) montre les tendances propres aux taux de mortalité par cancer de 1984 à 2019 chez les hommes et les femmes, telles qu'elles sont mesurées par une variation annuelle en pourcentage (VAP)<sup>(6)</sup>. Le [tableau 2.7](#) présente les tendances les plus récentes pour chaque cancer. Ces tendances récentes sont illustrées à la figure 2.7.

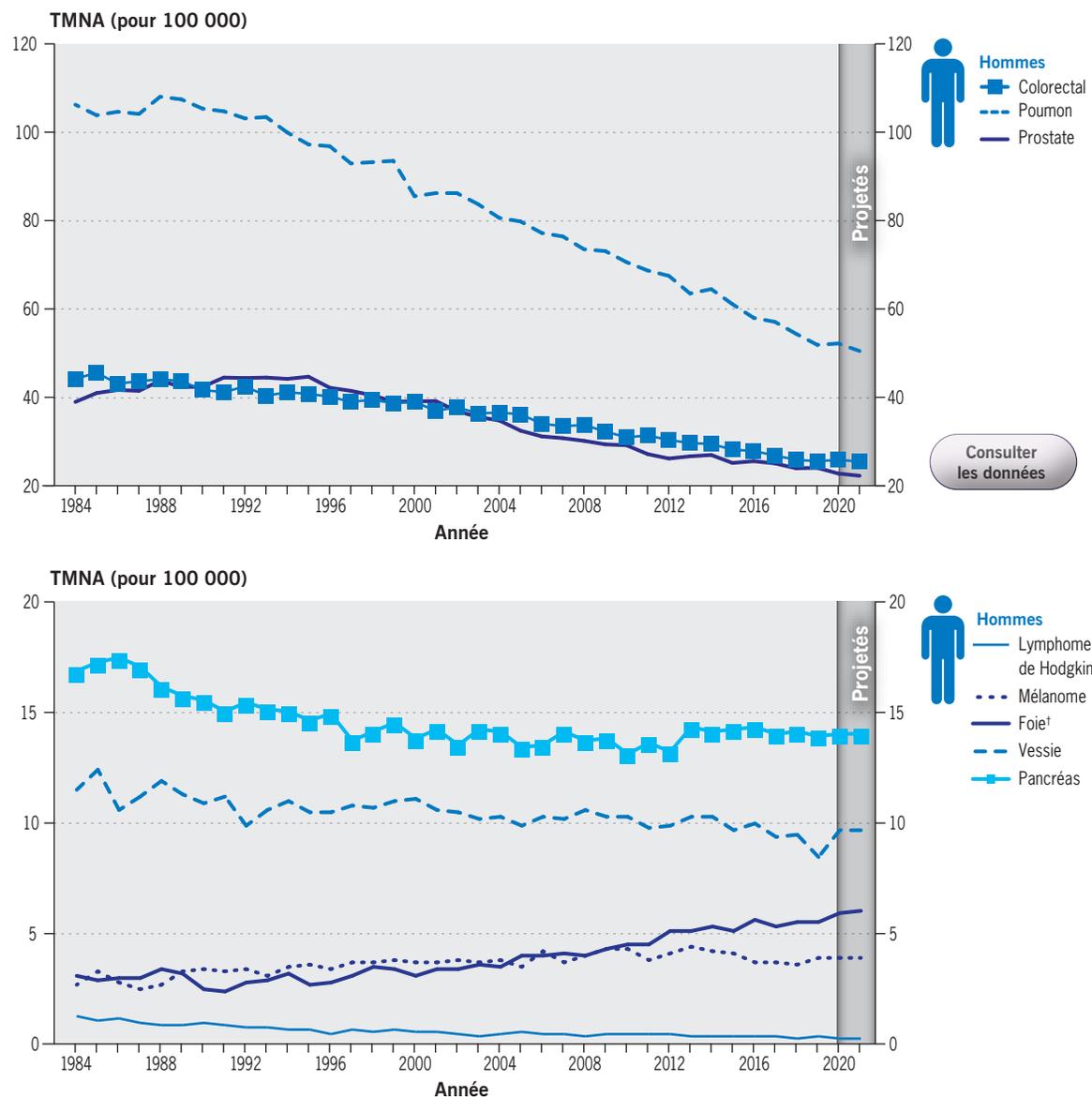
- Les taux de mortalité ont diminué pour presque tous les cancers ces dernières années.
- Pour les deux sexes et tous les cancers confondus, la mortalité a diminué à un rythme de 1,9 % par an depuis 2015.
- Chez les hommes, cette baisse de la mortalité est largement due à la diminution des cancers du poumon (-3,4 %) et colorectal (-2,3 %), ainsi que de la vessie (-3,0 %), du mélanome (-2,6 %) et du lymphome de Hodgkin (-2,5 %).
- Chez les femmes, la baisse de la mortalité est en grande partie due à la diminution des cancers du poumon (-3,5 %) et colorectal (-3,2 %), ainsi que du mélanome (-4,9 %), du cerveau/du SNC (3,8 %), du lymphome de Hodgkin (-3,2 %), de l'estomac (-2,8 %), du lymphome non hodgkinien (-2,2 %) et du rein et du bassinot (-2,0 %).

\* 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](#)).

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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2019; les estimations pour 2020-2021 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2018. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 2.8 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers\*, hommes, Canada, 1984 à 2021



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

- Les augmentations les plus importantes des taux de mortalité concernent le cancer du foie, tant chez les hommes (2,8 %) que chez les femmes (2,2 %), ainsi que le cancer de l'utérus (2,0 %).

### Tendances à long terme

Les tendances à plus long terme fournissent un contexte supplémentaire pour comprendre la réussite et les défis liés à la réduction de la mortalité par cancer. Le tableau 2.6 présente les tendances des taux de mortalité de 1984 à 2019 selon le type de cancer.

- Chez les hommes, le taux global de mortalité par cancer a légèrement augmenté (0,6 % par an) de 1984 à 1988, après quoi il a commencé à diminuer (-0,9 % par an) jusqu'en 2001. Depuis 2001, le taux de décroissance a doublé, la mortalité diminuant de 1,8 % par an.
- Chez les femmes, la mortalité globale par cancer diminue à des rythmes variables depuis 1984 : 0,2 % par an entre 1984 et 2002; -1,1 % par an entre 2002 et 2015; et -2,0 % par an depuis 2015.

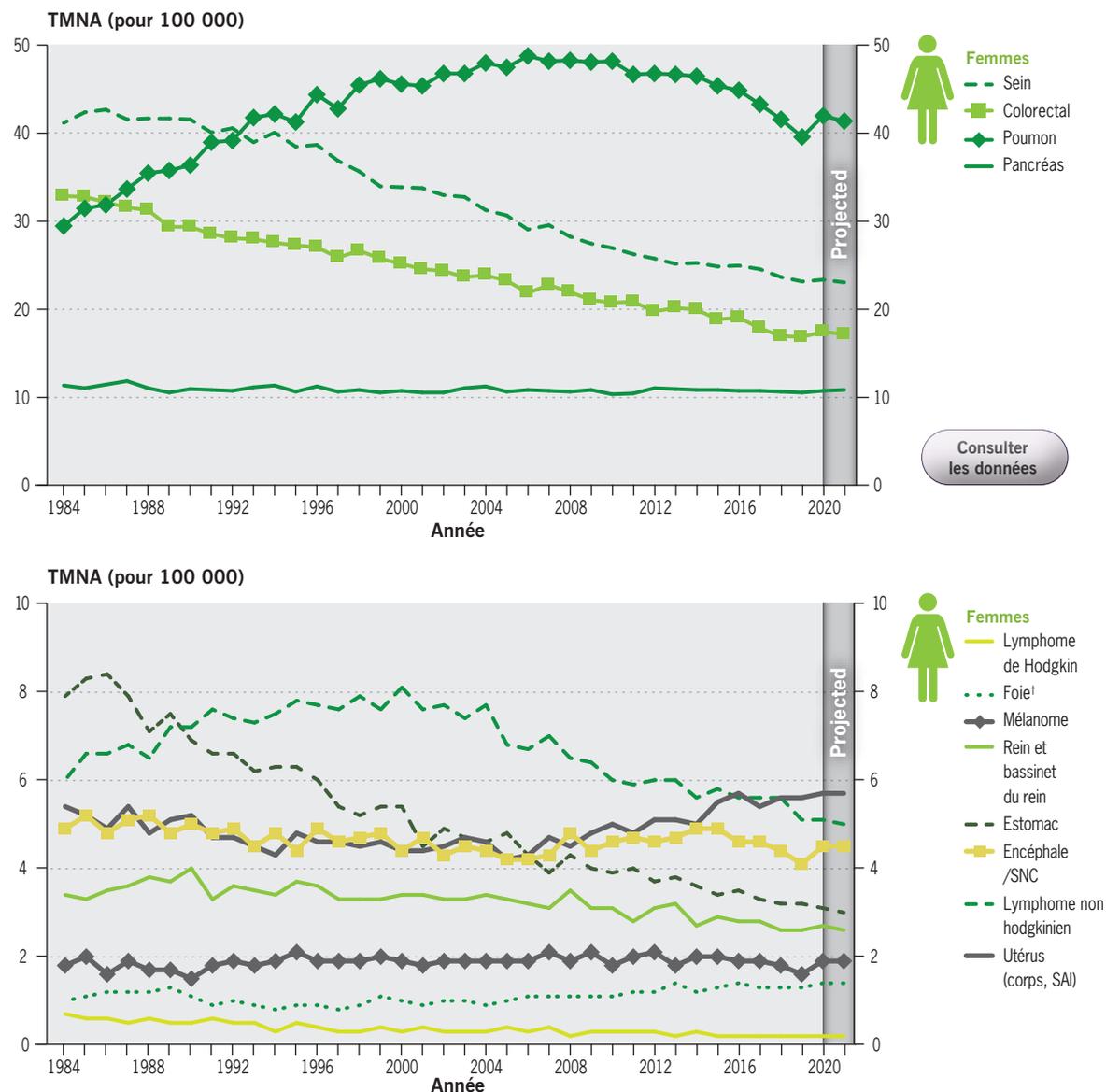
SAI = sans autre indication

\* 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](#)).

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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2019; les estimations pour 2020-2021 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2018. Les fourchettes des taux varient considérablement entre les figures. Le [tableau A1](#) contient la définition complète des cancers énumérés ci-dessus.

FIGURE 2.9 Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers\*, femmes, Canada, 1984 à 2021



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

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

Les figures 2.8 et 2.9 montrent le TMNA au fil du temps (projeté en 2021) pour les principales causes de décès par cancer. Y figurent également les cancers dont la VAP la plus récente a connu une évolution statistiquement significative d'au moins 2 % : lymphome de Hodgkin, cancer du foie et mélanome pour les deux sexes; cancer de la vessie chez les hommes; et cancers du cerveau/SNC, du rein et du bassin, de l'estomac et de l'utérus, ainsi que 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 était stable dans les années 80 et est en baisse depuis 1992. Chez les femmes, le taux de mortalité a continué à augmenter jusqu'en 2006. Si la baisse initiale chez les femmes a été lente (-0,7 % entre 2006 et 2015), le taux de diminution de la mortalité par cancer du poumon est désormais comparable entre les sexes pour la première fois depuis 1984 (-3,4 % entre 2011 et 2019 pour les hommes et -3,5 % entre 2015 et 2019 pour les femmes).

La tendance de la mortalité par cancer du poumon reflète en grande partie l'incidence du cancer du poumon, qui concorde avec des antécédents de tabagisme. Malgré les tendances à la baisse observées, le cancer du poumon reste le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada et demeure la principale cause de décès par cancer. Des efforts de lutte contre le tabagisme sont encore nécessaires pour réduire davantage le fardeau du cancer du poumon<sup>(9,10)</sup>, car environ 15 % des Canadiens continuent de fumer quotidiennement<sup>(11)</sup>. Des études pilotes sont en cours pour étudier la faisabilité de mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon chez les populations à risque élevé<sup>(12)</sup>.

En 2020, la Colombie-Britannique a annoncé le financement du premier programme organisé de dépistage du cancer du poumon à l'échelle provinciale au Canada, et en avril 2021, l'Ontario a fait passer ses quatre sites de dépistage de leur étude pilote au Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon. Le Québec a lancé un projet pilote de trois ans sur le dépistage du cancer du poumon, qui a débuté le 1er juin 2021. Le but de ces programmes est de dépister la maladie à un stade plus précoce, alors que la réponse au traitement est meilleure. À l'heure actuelle, environ 70 % des cancers du poumon sont diagnostiqués à un stade avancé (stade III ou IV)<sup>(13-15)</sup>, et ces programmes pourraient contribuer à réduire davantage les taux de mortalité par cancer du poumon à l'avenir.

### Cancer colorectal

Les taux de mortalité liés au cancer colorectal ont diminué de manière notable pour les deux sexes entre 1984 et 2019. Chez les hommes, le taux a diminué de 1,0 % par an jusqu'en 2004 et de 2,3 % par la suite. Chez les femmes, le taux a d'abord diminué de 1,7 % par an, mais depuis 2014, le taux de diminution a presque doublé, faisant baisser la mortalité de 3,4 % par an. Une partie de cette baisse peut être due à la diminution de l'incidence et à l'amélioration des traitements<sup>(16,17)</sup>. Étant donné le lien étroit entre le stade au moment du diagnostic et la survie pour le cancer colorectal<sup>(18,19)</sup>, la participation à des programmes de dépistage du cancer colorectal peut être un facteur supplémentaire contribuant au taux de décroissance plus rapide observé au chapitre de la mortalité par cancer colorectal ces dernières années<sup>(20)</sup>.

### Cancer du pancréas

Bien qu'il ne fasse pas partie des cancers les plus fréquemment diagnostiqués, le cancer du pancréas devrait être la troisième cause de décès par cancer en 2021. Cela s'explique en partie par le fait que le taux de mortalité du cancer du pancréas est resté pratiquement le même au cours des 35 dernières années, alors que celui de cancers plus courants, notamment les cancer du poumon, du sein, de la prostate et colorectal, a considérablement diminué. Pour les deux sexes combinés, on observe une diminution marginale des taux de mortalité par cancer du pancréas entre 1984 et 2000 (-0,8 % par an) et aucun changement notable depuis 2000 (0,1 %). Les taux de mortalité par cancer du pancréas sont presque aussi élevés que les taux d'incidence de ce cancer en raison de la faible survie<sup>(21-23)</sup>. Les tendances des taux de mortalité par cancer du pancréas ont présenté une grande variation au cours de la dernière décennie d'un pays à l'autre mais ont généralement augmenté au fil du temps<sup>(24)</sup>.

Pour en savoir plus sur le fardeau du cancer du pancréas, consulter [Statistiques canadiennes sur le cancer 2017 \(Chapitre 6 : Cancer du pancréas\)](#)<sup>(22)</sup>.

### Cancer du sein (chez les femmes)

Le taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes est en baisse depuis les années 80. Après avoir atteint un sommet en 1986, le TMNA a chuté de 46 %, passant de 42,7 décès pour 100 000 en 1986 à un taux projeté de 23,1 décès pour 100 000 en 2021. La tendance à la baisse a été estimée à 2,4 % par an entre 1994 et 2011 et à 1,4 % par an entre 2011 et 2019. La baisse de la mortalité par cancer du sein a été largement attribuée à la combinaison d'une augmentation du dépistage par mammographie<sup>(25)</sup> et de l'utilisation de traitements plus efficaces

et multidisciplinaires après le diagnostic du cancer du sein<sup>(26,27)</sup>. Une baisse similaire a été observée aux États-Unis, où le taux de mortalité par cancer du sein a diminué de 1,3 % par an entre 2011 et 2017<sup>(28)</sup>. Cependant, le cancer du sein reste un problème de santé important au niveau international. De nombreux pays signalent une augmentation des taux de prévalence et de mortalité<sup>(29)</sup> et les taux d'incidence et de mortalité restent élevés au Canada.

### Cancer de la prostate

Le taux de mortalité du cancer de la prostate est en baisse depuis 1994. Dans un premier temps, le taux a diminué de 2,8 % par an, puis en 2012, la baisse a ralenti pour atteindre 1,6 % par an. Cette baisse s'explique probablement par une amélioration du traitement consécutive au recours à l'hormonothérapie pour les personnes atteintes de la maladie à un stade précoce ou avancé<sup>(30,31)</sup> et par les progrès réalisés dans le domaine de la radiothérapie<sup>(32)</sup>. Le rôle du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans la réduction du taux de mortalité continue à manquer de clarté. En 2009, deux grandes études randomisées, réalisées aux États-Unis et en Europe, sur l'utilisation des tests APS chez les hommes de plus de 55 ans ont présenté des résultats contradictoires<sup>(33,34)</sup>. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande pas l'utilisation du test de dépistage de l'APS compte tenu des données probantes actuelles<sup>(35)</sup>. Une étude récente 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 de directives révisées sur le dépistage de l'APS.

### Cancer de la vessie

Chez les hommes, le taux de mortalité par cancer de la vessie a historiquement diminué de façon marginale (-0,4 %). Cependant, depuis 2015, le rythme de la baisse est rapide, à 3,0 % par an. Chez les femmes, la diminution du taux de mortalité est stable à 0,4 % par an depuis 1984. Des schémas de déclin similaires ont été rapportés au Royaume-Uni<sup>(36)</sup>, où les hommes ont également montré une réduction plus rapide des taux de mortalité que les femmes ces dernières années. À l'échelle mondiale, la mortalité par cancer de la vessie a diminué dans la plupart des pays, sauf dans ceux qui connaissent une transition économique rapide. Comme 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 pas surprenant de voir les tendances de l'incidence du cancer de la vessie (voir le [chapitre 1](#)) et de la mortalité qui y est associée refléter partiellement les antécédents de tabagisme au Canada et ailleurs<sup>(37)</sup>.

### Cerveau et système nerveux central (SNC)

Chez les hommes, le taux de mortalité associé au cancer du cerveau et du SNC a diminué de 0,5 % par an entre 1984 et 2003; il s'est stabilisé depuis. Chez les femmes, le taux de mortalité a diminué de 0,7 % jusqu'en 2006, a augmenté de 1,3 % par an jusqu'en 2015 et a depuis diminué rapidement de 3,8 par an. Des diminutions des taux de mortalité par cancer du cerveau et du SNC ont été signalées dans plusieurs pays, bien que l'ampleur de la baisse varie considérablement entre les pays, les sexes et l'indice sociodémographique<sup>(38, 39)</sup>. Les différences entre les sexes en matière de risque de cancer et de mortalité sont probablement liées à des différences dans les

mécanismes fondamentaux d'initiation des tumeurs, de promotion des tumeurs et de réponse thérapeutique. Actuellement, le traitement optimal des cancers primaires du SNC consiste en des approches multidisciplinaires qui associent une biopsie ou une résection chirurgicale agressive à une radiothérapie et une chimiothérapie postopératoires, le cas échéant<sup>(40)</sup>.

### Lymphome de Hodgkin

Les taux de mortalité par lymphome de Hodgkin ont chuté tant chez les hommes que chez les femmes depuis 1984. Pour les deux sexes combinés, le taux a diminué de 4,6 % par an jusqu'en 1997, et a diminué de 2,5 % par an depuis lors. Sur la base de ces taux de diminution, les taux de mortalité en 2021 devraient être inférieurs de 77 % et 71 % à ceux de 1984 pour les hommes et les femmes, respectivement. La dernière étude sur la mortalité mondiale due au lymphome de Hodgkin a fait état de tendances à la baisse similaires<sup>(41)</sup>, bien que l'ampleur de la baisse de la mortalité varie selon le groupe d'âge et l'indice sociodémographique d'une région. La réduction de la mortalité a été largement attribuée à l'amélioration des traitements<sup>(42, 43)</sup>.

### Rein et bassin

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 1,2 % du taux de mortalité chez les hommes depuis 2004 et une baisse annuelle de 2,0 % de la mortalité chez les femmes depuis 2008. Des baisses d'ampleur similaire de la mortalité par cancer du rein ont été signalées aux États-Unis<sup>(44)</sup> et dans le monde, dans des régions à forte composante sociodémographique<sup>(45)</sup>. L'interprétation de ces tendances reste discutable.

Cependant, certains chercheurs ont suggéré qu'une meilleure compréhension de la biologie moléculaire de la maladie et des améliorations dans le diagnostic et le traitement, ainsi que la tendance à la baisse du tabagisme, pourraient avoir joué un rôle<sup>(44-47)</sup>.

### Cancer du foie

Les tendances de la mortalité par cancer du foie ont considérablement fluctué entre 1984 et 2019, les tendances récentes montrant une augmentation importante de la mortalité pour les deux sexes. Chez les hommes, le taux a augmenté de 2,8 % par an depuis 1991. Chez les femmes, il a augmenté de 2,2 % par an depuis 1994. Si ces taux continuent d'augmenter, les taux de mortalité en 2021 devraient être 150 % plus élevés chez les hommes et 75 % plus élevés chez les femmes par rapport à ce qu'ils étaient en 1991 et 1994, respectivement. Des tendances similaires ont été signalées dans plusieurs pays, dont les États-Unis et le Royaume-Uni<sup>(48)</sup>. En général, les tendances de la mortalité reflètent celles de l'incidence, car le pronostic du cancer du foie reste mauvais. Cependant, la baisse des taux d'incidence du cancer du foie notée au chapitre 1 ne s'est pas encore traduite par une baisse de la mortalité. L'infection par l'hépatite C et la consommation d'alcool sont les principaux facteurs de risque du cancer du foie dans les pays à revenu élevé<sup>(49-51)</sup>.

### Mélanome

Chez les hommes, le taux de mortalité par mélanome a augmenté de 1,3 % par an entre 1984 et 2013. Depuis lors, il a diminué de 2,6 % par an. Chez les femmes, le taux de mortalité a augmenté marginalement (0,4 % par an) jusqu'en 2015 et a depuis diminué à un rythme rapide de 4,9 % par an. Il s'agit de la baisse la plus rapide de la mortalité parmi tous les types de cancer. Des

tendances similaires ont également été rapportées aux États-Unis<sup>(8)</sup> et en Europe<sup>(52)</sup>. Ces diminutions ont été largement attribuées à l'introduction de traitements améliorés et d'un diagnostic précoce, ainsi qu'à la mise en œuvre de programmes de sensibilisation.

### Lymphome non hodgkinien

Les taux de mortalité par lymphome non hodgkinien ont augmenté avant 2000, mais ont diminué par la suite. Chez les hommes, le taux a diminué de 2,4 % par an entre 2000 et 2010, et de 0,9 % par an par la suite. Chez les femmes, le taux de baisse est constant depuis 1999, à 2,2 % par an. Comme les taux d'incidence continuent d'augmenter chez les deux sexes combinés (tableau 1.6), la baisse de la mortalité reflète probablement les récentes améliorations du traitement, comme l'immunothérapie (par exemple, le rituximab). De plus, grâce à l'utilisation, à la fin des années 90<sup>(53)</sup> du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une baisse du nombre de personnes atteintes des formes graves du lymphome non hodgkinien attribuables à l'infection au VIH a été observée.

#### Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

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

### Cancer de l'estomac

Entre 1984 et 2019, les taux de mortalité par cancer de l'estomac ont diminué pour les deux sexes. Chez les hommes, le taux a diminué rapidement de 3,3 % par an jusqu'en 2012, puis de 1,8 % par la suite. Chez les femmes, le taux de déclin est constant depuis 1984, à 2,8 % par an. En 2021, le taux de mortalité des femmes devrait être inférieur à la moitié de ce qu'il était en 1984. L'évolution des taux de mortalité a largement reflété celle de l'incidence. Ce schéma a été rapporté dans plusieurs régions du monde<sup>(54)</sup>. Les recherches suggèrent que la modification du régime alimentaire et les changements dans la prévalence des facteurs de risque communs, notamment les infections à *Helicobacter pylori* et le tabagisme, ont contribué aux tendances rapportées<sup>(54,55)</sup>.

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

Le taux de mortalité par cancer de l'utérus a augmenté de 2,0 % par an entre 2005 et 2019, ce qui représente une augmentation de 35 % sur l'ensemble de la période de 14 ans. En comparaison, le taux d'incidence du cancer de l'utérus a augmenté rapidement jusqu'au milieu des années 2000, mais il a ralenti pour atteindre une augmentation de 1,0 % par an depuis 2011. Des tendances similaires ont été signalées aux États-Unis<sup>(56)</sup> et au Royaume-Uni<sup>(57)</sup>. L'augmentation passée de l'incidence du cancer de l'utérus (et donc de la mortalité) a été attribuée, du moins en partie, à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, un important facteur de risque de la maladie<sup>(58-60)</sup>. Actuellement, le cancer de l'utérus est l'un des rares types de cancer dont les taux de mortalité et d'incidence continuent d'augmenter au Canada.

## Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)

Le [tableau 2.6](#) illustre la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des cancers de 1984 à 2019. Comme elle résume les variations des tendances, la VAMP permet de comparer les variations de la mortalité pour chacun des cancers au cours d'une même période donnée. Depuis 1984, les améliorations les plus marquées chez les deux sexes ont été observées pour le lymphome de Hodgkin et le cancer de l'estomac, tandis que la plus forte augmentation a été observée pour le cancer du foie.

La VAMP fournit également une mesure de l'évolution globale d'un cancer sur une certaine période. Par exemple, malgré l'augmentation du taux de mortalité due au cancer de la prostate de 1984 à 1994 (VAP = 1,3 %), le taux global de mortalité de ce cancer a diminué depuis 1984 (VAMP = -1,4 %). Les VAMP doivent être interprétées avec prudence, car elles ne reflètent pas nécessairement les tendances les plus récentes; il faut utiliser la VAP pour les tendances les plus récentes. Par exemple, alors que le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes a légèrement augmenté (VAMP = 0,8 %) entre 1984 et 2019, il a rapidement diminué depuis 2015 (VAP = -3,5 %). Au Canada, le taux de mortalité pour tous les cancers combinés a diminué en moyenne de -0,9 % par année depuis 1984.

## Que signifient ces statistiques?

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

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

Toutefois, l'incidence n'est pas le seul facteur qui détermine la mortalité. Une diminution du taux de mortalité pour un cancer en particulier peut également découler d'une amélioration de la détection précoce. Cela s'explique par le fait que le stade du cancer au moment du diagnostic a de grandes répercussions sur la survie au cancer<sup>(13)</sup>. Les améliorations apportées aux traitements qui augmentent les chances de survie ont également des répercussions sur les taux de mortalité. Ainsi, d'autres facteurs, comme l'accès aux interventions de lutte contre le cancer (p. ex. le dépistage) ou les variations des pratiques cliniques selon la province, l'âge ou le sexe, contribuent à faire varier les taux de mortalité. Il existe probablement aussi des différences liées à l'âge et au sexe en ce qui concerne la réponse au traitement contre le cancer<sup>(61)</sup>, différences qui contribuent davantage aux variations des taux de mortalité.

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

## Ressources supplémentaires

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

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

## Références

1. 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, Theriault 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 2021).
5. Saint-Jacques N, Dewar R, Cui Y, Parker L, Dummer TJ. Premature mortality due to social and material deprivation in Nova Scotia, Canada. Int J Equity Health. 2014;13(1):94.
6. Statistique Canada. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien; 2017. Accès : [https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=li6F\\_zjZ](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf?st=li6F_zjZ) (consulté en avril 2021).

7. Statistique Canada. Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Le Quotidien; 2017. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170208/dq170208a-fra.htm> (consulté en avril 2021).
8. Howlander N, Noone A, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2018 [en ligne]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2021. Accès : [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2018/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/) (consulté en mai 2021). [Basé sur les données SEER soumises en novembre 2020.]
9. Boer R, Moolgavkar SH, Levy DT. Chapter 15: Impact of tobacco control on lung cancer mortality in the United States over the period 1975–2000 — summary and limitations. *Risk Anal.* 2012;32 Suppl 1:5190–201.
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. Statistique Canada [en ligne]. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2017. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html> (consulté en avril 2021).
12. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du poumon au Canada : analyse de l'environnement (2018) [en ligne]. Toronto (Ontario); 2018. Accès : [https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/04/Lung-Cancer-Screening-Environmental-Scan\\_FR\\_2018\\_final.pdf](https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/04/Lung-Cancer-Screening-Environmental-Scan_FR_2018_final.pdf) (consulté en avril 2021).
13. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2018. Accès : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr> (consulté en avril 2021).
14. Bryan S, Masoud H, Weir H, et al. *Le cancer au Canada : stade au moment du diagnostic*. Rapports sur la santé. 2018; 29(12):21-25.
15. 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 : [https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-cancer-statistics-2020\\_special-report\\_fr.pdf?la=fr&la=fr](https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-cancer-statistics-2020_special-report_fr.pdf?la=fr&la=fr) (consulté en avril 2021).
16. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zaubler AG, Anderson RN, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer.* 2010;116(3):544-73.
17. National Cancer Institute. Advances in colorectal cancer research [en ligne]. Bethesda, MD; 2019. Accès : <https://www.cancer.gov/types/colorectal/research> (consulté en avril 2021).
18. White A, Joseph D, Rim SH, Johnson CJ, Coleman MP, Allemani C. Colon cancer survival in the United States by race and stage (2001–2009): Findings from the CONCORD-2 study. *Cancer.* 2017;123 Suppl 24:5014-36.
19. Joseph DA, Johnson CJ, White A, Wu M, Coleman MP. Rectal cancer survival in the United States by race and stage, 2001 to 2009: Findings from the CONCORD-2 study. *Cancer.* 2017;123 Suppl 24:5037-58.
20. Levin TR, Corley DA, Jensen CD, Schottinger JE, Quinn VP, Zaubler 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.
21. 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.
22. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2017 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2017. Accès : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-fr.pdf> (consulté en avril 2021).
23. 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):10-18.
24. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of pancreatic cancer: Global trends, etiology and risk factors. *World J Oncol.* 2019;10(1):10-27.
25. Shields M, Wilkins K. *Le point sur la mammographie au Canada*. Rapports sur la santé. 2009; 20(3):7-19.
26. Holford TR, Cronin KA, Mariotto AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2006;36(3):19-25.
27. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2002, featuring population-based trends in cancer treatment. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(19):1407-27.
28. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2019–2020. Atlanta: American Cancer Society, Inc.; 2019.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Kupelian PA, Buchsbaum JC, Elshaiha MA, Reddy CA, Klein EA. Improvement in relapse-free survival throughout the psa era in patients with localized prostate cancer treated with definitive radiotherapy: Year of treatment an independent predictor of outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;57(3):629-34.
33. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, 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.
34. 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.
35. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Cancer de la prostate (2014) – Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques [en ligne]. 2014. Accès : <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/cancer-de-la-prostate/?lang=fr> (consulté en avril 2021).
36. Cancer Research UK. Bladder cancer mortality statistics [en ligne]. 2015. Accès : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bladder-cancer/mortality> (consulté en avril 2021).
37. 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.
38. Patel A, Fisher J, Nichols E, Abd-Allah F, Abdela J, Abdelalim A, et al. Global, regional, and national burden of brain and other CNS cancer, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18:376-93.
39. Sun T, Plutynski A, Ward S, Rubin JB. An integrative view on sex differences in brain tumors. *Cell Mol Life Sci.* 2015;72(17):3323-42.
40. Preusser M, Marosi C. Neuro-oncology in 2016: Advances in brain tumour classification and therapy. *Nat Rev Neurol.* 2017;13(2):71-2.
41. 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.
42. Koshy M, Fairchild A, Son CH, Mahmood U. Improved survival time trends in Hodgkin's lymphoma. *Cancer Med.* 2016;5(6):997-1003.
43. 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.
44. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, Ruhban IA, Sonbol MB, Ho TH. Trends in renal-cell carcinoma incidence and mortality in the United States in the last 2 decades: A SEER-based study. *Clin Genitourin Cancer.* 2019;17(1):46-57 e5.
45. 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.
46. 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.
47. De P, Otterstatter MC, Semenciw R, Ellison LF, Marrett LD, Dwyer D. Trends in incidence, mortality, and survival for kidney cancer in Canada, 1986–2007. *Cancer Causes Control.* 2014;25(10):1271-81.
48. Wong MC, Jiang JY, Goggins WB, Liang M, Fang Y, Fung FD, et al. International incidence and mortality trends of liver cancer: A global profile. *Sci Rep.* 2017;7:45846.
49. Wong MCS, Fung FDH, Leung C, Cheung WWL, Goggins WB, Ng CF. The global epidemiology of bladder cancer: A jointpoint regression analysis of its incidence and mortality trends and projection. *Sci Rep.* 2018;8(1):1129.
50. Lin L, Yan L, Liu Y, Qu C, Ni J, Li H. The burden and trends of primary liver cancer caused by specific etiologies from 1990 to 2017 at the global, regional, national, age, and sex level results from the Global Burden of Disease study 2017. *Liver Cancer.* 2020;9(5):563-82.
51. Venook AP, Papanreou C, Furuse J, de Guevara LL. The incidence and epidemiology of hepatocellular carcinoma: A global and regional perspective. *Oncologist.* 2010;15 Suppl 4:5-13.
52. Liszkay G, Kiss Z, Gyulai R, Olah J, Hollo P, Emri G, et al. Changing trends in melanoma incidence and decreasing melanoma mortality in Hungary between 2011 and 2019: A nationwide epidemiological study. *Front Oncol.* 2020;10:612459.
53. Pulte D, Gondos A, Brenner H. Ongoing improvement in outcomes for patients diagnosed as having non-Hodgkin lymphoma from the 1990s to the early 21st century. *Arch Intern Med.* 2008;168(5):469-76.
54. Balakrishnan M, George R, Sharma A, Graham DY. Changing trends in stomach cancer throughout the world. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19(8):36.
55. 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.
56. Henley SJ, Miller JW, Dowling NF, Benard VB, Richardson LC. Uterine cancer incidence and mortality — United States, 1999–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(48):1333-8.
57. Cancer Research UK. Uterine cancer mortality statistics [en ligne]. 2015. Accès : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/uterine-cancer/mortality> (consulté en avril 2021).
58. Twells LK, Gregory DM, Reddigan J, Midodzy WK. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: A trend analysis. *CMAJ Open.* 2014;2(1):E18-26.
59. Centre international de recherche sur le cancer. IARC handbooks of cancer prevention: Weight control and physical activity. Lyon (France): IARC; 2002.
60. Bancej C, Jayabalasingham B, Wall RW, Rao DP, Do MT, de Groh M, et al. Evidence brief — trends and projections of obesity among Canadians. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2015;35(7):109-12.
61. 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 (à l'exception du Québec), 2019

	Probabilité à vie de mourir d'un cancer					
	%			Une personne sur		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers</b>	<b>23,4</b>	<b>25,6</b>	<b>21,5</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>4,7</b>
Poumon et bronches	5,2	5,4	5,0	19	18	20
Colorectal	2,7	3,0	2,5	37	34	40
Pancréas	1,5	1,5	1,5	66	65	68
Sein	1,5	0,0	2,9	66	3 344	34
Prostate	—	3,5	—	—	29	—
Leucémie	0,8	1,0	0,7	118	102	140
Lymphome non hodgkinien	0,9	1,0	0,7	115	97	140
Vessie	0,8	1,1	0,4	131	90	225
Encéphale/SNC	0,6	0,7	0,4	181	149	227
Œsophage	0,6	1,0	0,3	156	101	329
Tête et cou	0,5	0,7	0,3	194	133	337
Estomac	0,6	0,7	0,4	178	140	229
Rein et bassinnet du rein	0,5	0,7	0,4	190	145	273
Ovaire	—	—	1,0	—	—	103
Myélome multiple	0,5	0,6	0,4	213	181	263
Foie*	0,4	0,6	0,2	271	174	602
Mélanome	0,3	0,5	0,2	292	211	479
Utérus (corps, SAI)	—	—	0,7	—	—	137
Col de l'utérus	—	—	0,2	—	—	486
Glande thyroïde	0,1	0,1	0,1	1 258	1 580	995
Lymphome de Hodgkin	0,0	0,0	0,0	2 825	2 500	7 463
Testicule	—	0,0	—	—	6 667	—

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

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

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

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

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

**TABLEAU 2.2** Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés des cancers, selon le sexe, Canada, 2021

	Décès (estimations pour 2021)			Décès pour 100 000		
	Total*	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
<b>Tous les cancers</b>	<b>84 600</b>	<b>44 600</b>	<b>40 000</b>	<b>185,9</b>	<b>216,9</b>	<b>162,6</b>
Poumon et bronches	21 000	10 800	10 300	45,5	50,9	41,4
Colorectal	9 600	5 300	4 300	21,2	25,9	17,2
Pancréas	5 600	2 900	2 700	12,3	13,9	10,9
Sein	5 500	55	5 400	12,5	0,3	23,1
Prostate	4 500	4 500	—	—	22,7	—
Leucémie	3 100	1 800	1 300	6,8	8,8	5,2
Lymphome non hodgkinien	2 900	1 650	1 250	6,5	8,2	5,0
Vessie	2 600	1 900	720	5,7	9,6	2,8
Encéphale/SNC	2 400	1 400	1 050	5,7	6,9	4,5
Œsophage	2 300	1 750	530	5,1	8,4	2,2
Tête et cou	2 100	1 500	560	4,6	7,3	2,3
Estomac	1 950	1 250	740	4,4	6,0	3,0
Rein et bassinnet du rein	1 950	1 250	660	4,3	6,2	2,6
Ovaire	1 950	—	1 950	—	—	8,1
Myélome multiple	1 600	930	690	3,5	4,5	2,7
Foie†	1 600	1 300	330	3,6	6,0	1,4
Utérus (corps, SAI)	1 400	—	1 400	—	—	5,7
Mélanome	1 250	790	450	2,8	3,9	1,9
Col de l'utérus	380	—	380	—	—	1,8
Glande thyroïde	240	110	130	0,5	0,5	0,5
Lymphome de Hodgkin	110	65	40	0,2	0,3	0,2
Testicule	35	35	—	—	0,2	—
Tous les autres cancers	10 500	5 400	5 100	23,0	26,6	20,1

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

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

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

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

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

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

**TABLEAU 2.3** Nombre projeté de décès par les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2021

Âge	Tous les cancers			Poumon et bronches			Colorectal		
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Les deux sexes*	Hommes	Femmes
<b>Tous les âges</b>	<b>84 600</b>	<b>44 600</b>	<b>40 000</b>	<b>21 000</b>	<b>10 800</b>	<b>10 300</b>	<b>9 600</b>	<b>5 300</b>	<b>4 300</b>
0-14	110	60	45	—	—	—	—	—	—
15-29	230	130	100	5	—	—	10	5	5
30-39	680	270	410	35	10	25	90	50	40
40-49	2 000	880	1 150	240	100	140	280	150	120
50-59	7 300	3 600	3 600	1 550	750	780	860	510	350
60-69	18 800	10 200	8 600	5 500	2 800	2 700	1 850	1 150	720
70-79	26 200	14 400	11 800	7 600	4 000	3 600	2 700	1 600	1 050
80-89	21 500	11 600	9 900	4 900	2 600	2 300	2 600	1 350	1 250
90+	7 800	3 600	4 300	1 200	540	650	1 200	450	770
50-74	39 200	21 000	18 200	11 000	5 600	5 300	4 000	2 400	1 600
65+	66 100	35 300	30 800	16 900	8 700	8 100	7 600	4 100	3 500

Âge	Pancréas			Sein	Prostate
	Les deux sexes*	Hommes	Femmes	Femmes	Hommes
<b>Tous les âges</b>	<b>5 600</b>	<b>2 900</b>	<b>2 700</b>	<b>5 400</b>	<b>4 500</b>
0-14	—	—	—	—	—
15-29	—	—	—	10	—
30-39	20	10	10	140	—
40-49	110	65	45	350	5
50-59	530	320	220	750	100
60-69	1 400	780	600	1 150	540
70-79	1 850	970	870	1 300	1 250
80-89	1 350	630	710	1 100	1 750
90+	400	140	260	610	820
50-74	2 900	1 600	1 250	2 600	1 200
65+	4 400	2 200	2 200	3 600	4 200

— 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

**TABLEAU 2.4** Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada\*, 2021

	CA	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>216,9</b>	<b>201,7</b>	<b>200,5</b>	<b>217,2</b>	<b>231,0</b>	<b>209,7</b>	<b>231,3</b>	<b>235,8</b>	<b>264,9</b>	<b>237,6</b>	<b>256,8</b>
Poumon et bronches	50,9	42,0	44,1	49,2	48,3	45,0	64,7	65,2	60,4	58,0	65,7
Colorectal	25,9	24,6	23,3	27,8	29,1	23,0	28,7	26,9	35,9	33,7	42,8
Prostate	22,7	22,1	25,3	29,5	29,2	22,0	20,3	22,1	28,8	24,6	27,8
Pancréas	13,9	13,6	13,4	13,8	14,0	14,2	13,8	15,1	14,5	12,6	12,5
Vessie	9,6	9,8	6,6	9,6	10,5	9,2	10,7	10,3	10,8	9,5	10,2
Leucémie	8,8	8,1	8,1	10,8	10,3	8,5	9,6	10,1	10,5	7,2	7,6
Œsophage	8,4	9,5	8,1	10,5	9,1	8,3	7,1	9,7	11,9	9,7	8,6
Lymphome non hodgkinien	8,2	7,8	7,7	8,1	7,6	8,3	8,4	9,1	9,8	9,2	8,9
Tête et cou	7,3	6,6	6,4	5,5	5,7	7,5	7,9	6,3	8,3	6,0	7,5
Encéphale/SNC	6,9	6,9	6,7	5,2	5,2	6,9	7,5	6,7	7,5	5,8	7,1
Foie†	6,0	7,7	5,6	3,1	5,0	6,5	5,4	4,1	6,4	6,0	3,4
Rein et bassinnet du rein	6,2	5,7	5,3	7,3	8,9	5,6	6,6	8,3	8,9	7,7	9,1
Estomac	6,0	4,9	5,0	4,4	5,5	6,4	6,6	6,1	5,9	5,3	10,1
Myélome multiple	4,5	4,6	4,3	4,4	5,3	4,4	4,8	4,3	4,5	6,7	4,7
Mélanome	3,9	3,4	3,2	2,9	3,2	4,9	3,1	3,3	5,9	5,2	3,1
Glande thyroïde	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	—	0,7	—	0,7
Lymphome de Hodgkin	0,3	0,3	0,4	—	0,4	0,4	0,4	—	—	—	—
Sein	0,3	0,3	0,3	—	0,4	0,3	0,3	0,7	0,5	—	—
Testicule	0,2	0,2	0,1	—	—	0,2	0,2	—	—	—	—
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>162,6</b>	<b>154,3</b>	<b>153,3</b>	<b>167,9</b>	<b>170,1</b>	<b>153,7</b>	<b>178,7</b>	<b>165,8</b>	<b>185,9</b>	<b>164,4</b>	<b>190,7</b>
Poumon et bronches	41,4	39,8	38,5	43,9	43,1	35,4	50,7	44,6	51,3	48,3	44,4
Sein	23,1	20,2	22,7	25,3	23,5	22,9	24,9	20,9	24,7	20,0	25,3
Colorectal	17,2	16,8	15,4	18,9	18,8	15,1	19,6	18,0	22,7	20,4	27,9
Pancréas	10,9	11,1	11,0	10,2	11,0	10,5	11,5	10,9	10,3	9,1	9,7
Ovaire	8,1	9,4	7,3	8,9	9,0	7,8	7,9	7,8	9,1	9,6	9,3
Utérus (corps, SAI)	5,7	5,1	5,4	4,9	6,5	6,0	5,8	5,1	6,8	4,3	5,8
Leucémie	5,2	5,3	4,4	5,2	5,5	5,1	5,7	5,7	5,2	4,4	5,9
Lymphome non hodgkinien	5,0	4,9	4,5	4,8	5,6	5,0	5,0	6,3	6,3	5,1	6,5
Encéphale/SNC	4,5	4,4	4,1	4,3	4,0	4,4	5,3	4,3	4,2	4,5	6,2
Estomac	3,0	2,4	2,8	2,6	2,9	3,2	3,3	3,3	2,4	2,4	4,4
Vessie	2,8	2,8	2,4	2,5	2,6	2,7	3,2	2,7	2,7	2,7	2,8
Myélome multiple	2,7	2,7	2,3	3,0	3,2	2,6	3,0	3,4	3,1	3,3	3,5
Rein et bassinnet du rein	2,6	2,2	2,2	3,5	3,5	2,4	3,0	3,4	3,8	2,9	4,6
Tête et cou	2,3	2,5	2,0	1,9	2,1	2,2	2,7	2,0	2,3	2,9	2,0
Œsophage	2,2	2,7	2,0	2,2	2,2	2,2	1,8	2,5	2,7	2,7	2,0
Mélanome	1,9	1,6	1,7	1,7	1,5	2,1	1,9	2,4	2,3	3,3	1,7
Col de l'utérus	1,8	1,6	1,9	2,8	2,0	1,8	1,7	1,7	1,8	2,9	3,1
Foie†	1,4	1,8	1,5	0,7	1,4	1,4	1,3	1,0	1,1	—	1,2
Glande thyroïde	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	—	0,7
Lymphome de Hodgkin	0,2	0,2	0,2	—	—	0,2	0,3	—	—	—	—

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

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

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

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

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

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

TABLEAU 2.5 Nombre de décès projetés par certains cancers, selon le sexe et la province, Canada\*, 2021

	CA†	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
<b>Hommes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>44 600</b>	<b>6 000</b>	<b>3 800</b>	<b>1 300</b>	<b>1 550</b>	<b>16 400</b>	<b>11 600</b>	<b>1 200</b>	<b>1 600</b>	<b>230</b>	<b>860</b>
Poumon et bronches	10 800	1 300	870	300	330	3 600	3 400	330	380	60	230
Colorectal	5 300	720	450	160	190	1 800	1 400	140	210	30	140
Prostate	4 500	640	440	170	180	1 700	980	100	160	20	85
Pancréas	2 900	410	260	80	95	1 150	710	75	90	10	45
Vessie	1 900	290	120	55	65	700	530	50	65	10	30
Leucémie	1 800	240	150	65	70	660	480	50	60	5	25
Œsophage	1 750	290	170	60	60	670	360	50	70	10	30
Lymphome non hodgkinien	1 650	230	140	45	50	650	420	45	55	10	30
Tête et cou	1 500	200	130	35	40	600	400	30	50	5	25
Encéphale/SNC	1 400	200	140	30	35	530	370	30	45	5	25
Foie†	1 300	240	120	20	35	520	280	25	40	5	10
Rein et bassinnet du rein	1 250	170	100	45	60	440	330	45	55	10	30
Estomac	1 250	140	95	25	35	500	330	30	35	5	35
Myélome multiple	930	140	80	25	35	350	240	20	25	5	15
Mélanome	790	100	60	20	20	380	150	15	35	5	10
Glande thyroïde	110	20	10	5	5	50	25	—	5	—	5
Lymphome de Hodgkin	65	10	10	—	5	30	20	—	—	—	—
Sein	55	10	5	—	5	25	15	5	5	—	—
Testicule	35	5	5	—	—	15	10	—	—	—	—
<b>Femmes</b>											
<b>Tous les cancers</b>	<b>40 000</b>	<b>5 300</b>	<b>3 500</b>	<b>1 150</b>	<b>1 350</b>	<b>14 700</b>	<b>10 600</b>	<b>980</b>	<b>1 350</b>	<b>190</b>	<b>730</b>
Poumon et bronches	10 300	1 400	880	300	350	3 400	3 000	270	380	60	170
Sein	5 400	680	510	170	180	2 100	1 400	120	170	20	90
Colorectal	4 300	590	350	140	160	1 500	1 200	110	170	25	110
Pancréas	2 700	390	250	70	90	1 050	690	65	75	10	40
Ovaire	1 950	320	160	60	70	720	450	45	65	10	35
Utérus (corps, SAI)	1 400	180	120	35	50	570	340	30	50	5	25
Leucémie	1 300	180	100	35	45	490	340	35	40	5	20
Lymphome non hodgkinien	1 250	170	100	35	45	490	310	35	45	5	25
Encéphale/SNC	1,050	140	95	25	30	390	280	20	30	5	20
Estomac	740	80	60	20	25	300	200	20	15	5	15
Vessie	720	100	55	20	20	270	200	15	20	5	10
Myélome multiple	690	95	55	20	25	250	190	20	25	5	15
Rein et bassinnet du rein	660	75	50	25	30	240	180	20	30	5	20
Tête et cou	560	85	45	15	15	210	160	10	15	5	5
Œsophage	530	95	45	15	20	210	110	15	20	5	5
Mélanome	450	50	40	10	10	200	100	15	15	5	5
Col de l'utérus	380	50	40	15	15	150	80	10	10	5	10
Foie‡	330	60	35	5	10	140	80	5	5	—	5
Glande thyroïde	130	20	15	5	5	50	30	5	5	—	5
Lymphome de Hodgkin	40	5	5	—	—	15	15	—	—	—	—

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

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

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

‡ La mortalité par cancer du foie 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada  
**Sources :** Base canadienne de données sur l'état civil – Décès, Statistique Canada

**TABLEAU 2.6** Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2019

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2019
Tous les cancers	1984-1992	-0,1 (-0,3, 0,2)	-0,9 (-1,0, -0,8)	1984-1988	0,6 (-0,1, 1,4)	-1,1 (-1,3, -1,0)	1984-2002	-0,2 (-0,3, -0,1)	-0,7 (-0,8, -0,6)
	1992-2002	-0,7 (-0,9, -0,5)		1988-2001	-0,9 (-1,0, -0,7)		2002-2015	-1,1 (-1,2, -0,9)	
	2002-2015	-1,3 (-1,4, -1,2)		2001-2019	-1,8 (-1,8, -1,7)		2015-2019	-2,0 (-2,7, -1,4)	
	2015-2019	-1,9 (-2,4, -1,4)							
Poumon et bronches	1984-1992	1,0 (0,5, 1,5)	-0,9 (-1,1, -0,7)	1984-1992	-0,1 (-0,6, 0,5)	-2,0 (-2,1, -1,8)	1984-1993	3,8 (3,2, 4,3)	0,8 (0,6, 1,1)
	1992-2007	-0,8 (-0,9, -0,6)		1992-2011	-2,1 (-2,3, -2,0)		1993-2006	1,2 (1,0, 1,5)	
	2007-2015	-1,7 (-2,1, -1,2)		2011-2019	-3,4 (-3,9, -3,0)		2006-2015	-0,7 (-1,1, -0,2)	
	2015-2019	-3,6 (-4,7, -2,6)					2015-2019	-3,5 (-4,6, -2,3)	
Colorectal	1984-2005	-1,3 (-1,4, -1,2)	-1,7 (-1,7, -1,6)	1984-2004	-1,0 (-1,2, -0,9)	-1,6 (-1,7, -1,5)	1984-2014	-1,7 (-1,8, -1,6)	-1,9 (-2,1, -1,7)
	2005-2019	-2,2 (-2,3, -2,0)		2004-2019	-2,3 (-2,5, -2,1)		2014-2019	-3,2 (-4,2, -2,1)	
Pancréas	1984-2000	-0,8 (-1,1, -0,6)	-0,3 (-0,5, -0,2)	1984-2000	-1,4 (-1,7, -1,1)	-0,6 (-0,8, -0,4)	1984-2019	-0,1 (-0,2, 0,0)	-0,1 (-0,2, 0,0)
	2000-2019	0,1 (-0,1, 0,2)		2000-2019	0,1 (-0,1, 0,3)				
Sein	1984-1994	-0,6 (-0,9, -0,2)	-1,7 (-1,9, -1,6)	1984-2019	-1,0 (-1,5, -0,5)	-1,0 (-1,5, -0,5)	1984-1994	-0,7 (-1,1, -0,3)	-1,7 (-1,8, -1,5)
	1994-2012	-2,5 (-2,6, -2,3)					1994-2011	-2,4 (-2,6, -2,2)	
	2012-2019	-1,5 (-2,1, -0,9)					2011-2019	-1,4 (-1,9, -0,9)	
Prostate				1984-1994	1,3 (0,7, 1,8)	-1,4 (-1,6, -1,2)			
				1994-2012	-2,8 (-3,0, -2,6)				
				2012-2019	-1,6 (-2,3, -0,9)				
Leucémie	1984-2019	-0,9 (-1,0, -0,8)	-0,9 (-1,0, -0,8)	1984-2019	-1,0 (-1,1, -0,9)	-1,0 (-1,1, -0,9)	1984-2019	-1,0 (-1,1, -0,9)	-1,0 (-1,1, -0,9)
Lymphome non hodgkinien	1984-2000	1,6 (1,3, 1,9)	-0,3 (-0,6, -0,1)	1984-2000	1,8 (1,5, 2,2)	-0,1 (-0,4, 0,2)	1984-1999	1,5 (1,0, 2,0)	-0,6 (-0,9, -0,4)
	2000-2010	-2,5 (-3,1, -1,9)		2000-2010	-2,4 (-3,0, -1,7)		1999-2019	-2,2 (-2,4, -1,9)	
	2010-2019	-1,2 (-1,8, -0,7)		2010-2019	-0,9 (-1,6, -0,3)				
Vessie	1984-2015	-0,3 (-0,4, -0,2)	-0,5 (-0,8, -0,2)	1984-2015	-0,4 (-0,6, -0,3)	-0,7 (-1,0, -0,4)	1984-2019	-0,4 (-0,6, -0,3)	-0,4 (-0,6, -0,3)
	2015-2019	-2,0 (-4,5, 0,6)		2015-2019	-3,0 (-5,4, -0,4)				
Encéphale/SNC	1984-2005	-0,6 (-0,8, -0,4)	-0,4 (-0,7, -0,1)	1984-2003	-0,5 (-0,8, -0,2)	-0,2 (-0,4, 0,0)	1984-2006	-0,7 (-1,0, -0,5)	-0,6 (-1,0, -0,2)
	2005-2015	0,8 (0,2, 1,4)		2003-2019	0,2 (-0,1, 0,5)		2006-2015	1,3 (0,3, 2,3)	
	2015-2019	-2,1 (-3,9, -0,3)					2015-2019	-3,8 (-6,4, -1,1)	
Œsophage	1984-1999	0,7 (0,4, 1,1)	0,2 (0,0, 0,4)	1984-2000	0,9 (0,5, 1,3)	0,3 (0,1, 0,5)	1984-2019	-0,5 (-0,7, -0,3)	-0,5 (-0,7, -0,3)
	1999-2019	-0,2 (-0,4, 0,0)		2000-2019	-0,2 (-0,4, 0,0)				
Tête et cou	1984-2010	-2,1 (-2,3, -1,9)	-1,6 (-1,9, -1,3)	1984-1991	-0,6 (-2,0, 0,8)	-1,7 (-2,0, -1,3)	1984-2019	-1,3 (-1,5, -1,0)	-1,3 (-1,5, -1,0)
	2010-2019	-0,3 (-1,2, 0,7)		1991-2009	-2,8 (-3,1, -2,4)				
				2009-2019	-0,3 (-1,1, 0,4)				
Estomac	1984-2010	-3,1 (-3,2, -3,0)	-2,8 (-3,0, -2,6)	1984-2012	-3,3 (-3,4, -3,2)	-3,0 (-3,2, -2,8)	1984-2019	-2,8 (-2,9, -2,6)	-2,8 (-2,9, -2,6)
	2010-2019	-2,0 (-2,6, -1,3)		2012-2019	-1,8 (-2,8, -0,7)				

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2.6** Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2019

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2019	Période	VAP* (LC 95 %)	VAMP* (LC 95 %), 1984 à 2019
Rein et bassinnet du rein	1984–2008	-0,3 (-0,5, -0,1)	-0,7 (-0,9, -0,4)	1984–2004	-0,1 (-0,4, 0,3)	-0,6 (-0,8, -0,3)	1984–2008	-0,5 (-0,8, -0,1)	-0,9 (-1,3, -0,6)
	2008–2019	-1,5 (-2,1, -0,9)		2004–2019	-1,2 (-1,6, -0,8)		2008–2019	-2,0 (-2,9, -1,1)	
Ovaire							1984–2003	-0,6 (-0,9, -0,2)	-0,9 (-1,1, -0,6)
							2003–2019	-1,2 (-1,6, -0,9)	
Myélome multiple	1984–1994	0,7 (-0,3, 1,6)	-0,4 (-0,7, -0,2)	1984–1995	1,0 (0,0, 2,1)	-0,2 (-0,7, 0,2)	1984–2002	-0,1 (-0,6, 0,5)	-0,8 (-1,1, -0,4)
	1994–2019	-0,9 (-1,1, -0,7)		1995–2008	-1,6 (-2,4, -0,9)		2002–2019	-1,4 (-1,9, -1,0)	
				2008–2019	0,2 (-0,5, 1,0)				
Foie†	1984–1996	-1,1 (-2,3, 0,1)	1,4 (0,8, 2,0)	1984–1991	-2,7 (-5,8, 0,4)	1,7 (1,0, 2,3)	1984–1989	3,1 (-2,3, 8,8)	0,8 (-0,5, 2,1)
	1996–2015	3,2 (2,7, 3,7)		1991–2019	2,8 (2,5, 3,1)		1989–1994	-8,0 (-14,6, -0,8)	
	2015–2019	0,6 (-2,7, 4,0)					1994–2019	2,2 (1,8, 2,5)	
Utérus (corps, SAI)							1984–2005	-0,8 (-1,1, -0,5)	0,3 (0,1, 0,6)
							2005–2019	2,0 (1,5, 2,4)	
Mélanome	1984–2013	0,9 (0,7, 1,2)	0,3 (0,0, 0,6)	1984–2013	1,3 (1,0, 1,6)	0,6 (0,1, 1,1)	1984–2015	0,4 (0,1, 0,6)	-0,2 (-0,8, 0,3)
	2013–2019	-2,7 (-4,3, -0,9)		2013–2019	-2,6 (-5,0, -0,2)		2015–2019	-4,9 (-9,2, -0,4)	
Col de l'utérus							1984–2006	-2,8 (-3,2, -2,5)	-2,1 (-2,4, -1,7)
							2006–2019	-0,8 (-1,6, 0,0)	
Glande thyroïde	1984–2019	0,0 (-0,4, 0,3)	0,0 (-0,4, 0,3)	1984–2019	0,6 (0,0, 1,1)	0,6 (0,0, 1,1)	1984–2019	-0,4 (-0,8, 0,1)	-0,4 (-0,8, 0,1)
Lymphome de Hodgkin	1984–1997	-4,6 (-5,8, -3,4)	-3,3 (-3,9, -2,8)	1984–1996	-5,2 (-6,6, -3,8)	-3,4 (-4,0, -2,8)	1984–2019	-3,2 (-3,6, -2,9)	-3,2 (-3,6, -2,9)
	1997–2019	-2,5 (-3,2, -1,9)		1996–2019	-2,5 (-3,1, -1,9)				
Testicule				1984–2019	-1,6 (-2,1, -1,0)	-1,6 (-2,1, -1,0)			
Tous les autres cancers	1984–2002	1,6 (1,2, 2,0)	0,0 (-0,2, 0,3)	1984–2003	1,7 (1,3, 2,2)	0,0 (-0,3, 0,3)	1984–2002	1,4 (1,0, 1,8)	-0,1 (-0,3, 0,2)
	2002–2019	-1,6 (-2,0, -1,3)		2003–2019	-1,9 (-2,4, -1,5)		2002–2019	-1,6 (-1,9, -1,3)	

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

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

† La mortalité par cancer du foie 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

**TABLEAU 2.7** Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2019

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)	Année de référence	VAP* (LC 95 %)
<b>Tous les cancers</b>	<b>2015</b>	<b>-1,9 (-2,4, -1,4)</b>	<b>2001</b>	<b>-1,8 (-1,8, -1,7)</b>	<b>2015</b>	<b>-2,0 (-2,7, -1,4)</b>
Poumon et bronches	2015	-3,6 (-4,7, -2,6)	2011	-3,4 (-3,9, -3,0)	2015	-3,5 (-4,6, -2,3)
Colorectal	2005	-2,2 (-2,3, -2,0)	2004	-2,3 (-2,5, -2,1)	2014	-3,2 (-4,2, -2,1)
Pancréas	2000	0,1 (-0,1, 0,2)	2000	0,1 (-0,1, 0,3)	1984	-0,1 (-0,2, 0,0)
Sein	2012	-1,5 (-2,1, -0,9)	1984	-1,0 (-1,5, -0,5)	2011	-1,4 (-1,9, -0,9)
Prostate	—	—	2012	-1,6 (-2,3, -0,9)	—	—
Leucémie	1984	-0,9 (-1,0, -0,8)	1984	-1,0 (-1,1, -0,9)	1984	-1,0 (-1,1, -0,9)
Lymphome non hodgkinien	2010	-1,2 (-1,8, -0,7)	2010	-0,9 (-1,6, -0,3)	1999	-2,2 (-2,4, -1,9)
Vessie	2015	-2,0 (-4,5, 0,6)	2015	-3,0 (-5,4, -0,4)	1984	-0,4 (-0,6, -0,3)
Encéphale/SNC	2015	-2,1 (-3,9, -0,3)	2003	0,2 (-0,1, 0,5)	2015	-3,8 (-6,4, -1,1)
Œsophage	1999	-0,2 (-0,4, 0,0)	2000	-0,2 (-0,4, 0,0)	1984	-0,5 (-0,7, -0,3)
Tête et cou	2010	-0,3 (-1,2, 0,7)	2009	-0,3 (-1,1, 0,4)	1984	-1,3 (-1,5, -1,0)
Estomac	2010	-2,0 (-2,6, -1,3)	2012	-1,8 (-2,8, -0,7)	1984	-2,8 (-2,9, -2,6)
Rein et bassinnet du rein	2008	-1,5 (-2,1, -0,9)	2004	-1,2 (-1,6, -0,8)	2008	-2,0 (-2,9, -1,1)
Ovaire	—	—	—	—	2003	-1,2 (-1,6, -0,9)
Myélome multiple	1994	-0,9 (-1,1, -0,7)	2008	0,2 (-0,5, 1,0)	2002	-1,4 (-1,9, -1,0)
Foie†	2015	0,6 (-2,7, 4,0)	1991	2,8 (2,5, 3,1)	1994	2,2 (1,8, 2,5)
Utérus (corps, SAI)	—	—	—	—	2005	2,0 (1,5, 2,4)
Mélanome	2013	-2,7 (-4,3, -0,9)	2013	-2,6 (-5,0, -0,2)	2015	-4,9 (-9,2, -0,4)
Col de l'utérus	—	—	—	—	2006	-0,8 (-1,6, 0,0)
Glande thyroïde	1984	0,0 (-0,4, 0,3)	1984	0,6 (0,0, 1,1)	1984	-0,4 (-0,8, 0,1)
Lymphome de Hodgkin	1997	-2,5 (-3,2, -1,9)	1996	-2,5 (-3,1, -1,9)	1984	-3,2 (-3,6, -2,9)
Testicule	—	—	1984	-1,6 (-2,1, -1,0)	—	—
Tous les autres cancers	2002	-1,6 (-2,0, -1,3)	2003	-1,9 (-2,4, -1,5)	2002	-1,6 (-1,9, -1,3)

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

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

† La mortalité par cancer du foie a été sous-estimée étant donné que les décès par cancer du foie, non spécifié (code CIM-10 : C22.9) ont été exclus. 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

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

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



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

### Survie nette à cinq et dix ans

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

- Pour tous les cancers combinés, la survie nette ajustée est de 64 % à cinq ans et de 58 % à 10 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 %).

### Principales constatations

- De 2015 à 2017, la survie nette prévue à cinq ans pour tous les cancers combinés était de 64 %; elle s'établissait à 55 % au début des années 90.
- La survie nette la plus élevée après cinq ans a été observée pour les cancers de la glande thyroïde (97 %) et du testicule (97 %). Elle était la plus faible pour les cancers du pancréas (10 %) et de l'œsophage (16 %).
- La survie nette est généralement plus élevée chez les femmes (66 %) que chez les hommes (62 %).
- La survie nette diminue généralement avec l'âge.
- 84 % des enfants ayant reçu un diagnostic de cancer ont survécu au moins cinq ans.
- Certaines des plus fortes augmentations de la survie nette ont été enregistrées pour les cancers liés au sang. Il n'y a pas eu d'amélioration de la survie pour le cancer de l'utérus depuis le début des années 1990.

- La survie nette à cinq et dix ans est la plus faible pour les cancers du pancréas (10 %, 8 %) et de l'œsophage (16 %, 13 %). Bien que cela ne soit pas présenté dans cette publication, la survie à cinq ans est également faible pour le mésothéliome (9 %)<sup>(5,6)</sup>.
- Dans la mesure du possible, des estimations de la survie ont également été fournies pour des types de cancers distincts (p. ex. le cancer du côlon et le cancer du rectum) au sein d'un même groupe (p. ex. le cancer colorectal), car la

survie peut varier considérablement dans un même groupe. Par exemple, la survie à cinq ans est significativement plus faible pour la leucémie myéloïde aiguë (23 %) que pour la leucémie lymphocytaire chronique (86 %), alors que la survie pour toutes les leucémies combinées est de 61 %.

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

- Dans le cas du cancer de la prostate et du cancer du sein chez les femmes, la survie nette diminuait relativement graduellement au cours des 10 premières années, mais moins graduellement dans le cas du cancer du sein.
- Quant au cancer colorectal, la survie nette diminuait de 84 % à 72 % entre un et trois ans après le diagnostic, puis plus graduellement entre la troisième et la dixième année suivant le diagnostic, après quoi la survie était de 61 %.
- Pour le cancer du poumon et le cancer du pancréas, la survie nette baissait radicalement au cours des trois premières années suivant le diagnostic (à 29 % et 13 %, respectivement) et plus graduellement par la suite.



La survie nette prévue après cinq ans est de 64 %.

### 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).

### Survie nette

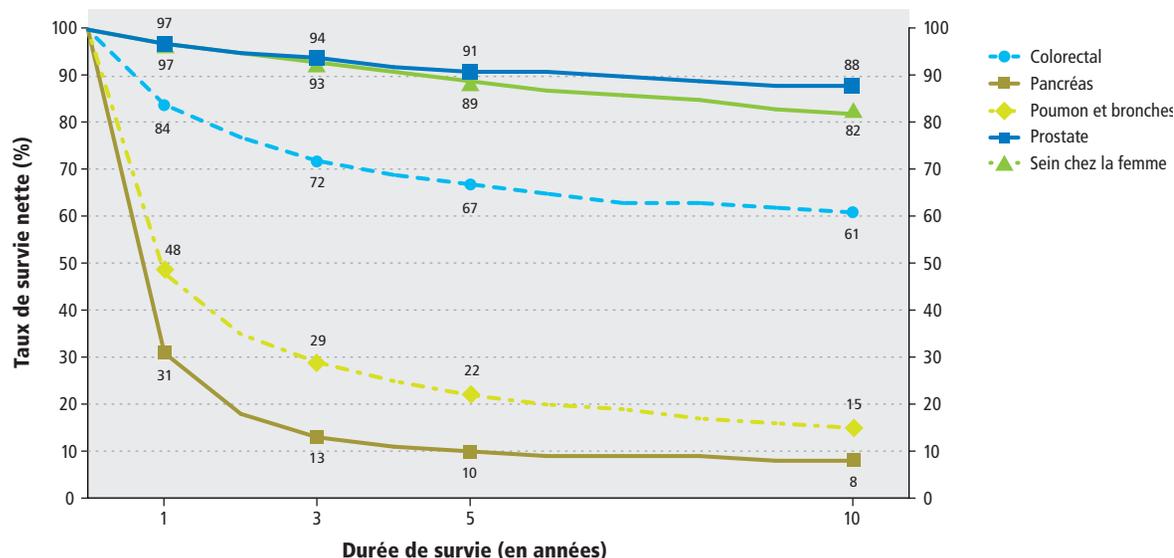
Pourcentage de personnes à qui on a diagnostiqué un cancer qui survivent une période de temps donnée après leur diagnostic, dans l'hypothèse où le cancer à l'étude est la seule cause possible de décès. La méthode de la survie nette est privilégiée pour comparer les études portant sur la survie au cancer dans la population parce qu'elle s'adapte au fait que différentes populations peuvent présenter, à la base, des niveaux de risque de décès variables. Elle peut être mesurée sur diverses périodes. Toutefois, comme il s'agit de la norme utilisée dans

d'autres rapports, la période de cinq ans a été retenue comme la principale durée d'analyse pour la présente publication.

### Survie prévue

La survie prévue (période) fournit une estimation plus à jour de la survie grâce à l'utilisation exclusive des antécédents de survie des cas de cancer au cours d'une période récente (p. ex. 2015 à 2017). Lorsqu'il y a une tendance à la hausse de la survie, les estimations prévues fournissent une mesure plus à jour, quoique typiquement prudente, de la survie récente<sup>(3, 4)</sup>.

FIGURE 3.1 Prédiction 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



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

**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

- Il semble y avoir un plateau dans la courbe de survie à long terme pour le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du pancréas, mais pas pour le cancer du sein et le cancer du poumon chez la femme.

## Survie selon le sexe

La survie au cancer peut varier selon le sexe. En plus des résultats pour les deux sexes combinés, le [tableau 3.1](#) présente également des estimations pour les hommes et les femmes séparément. Les points suivants concernent la survie nette à cinq ans.

- Pour tous les cancers combinés, la survie nette ajustée à cinq ans était plus élevée chez les femmes (66 %) que chez les hommes (62 %).
- En ce qui concerne les différences en matière de points de pourcentage, les avantages les plus importants pour les femmes par rapport aux hommes ont été observés 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.



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

- Pour le cancer de la vessie, le pronostic à 10 ans était en faveur des femmes (69 % contre 65 %). Une étude antérieure utilisant les données du Registre canadien du cancer a révélé que l'avantage en termes de survie pour les hommes n'était significatif que pendant les 12 à 18 premiers mois suivant le diagnostic<sup>(6)</sup>. Une explication partielle est que les diagnostics de cancer de la vessie chez les femmes peuvent être plus tardifs en raison de la rareté de ce cancer chez les femmes par rapport aux hommes<sup>(9)</sup>.

Une survie nette plus élevée chez les femmes est établie par une observation selon laquelle les femmes présentent un risque excédentaire significativement plus faible que les hommes de mourir de leur cancer, plus particulièrement chez les moins de 55 ans<sup>(8)</sup>.

### 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.

### Tous les cancers combinés

Les estimations de survie non normalisées selon l'âge pour tous les cancers combinés ([tableau 3.1](#)) ont été calculées comme une moyenne pondérée des estimations pour les combinaisons individuelles de cancer et de sexe. Pour les cancers de l'enfant ([tableau 3.3](#)), les principaux groupes de diagnostic ont été utilisés à la place des cancers individuels. Pour faciliter la comparaison de la survie nette pour tous les cancers combinés dans le temps ([figure 3.2](#)), on a créé un indice de survie nette au cancer en ajustant en plus le groupe d'âge au moment du diagnostic<sup>(7)</sup>. L'indice n'est pas affecté par les changements dans la distribution des cas de cancer en fonction de l'âge, du sexe ou du type de cancer (groupes analogues) dans le temps. Dans ce cas, l'indice représente la survie nette due au cancer qui aurait eu lieu si la répartition par âge, sexe et type de cancer des cancers à l'étude avait été la même que la répartition des cancers au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2010 à 2014.

## Survie selon l'âge

Pour la plupart des cancers diagnostiqués chez les adultes, la survie nette diminue avec l'âge au moment du diagnostic<sup>(5,6)</sup>. Le [tableau 3.2](#) montre la survie nette prévue à cinq ans par groupe d'âge.

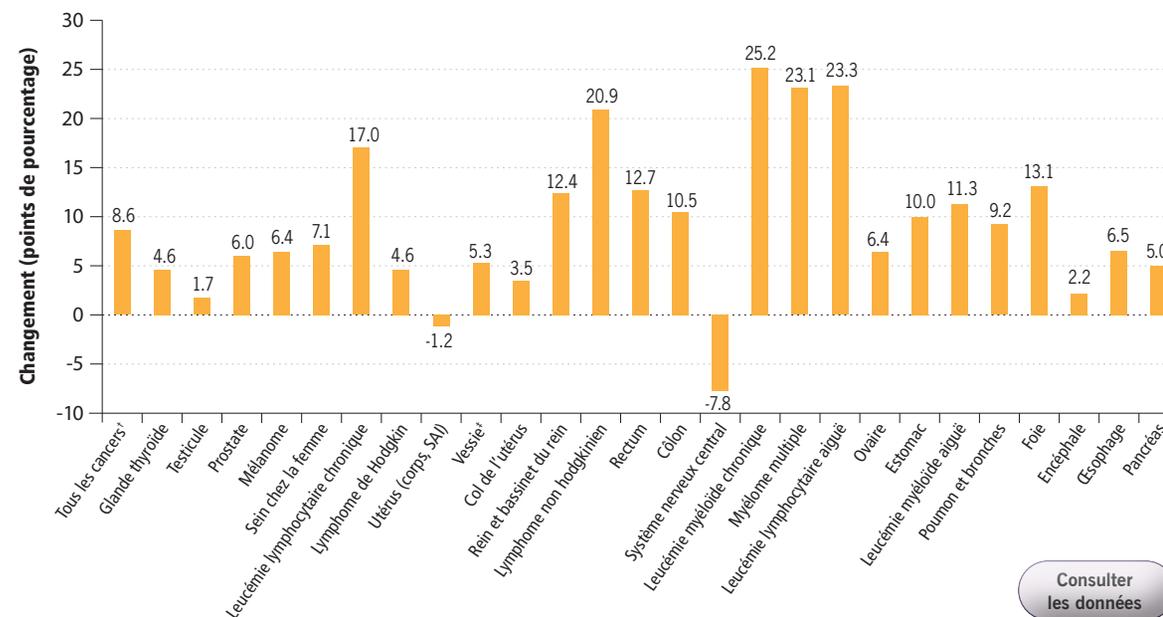
- La survie au cancer de la prostate demeure élevée ( $\geq 94\%$ ) chez les hommes ayant reçu un diagnostic avant 75 ans; la survie la plus faible (52 %) est observée chez les hommes de 85 ans et plus.
- La survie au cancer du sein est relativement élevée ( $\geq 85\%$ ) chez les femmes ayant reçu un diagnostic avant 85 ans, après quoi la survie chute à environ 73 %.
- Pour les deux sexes combinés, la survie au cancer du poumon est deux fois plus élevée (43 %) chez les Canadiens diagnostiqués entre 15 et 44 ans que chez ceux diagnostiqués entre 75 et 84 ans (19 %) et entre 85 et 99 ans (11 %).
- Il existe une différence considérable dans la survie entre les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du pancréas entre 15 et 44 ans (43 %) et celles l'ayant reçu entre 75 et 84 ans (6 %) ou plus (2 %).

## Survie au cancer chez les enfants

Le cancer est peu répandu chez les enfants de moins de 15 ans ([tableau 1.3](#)), et les décès attribuables au cancer le sont encore moins ([tableau 2.3](#)). En général, la survie au cancer est relativement élevée pour bon nombre des cancers les plus couramment diagnostiqués dans ce groupe d'âge. Le [tableau 3.3](#) montre la survie prévue à un et cinq ans chez les enfants, par catégorie de diagnostic de cancer infantile et certains sous-groupes<sup>(10,11)</sup>.

- Pour tous les cancers combinés, la survie à un an est de 93 %; elle se situe à 84 % après cinq ans.
- 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 intramédullaires (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.

**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



Consulter les données

SAI = sans autre indication

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

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

**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

Une étude publiée récemment fait état d'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 1992 à 1996 et 2013 à 2017<sup>(12)</sup>. La plupart de ces améliorations se sont produites dans la première moitié de cette période et les augmentations depuis la période de 2003 à 2007 n'ont pas été jugées statistiquement significatives.

## Survie selon la région géographique

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

- La survie nette à cinq ans est assez uniforme entre les provinces pour le cancer du sein et le cancer de la thyroïde chez les femmes. Il y a également peu de variation provinciale dans la survie à cinq ans pour le cancer de la prostate, à l'exception d'une estimation prévue relativement faible pour la Saskatchewan (86 %).
- Les estimations de survie varient davantage pour certains cancers. Les estimations relatives au cancer colorectal varient de 62 % (Nouvelle-Écosse) à 68 % (Terre-Neuve-et-Labrador). Les estimations du cancer du poumon varient de 18 % (Saskatchewan) à 24 % (Ontario). Les estimations du cancer du pancréas varient de 7 % (Colombie-Britannique) à 12 % (Ontario).
- Certaines de ces variations peuvent révéler des variations dans le stade auquel les cancers sont habituellement diagnostiqués dans différentes provinces<sup>(13)</sup>.

## Survie au fil du temps

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

- La survie pour tous les cancers combinés a augmenté de 9 points de pourcentage, passant de 55 % de 1992 à 1994 à 64 % de 2015 à 2017.
- La survie a augmenté pour la plupart des cancers, mais elle est restée pratiquement inchangée pour le cancer de l'utérus.
- Des améliorations très modestes ont été observées pour le cancer du testicule et du cerveau. Alors que le taux de survie pour le cancer du testicule 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 ont été observées pour 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).

## Survie nette conditionnelle

La survie conditionnelle est souvent plus significative pour la gestion clinique et le pronostic que la survie à cinq ans mesurée à partir de la date du diagnostic<sup>(14)</sup>. Étant donné que le risque de décès par cancer est souvent

le plus élevé dans les quelques années suivant le diagnostic (figure 3.1), le pronostic peut s'améliorer de façon substantielle chez les personnes qui survivent un an ou plus. Pour ces personnes, la survie nette à cinq ans mesurée au moment du diagnostic ([tableau 3.1](#)) ne s'applique plus. Le [tableau 3.5](#) montre la survie nette conditionnelle prévue à cinq ans, calculée à partir de la date du diagnostic de cancer chez les personnes qui ont survécu à la première année suivant le diagnostic. Il présente également la survie nette prévue à un an.

- En règle générale, les principales différences entre la survie nette à cinq ans et la survie nette conditionnelle à cinq ans se rapportaient aux cancers associés à une survie relativement faible après un an. La différence la plus importante a été observée pour la leucémie myéloïde aiguë, pour laquelle la survie conditionnelle à cinq ans était de 51 %, soit 28 points de pourcentage de plus que la survie à cinq ans. Les cancers de l'estomac et du poumon étaient associés aux différences les plus importantes suivantes, soit 26 et 24 points de pourcentage, respectivement.

### 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 en effectuant l'hypothèse que le cancer à l'étude est la seule cause possible de décès.

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

## Que signifient ces statistiques?

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

Heureusement, nous réalisons des progrès. La survie au cancer s'est améliorée pour la plupart des cancers au cours des 20 à 25 dernières années au Canada. Les améliorations les plus notables ont été observées pour les cancers du sang, y compris la leucémie et le lymphome non hodgkinien, et peuvent être en grande partie attribuables aux améliorations en matière de traitement.

La survie au cancer colorectal s'est également améliorée, mais après cinq ans, elle n'est que de 67 %. Cela traduit probablement le fait que près de 50 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués au stade III ou IV<sup>(13)</sup>. Cependant, il existe des programmes de dépistage du cancer colorectal dans la population partout au pays. Compte tenu de la participation accrue à ces

programmes, un plus grand nombre de cancers devraient être diagnostiqués à un stade moins avancé, et la survie au cancer colorectal devrait augmenter. Cette attente repose sur le fait que les cancers comme le cancer du sein chez la femme pour lequel la plupart des cas sont diagnostiqués à un stade précoce<sup>(13)</sup> et pour lequel la survie est élevée témoignent probablement du succès des programmes de dépistage bien établis.

Malgré ces succès notables, il reste encore beaucoup à améliorer parce que la survie nette de certains cancers demeure faible. C'est notamment le cas du cancer du poumon — le cancer le plus souvent diagnostiqué et la principale cause de décès par cancer au Canada — et du cancer du pancréas, qui est un cancer moins fréquemment diagnostiqué, mais qui devrait être la troisième cause principale de décès par cancer au Canada en 2021. Les faibles probabilités de survie pour ces cancers rendent compte dans une grande mesure du stade avancé du cancer au moment du diagnostic<sup>(13)</sup>.

Néanmoins, la survie au cancer du poumon s'est améliorée ces dernières années<sup>(7)</sup>, les progrès en matière de traitement, notamment l'utilisation croissante de médicaments associés à des thérapies ciblées jouant un rôle<sup>(17)</sup>. Cette amélioration a été identifiée comme un facteur clé de l'amélioration récente de la survie pour tous les cancers combinés<sup>(7)</sup>. L'introduction prévue de programmes de dépistage du cancer du poumon au Canada dans un avenir proche pourrait accroître la détection précoce de la maladie, ce qui pourrait entraîner d'autres améliorations de la survie. Dans le cas du cancer du pancréas, la recherche visant à améliorer la détection et le traitement précoces est essentielle pour accroître la survie.

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

## Ressources supplémentaires

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

- Feuilles Excel avec [les statistiques utilisées pour créer les figures](#);
- Feuilles Excel avec des [statistiques supplémentaires](#) ; Par exemple, afin de faciliter la comparaison internationale des estimations de survie avec le Canada, le tableau en ligne 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 de référence canadiens et les poids types canadiens de la survie au cancer<sup>(18)</sup>.
- [Images des figures PowerPoint](#) dans l'ensemble de ce chapitre.

## Références

1. Coleman MP. Cancer survival: Global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet*. 2014;383(9916):564-73.
2. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival. *J Intern Med*. 2006;260(2):103-17.
3. 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.
4. 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.
5. Statistique Canada. Statistiques sur la survie au cancer, mise à jour de 2020 [en ligne]. Ottawa (Ontario); 2020. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/201127/dq201127b-fra.htm> (consulté en avril 2021).
6. Ellison LF. *Progression du taux de survie nette au cancer au Canada sur une période de 20 ans*. Rappports sur la santé. 2018; 29(9):10-18.
7. Ellison LF. The cancer survival index: Measuring progress in cancer survival to help evaluate cancer control efforts in Canada. *Health Rep*. 2021; 32(9):14-26.
8. Ellison LF. *Différences dans les taux de survie au cancer au Canada, selon le sexe*. Rappports sur la santé. 2016; 27(4):19-27.
9. 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):1534-40.
10. National Cancer Institute. International Classification of Childhood Cancer (ICCC) Recode ICD-O-3/WHO 2008. Bethesda, MD: Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER) [en ligne]; 2008. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-who2008.html> (consulté en avril 2021).
11. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer*. 2005;103(7):1457-67.
12. Ellison LF, Xie L, Sung L. *Tendances de la survie au cancer chez les enfants au Canada, 1992 à 2017*. Rappports sur la santé. 2021; 32(2):3-15.
13. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2018 [en ligne]. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer; 2018. Accès : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr> (consulté en avril 2021).
14. Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. *Analyses de la survie conditionnelle selon le siège du cancer*. Rappports sur la santé. 2011; 22(2):21-25.
15. Ellison LF. *Amélioration de la survie à la leucémie chez les adolescents et les adultes au Canada : un examen plus approfondi*. Rappports sur la santé. 2016; 27(7):19-26.
16. 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.
17. 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):640-9.
18. Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. 2004;40(15):2307-16.

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

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

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

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

† 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* diagnostiqués en Ontario 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada  
**Sources :** Registre canadien du cancer couplé aux données sur les décès (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

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

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

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

IC = intervalle de confiance; SAI = sans autre indication

\* Le Québec est exclu, car les cas diagnostiqués dans la province depuis 2011 n'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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

**Sources :** Registre canadien du cancer couplé aux données sur les décès (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

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

Groupe de diagnostic <sup>†</sup>	PSO (%) (IC 95 %)	
	1 an	5 ans
<b>Tous les groupes<sup>‡</sup></b>	<b>93 (92–93)</b>	<b>84 (83–85)</b>
I. Leucémies, syndromes 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; PSO = proportions de survie observées; IC = intervalle de confiance; SNC = système nerveux central

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

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

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

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

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

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

Province	Taux de survie nette (%) (IC 95 %)						
	Prostate	Sein (femme)	Colorectal	Poumon et bronches	Glande thyroïde	Mélanome	Utérus (corps, SAI)
<b>Canada*</b>	<b>91 (91-92)</b>	<b>89 (88-89)</b>	<b>66 (66-67)</b>	<b>22 (22-23)</b>	<b>98 (97-98)</b>	<b>89 (88-90)</b>	<b>83 (82-83)</b>
Colombie-Britannique (C.-B.)	91 (90-92)	88 (87-89)	67 (66-68)	21 (20-21)	95 (93-96)	90 (88-91)	83 (81-85)
Alberta (Alb.)	91 (90-92)	89 (88-90)	67 (65-68)	22 (20-23)	97 (95-98)	88 (85-90)	83 (81-85)
Saskatchewan (Sask.)	86 (84-88)	88 (86-89)	64 (62-67)	18 (17-20)	95 (91-97)	87 (82-91)	87 (83-91)
Manitoba (Man.)	91 (89-93)	88 (86-89)	64 (61-67)	22 (20-24)	97 (93-99)	90 (84-94)	85 (82-88)
Ontario (Ont.)	92 (92-93)	89 (88-89)	67 (66-67)	24 (23-24)	98 (98-99)	89 (88-90)	82 (81-83)
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	91 (88-93)	88 (86-91)	63 (60-65)	21 (20-23)	98 (93-99)	93 (87-96)	83 (78-87)
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	90 (88-92)	89 (86-90)	62 (60-64)	20 (18-22)	95 (91-97)	91 (86-94)	77 (73-81)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	88 (82-93)	90 (84-94)	67 (60-73)	..	91 (62-98)	82 (72-88)	79 (67-87)
Newfoundland and 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 bassinot du rein	Lymphome non hodgkinien	Pancréas
<b>Canada*</b>	<b>77 (76-77)</b>	<b>72 (72-73)</b>	<b>69 (69-70)</b>	<b>10 ( 9-10)</b>
Colombie-Britannique (C.-B.)	75 (73-77)	69 (67-72)	69 (67-71)	7 ( 6- 8)
Alberta (Alb.)	77 (74-80)	71 (68-74)	70 (67-72)	9 ( 8-11)
Saskatchewan (Sask.)	73 (68-77)	65 (60-69)	70 (65-74)	9 ( 7-12)
Manitoba (Man.)	72 (67-77)	66 (62-70)	69 (65-73)	11 ( 9-15)
Ontario (Ont.)	77 (76-78)	76 (75-77)	70 (69-71)	12 (11-13)
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	75 (70-80)	71 (66-75)	70 (65-74)	..
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	77 (72-82)	69 (65-73)	66 (62-70)	9 ( 7-12)
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	68 (55-78)	..	67 (52-78)	..
Newfoundland and 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'ont pas été soumis au Registre canadien du cancer.

**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 :** Registre canadien du cancer couplé aux données sur les décès (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

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

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

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

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

**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 :** Registre canadien du cancer couplé aux données sur les décès (1992 à 2017) et tables de mortalité de Statistique Canada

## Chapitre 4

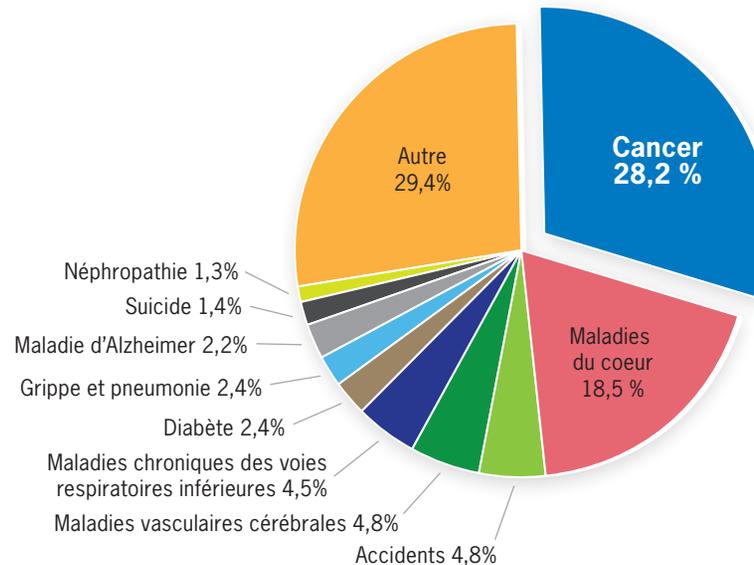
# Le cancer en contexte : Le fardeau du cancer au Canada

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

Le cancer représente un fardeau énorme pour la santé des Canadiens et pour le système de santé canadien. La présente publication montre que 43 % des Canadiens devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie et environ le quart d'entre eux devraient mourir de la maladie. Ces dernières années, la proportion de Canadiens qui meurent du cancer a augmenté par rapport aux autres causes de décès. En fait, la proportion de Canadiens qui meurent d'un cancer (28,2 %) est beaucoup plus élevée que la proportion de Canadiens mourant de l'une des autres principales causes de décès, y compris les maladies du cœur (18,5 %), les maladies vasculaires cérébrales et les accidents (4,8 % chacun) (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). Les APVP sont une estimation du nombre supplémentaire d'années qu'une personne aurait vécu si elle n'était pas décédée prématurément (p. ex. avant 75 ans). Par exemple, si une personne meurt d'un cancer à 60 ans, elle a perdu 15 années potentielles de vie, tandis qu'un décès à l'âge de 70 ans entraîne une perte potentielle de cinq

FIGURE 4.1 Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2019



**Nota :** En 2019, le nombre total de décès au Canada était de 284 082.

**Sources :** Statistique Canada. Tableau 13-10-0394-01 Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge (consulté le 26 novembre 2020)

années de vie. Au cours de la période de 2017 à 2019, les APVP pour tous les cancers confondus s'élevaient à environ 1 347 600 (figure 4.2), ce qui était considérablement plus élevé que les autres principales causes de décès prématuré au Canada.

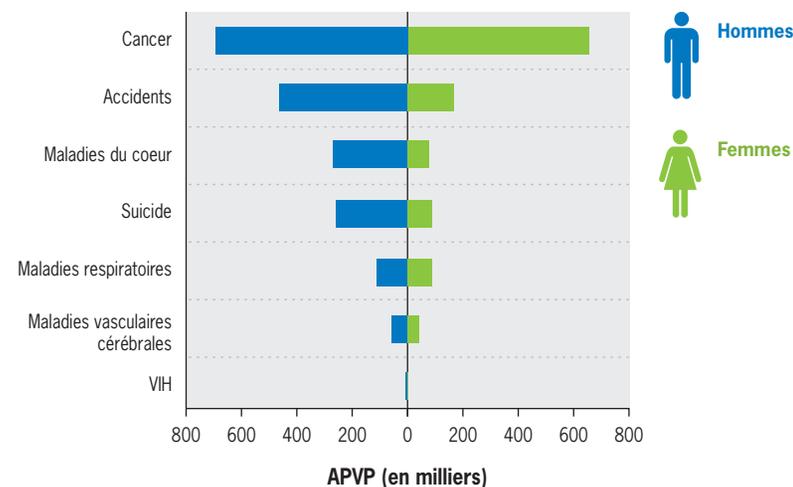
## Le cancer est une maladie complexe

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

## Comment sont catégorisés les cancers

Les cancers sont catégorisés en fonction de leur origine, soit les organes, tissus ou systèmes de l'organisme (siège primaire) et de leurs caractéristiques cellulaires (histologie). Certaines cellules cancéreuses ont tendance à se développer et à se propager plus lentement et ressemblent à des cellules normales (cellules cancéreuses de faible grade). D'autres ont un aspect très différent des cellules normales et ont tendance à se développer et à se propager rapidement (cellules cancéreuses de haut grade). On utilise un système de classement différent pour chaque type de cancer, ce qui permet de déterminer le pronostic et de planifier le traitement. La catégorisation détaillée du cancer et des types de cellules qui y sont liés est essentielle pour une gestion clinique efficace

FIGURE 4.2 Années potentielles de vie perdues (APVP) pour certaines causes de décès\*, Canada, 2017 à 2019



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

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

**Nota :** Les causes sont affichées par ordre décroissant des APVP totales pour les hommes et les femmes combinés.

des différents types de cancers. Certains types de cellules ont davantage tendance à devenir cancéreuses que d'autres, ce qui entraîne des taux d'incidence plus élevés pour ces cancers. C'est l'une des raisons pour lesquelles le cancer du sein, par exemple, est beaucoup plus répandu que le cancer du foie.

## Comment se propage le cancer

N'importe quel type de cancer peut se propager (métastaser) 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 qu'un cancer s'est propagé, il est plus difficile à traiter, ce qui peut donner lieu à des taux de survie plus faibles pour certains cancers. Par exemple, près de la moitié de tous les cas de cancer du poumon diagnostiqués au Canada sont de stade IV (le cancer s'est propagé à d'autres sièges dans l'organisme)<sup>(1)</sup> et sont donc associés à un taux de survie très faible.

## Comment est détecté le cancer

La détection précoce du cancer peut améliorer les résultats. Notre capacité à détecter un cancer à un stade précoce dépend de la disponibilité et de l'efficacité des outils de dépistage et de détection précoce, ou du siège et de la profondeur de la tumeur et du moment où les symptômes

se manifestent. Cela aide à expliquer pourquoi le cancer du pancréas, qui sévit profondément dans l'organisme et qui est généralement asymptomatique aux premiers stades, est détecté beaucoup plus tard que le cancer du testicule<sup>(1)</sup>. Les cancers qui sont plus susceptibles d'être détectés tôt, comme le cancer du sein, sont associés à des chances de survie beaucoup plus grandes que les cancers qui tendent à être détectés tardivement, comme c'est le cas pour le cancer du poumon.

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

Diverses ressources internationales, comme celles fournies à l'Annexe I<sup>(2-6)</sup>, contiennent des mesures comparables du fardeau du cancer pour différents pays. Ces ressources indiquent généralement que le Canada se compare favorablement à d'autres pays sur plusieurs plans, y compris les taux de survie. Par exemple, la récente étude de l'International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) a révélé que le taux de survie au cancer au Canada se classe parmi les plus élevés au monde<sup>(7)</sup>. La recherche exploratoire en cours dans le cadre de l'ICBP vise à comprendre pourquoi les résultats liés au cancer varient entre les pays. Les domaines d'enquête comprennent les différences d'accès aux diagnostics, les traitements optimaux et les structures des systèmes de santé<sup>(8)</sup>.

## 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, l'incidence, la mortalité et la survie varient selon le statut socioéconomique, la race, l'ethnie et les groupes de population sous-représentés. Les estimations nationales complètes incluses dans cette publication nécessiteraient des données systématiquement recueillies et complètes afin de fournir des estimations détaillées ventilées en fonction de ces groupes ou d'autres groupes importants. À l'heure actuelle, les données nécessaires pour estimer rigoureusement les taux des sous-groupes de la population et comparer de manière significative les différences au sein de la population sont limitées ou inexistantes. Les collaborateurs impliqués dans cette publication et d'autres membres de la communauté de la lutte contre le cancer investissent dans des efforts visant à accroître la collecte et la disponibilité des données afin de combler ces lacunes cruciales. Par exemple, la Société canadienne du cancer codirige actuellement une stratégie pancanadienne de données sur le cancer avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), qui vise à améliorer la collecte, l'intégration et l'utilisation des données afin d'améliorer la lutte contre le cancer et les résultats pour tous les Canadiens. La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer de 2019 à 2029 comprend plusieurs investissements clés dans le renforcement des capacités de collecte de données par les partenaires, y compris les modèles qui ont mis l'accent sur les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. L'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada s'efforcent de mieux intégrer les données socioéconomiques et ethnoculturelles aux données sur le cancer et les résultats, en plus de lancer récemment d'importantes initiatives de collecte de données. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a approuvé la collecte de données sur la race et

l'ethnicité dans une publication de 2020 qui présente les normes proposées pour la collecte de données afin de faciliter l'établissement de meilleurs rapports sur les groupes de population qui connaissent généralement un accès et des résultats disparates. Ensemble, la communauté de la lutte contre le cancer s'efforce de combler ces lacunes importantes dans les données afin de mieux cerner les disparités dans les résultats qui méritent une attention et un investissement accrus<sup>(9)</sup>.

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

Le cancer est une maladie coûteuse, ce qui signifie qu'il a des répercussions importantes sur les personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer, leur famille et la société canadienne dans son ensemble. Il est difficile d'obtenir des données fiables sur les coûts économiques réels du cancer, et les estimations peuvent varier grandement selon la méthode employée. Un rapport publié en 2012 indique que les coûts des soins du cancer au Canada ont augmenté de façon constante au cours de la période étudiée, passant de 2,9 milliards de dollars en 2005 à 7,5 milliards de dollars en 2012<sup>(9)</sup>. De même, une étude menée aux États-Unis a estimé que le coût des soins oncologiques augmenterait de 27 % de 2010 à 2020<sup>(10)</sup>. Compte tenu du nombre croissant de cas de cancer diagnostiqués chaque année au Canada<sup>(11)</sup>, le coût des soins oncologiques continuera probablement à augmenter dans un avenir prévisible.

Les difficultés financières liées au cancer au Canada vont au-delà des défis physiques et

émotionnels liés à la maladie, car les personnes atteintes de cancer doivent également faire face à d'importantes pressions financières après le diagnostic de cancer<sup>(12-15)</sup>. De nouvelles recherches menées au Canada ont mis en lumière le fardeau financier auquel font face de nombreuses personnes atteintes de cancer et leur famille<sup>(16)</sup>. L'enquête nationale, administrée dans 20 centres anticancéreux au Canada, a révélé qu'un tiers des répondants à l'enquête ont fait état d'un fardeau financier « assez important, important ou le pire possible ». Ils ont également déclaré dépenser en moyenne 34 % de leur revenu mensuel en frais liés au cancer. Cette situation a été particulièrement ressentie par les personnes à faible revenu. Ces difficultés peuvent découler d'une perte de revenu après le diagnostic et d'une augmentation des dépenses quotidiennes imprévues liées, notamment, à l'équipement médical, aux services de garde, aux soins à domicile et au transport.

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

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

Toutefois, outre la persistance de la charge élevée du cancer, de nouveaux défis continuent de se

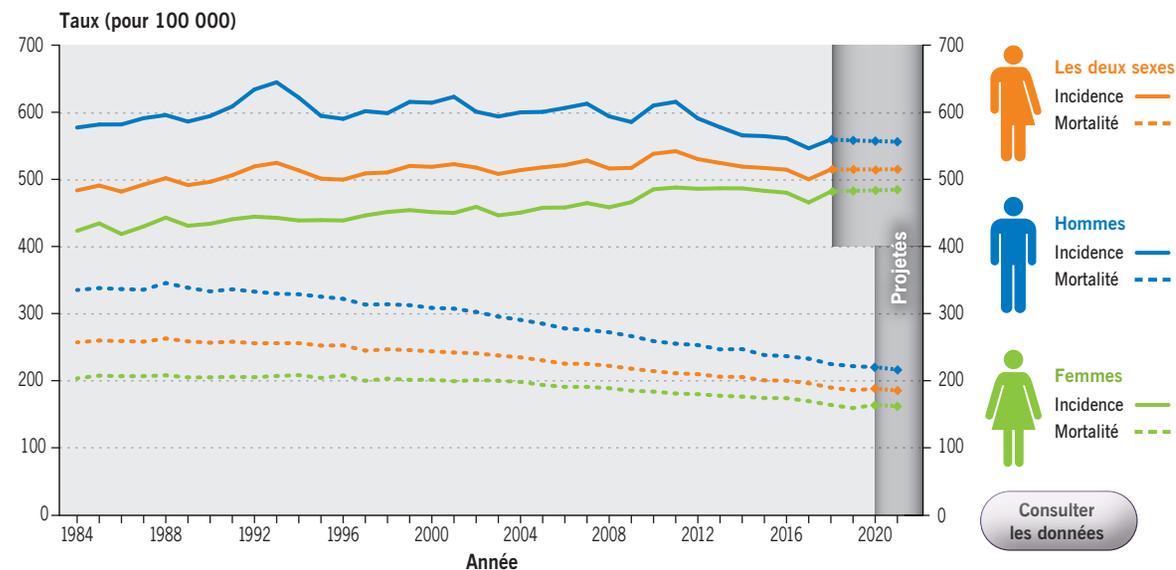
poser. Par exemple, les taux de cancer colorectal chez les jeunes sont en hausse<sup>(17)</sup>. Les raisons de ce phénomène restent floues et des recherches sont nécessaires pour comprendre comment nous pouvons atténuer cette augmentation.

### Comblant les lacunes de la lutte contre le cancer

Les inégalités en termes d'accès aux soins et de résultats constituent également un défi au Canada. Par exemple, au Canada, les personnes

ayant un faible revenu sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon, plus susceptibles de recevoir un diagnostic de maladie à un stade avancé (stade III ou IV) et moins susceptibles de survivre à un cancer du poumon<sup>(18)</sup>. Les inégalités dans les résultats liés au cancer peuvent être exacerbées par les coûts croissants des nouveaux traitements du cancer, dont certains sont payés de leur poche. Des données limitées ont montré que certains groupes racialisés font face à des obstacles supplémentaires dans l'accès aux

**FIGURE 4.3** Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge de tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada, 1984 à 2021



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

**Nota :** Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011. Les taux projetés sont fondés sur des données historiques à long terme et peuvent ne pas refléter l'évolution des tendances. Les données sur l'incidence ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaire et spinocellulaire). Les données d'incidence réelles étaient disponibles jusqu'en 2017 et projetées par la suite. Les données réelles sur la mortalité étaient disponibles jusqu'en 2019; les estimations pour 2020-2021 ont été projetées sur la base des données jusqu'en 2018. Pour plus de détails, veuillez consulter l'Annexe II : Sources des données et méthodes.

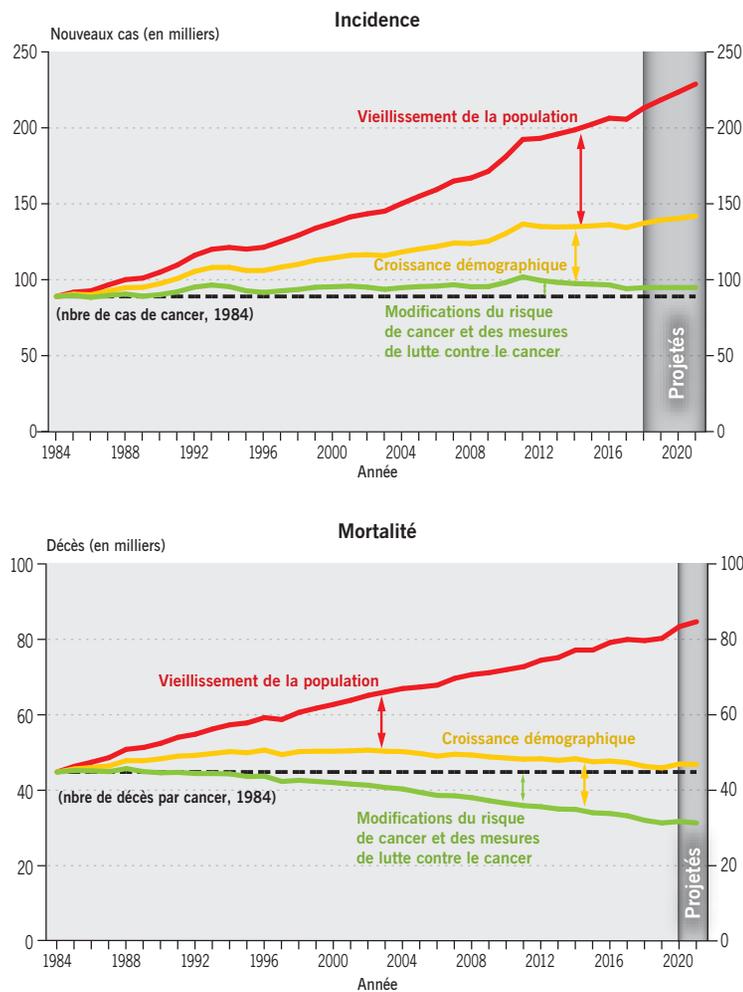
**Analyse :** Centre des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

soins contre le cancer et obtiennent de moins bons résultats<sup>(19, 20)</sup>. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, il n'existe pas de données de surveillance propres à la race et à l'ethnie recueillies de façon systématique au Canada, ce qui complique la quantification exhaustive des résultats du cancer dans les communautés mal desservies. Toutefois, les données issues d'analyses provinciales ciblées ou d'études de recherche fournissent certaines indications. Par exemple, la recherche montre que les nouveaux immigrants canadiens et les immigrants de longue date appartenant à des groupes racialisés ont moins recours au dépistage et respectent moins les recommandations, même en présence de programmes de dépistage financés et fondés sur la population<sup>(21)</sup>. Ces disparités en matière de dépistage suivent également les divisions socioéconomiques et raciales au sein des villes et des villages, avec un recours plus faible dans les quartiers où le statut socioéconomique est plus faible et où le nombre de Noirs et d'autres groupes racialisés est plus élevé<sup>(22)</sup>. Des obstacles structurels qui réduisent les taux de dépistage et l'accès aux soins appropriés ont également été constatés pour les populations LGBTQ2S+, ce qui peut potentiellement conduire à des résultats différentiels<sup>(22, 24)</sup>.

Les données de recherche mettent également en évidence certaines des disparités en matière de survie au cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les Premières Nations avaient un taux de survie inférieur à celui de la population générale du Canada pour 14 des 15 cancers les plus courants, et cette disparité ne pouvait pas être expliquée par le revenu et la ruralité<sup>(18, 20, 26)</sup>. Les données provenant des territoires peuvent également éclairer l'expérience des personnes vivant dans le nord du Canada, dont beaucoup sont des membres des Premières Nations, des

**FIGURE 4.4** Tendances de l'incidence et de la mortalité (en milliers de cas) associées aux modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, ainsi qu'à la croissance démographique et au vieillissement de la population, pour tous les cancers et tous les groupes d'âge, Canada, 1984 à 2021



-----  
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 spinocellulaire). Les données réelles sur l'incidence étaient disponibles jusqu'en 2017 pour toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec, et les données sur la mortalité jusqu'en 2019 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 des données sur la santé de la population, Statistique Canada

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

Inuits et des Métis et des Canadiens souvent très éloignés des soins liés au cancer. La prestation de services de santé dans des régions éloignées comme le Nunavut peut s'avérer difficile pour plusieurs raisons, notamment la taille du territoire, la dispersion de la petite population, le climat et la dépendance à l'égard du transport aérien. Les 25 communautés du territoire sont isolées et réparties sur le plus grand territoire ou la plus grande province du Canada<sup>(26,27)</sup>. Les personnes vivant dans l'Inuit Nunangat (région désignée des Inuvialuits, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut) sont plus de deux fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que les personnes vivant dans le reste du Canada<sup>(27)</sup>. De plus, les personnes de ces communautés doivent parcourir de longues distances pour accéder à des traitements qui ne sont pas disponibles localement. Afin de favoriser les changements nécessaires en matière de résultats et d'expériences pour l'ensemble des Premières Nations, des Inuits et des Métis, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer comprend trois priorités auto-identifiées par les peuples : des soins culturellement appropriés plus proches du domicile; des soins liés au cancer propres aux peuples et autodéterminés; des systèmes de recherche et de données gérés par les Premières Nations, les Inuits ou les Métis.

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

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

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

	Possibilité de prévention	Délectabilité	Incidence	Survie	Mortalité
Poumon et bronches	Vert	Jaune	Rouge	Rouge	Rouge
Sein	Jaune	Vert	Rouge	Vert	Rouge
Colorectal	Vert	Vert	Rouge	Jaune	Rouge
Prostate	Rouge	Jaune	Rouge	Vert	Rouge
Vessie	Vert	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Lymphome non hodgkinien	Rouge	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune
Mélanome	Vert	Jaune	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
Estomac	Vert	Rouge	Vert	Rouge	Jaune
Myélome multiple	Rouge	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Foie	Vert	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Encéphale/SNC	Rouge	Rouge	Jaune	Vert	Jaune
Ovaire	Rouge	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Œsophage	Vert	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Col de l'utérus	Vert	Vert	Jaune	Jaune	Vert
Testicule	Rouge	Jaune	Vert	Vert	Vert
Lymphome de Hodgkin	Jaune	Rouge	Vert	Vert	Vert

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

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

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

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

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

La figure 4.4 illustre comment l'évolution des facteurs de risque de cancer et des méthodes de lutte contre le cancer, le vieillissement de la population et la croissance démographique influent sur le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès attribuables au cancer chaque année.

Depuis 1984, les changements liés au risque de cancer et aux méthodes de lutte contre le cancer ont peu influé sur la réduction du nombre total de cas de cancer diagnostiqués. Toutefois, ils ont eu une influence plus significative sur la réduction du nombre de Canadiens qui meurent du cancer. Malheureusement, ces progrès ont été surpassés par l'effet du vieillissement de la population, suivi de celui la croissance démographique, qui ont tous deux contribué à une augmentation spectaculaire du nombre de cas de cancer et de décès par cancer chaque année.

En raison de la croissance démographique et du vieillissement continu de la population canadienne<sup>(28)</sup>, le nombre annuel moyen de cas de cancer devrait connaître une hausse de 79 %, de 2028 à 2032, par rapport au nombre annuel moyen de cas de cancer recensés au cours de la période de 2003 à 2007<sup>(11,29)</sup>. Par conséquent, le système de soins de santé du Canada devrait continuer de faire face à une demande croissante de services d'oncologie, y compris de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs.

De plus, un pourcentage croissant de Canadiens déjouent les pronostics de survie au cancer, ce qui signifie qu'il y a un nombre croissant de survivants du cancer dans la population. Les personnes qui survivent à un cancer jouissent souvent d'une vie bien remplie et gratifiante, mais l'expérience du cancer présente de nombreux défis physiques, émotionnels, spirituels et financiers qui peuvent persister longtemps après le traitement de la maladie<sup>(30)</sup>. Cette population

croissante de survivants aura besoin d'un soutien et de services continus.

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

La grande variation que nous observons en matière d'incidence du cancer et de la mortalité et de la survie qui y sont associées révèle la complexité de la maladie. Toutefois, d'autres facteurs doivent également être pris en compte dans l'évaluation de la façon de s'attaquer au fardeau continu du cancer au Canada. Par exemple, la prévention, le dépistage, la détection précoce, le traitement et la survie jouent tous un rôle important dans la lutte contre le cancer.

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

Il est reconnu que d'autres mesures, comme les APVP et les répercussions économiques décrites précédemment, doivent être prises en compte dans l'évaluation du fardeau du cancer. De plus, cette approche ne tient pas compte du fait que les cancers moins courants et les cancers pédiatriques peuvent encore avoir des effets dévastateurs sur les personnes atteintes du cancer et leurs familles. Malgré ces limites, la figure

4.5 vise à illustrer que les données statistiques présentées dans la présente publication, lorsqu'elles sont évaluées ensemble, peuvent servir à mettre en évidence les lacunes et les possibilités relatives aux stratégies de lutte contre le cancer mises en œuvre dans la population et à cerner les domaines prioritaires de la recherche clinique ainsi que de celle portant sur les soins de santé.

## Préventabilité

L'Organisation mondiale de la santé laisse entendre que la prévention offre la stratégie à long terme la plus rentable pour lutter contre le cancer et d'autres maladies non transmissibles<sup>(31)</sup>. Les recherches suggèrent qu'un grand nombre de cancers peuvent être évités en réduisant l'exposition à des facteurs environnementaux, comportementaux et infectieux néfastes<sup>(32)</sup>. 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 des répercussions importantes sur le fardeau futur du cancer au Canada. Par exemple, la Société canadienne du cancer et le Partenariat canadien contre le cancer ont collaboré à une initiative nationale d'abandon du tabac ciblant les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, qui présentent des taux de tabagisme nettement plus élevés que les populations non autochtones<sup>(33-35)</sup>.

Le cancer du col de l'utérus peut être presque entièrement prévenu par la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH). 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 au niveau mondial. 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 et à remplacer le test Pap traditionnel par le dépistage primaire du VPH<sup>(36)</sup>. Le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030, décrit la manière dont un vaste groupe de partenaires, d'experts et d'intervenants, dont l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis et des personnes atteintes de cancer, prévoient combler les lacunes en matière d'accès équitable à l'immunisation, au dépistage et au suivi des résultats anormaux du dépistage.

## Déteçtabilité

Le dépistage précoce du cancer (p. ex. au moyen de tests de dépistage) et le traitement de maladies précancéreuses peuvent réduire considérablement le fardeau de certains cancers. 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 le fardeau de ces maladies. Le dépistage du cancer du poumon pour les populations à haut risque a été exploré dans plusieurs provinces par l'intermédiaire de projets pilotes et d'essais de recherche démontrant qu'il est faisable, évolutif et rentable pour réduire la mortalité par cancer du poumon. On s'attend à ce que les provinces commencent à mettre en œuvre ces programmes au cours des prochaines années. 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. Par exemple, le cancer du col de l'utérus avait auparavant des taux élevés d'incidence et de mortalité<sup>(37)</sup>. Toutefois, en raison du succès remporté par le vaste dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux d'incidence est maintenant modéré et le taux de mortalité est relativement faible. Compte tenu des autres possibilités de prévention qui existent actuellement grâce au

vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) et d'autres améliorations du dépistage, plusieurs croient que ce cancer pourrait être pratiquement éradiqué dans certains pays<sup>(38)</sup>.

## Incidence, survie et mortalité

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

De l'autre côté du spectre se trouvent les cancers de la glande thyroïde et de la prostate, qui ont des taux d'incidence élevés, mais qui sont associés à une survie relativement bonne. Cependant, ces deux cancers ont retenu l'attention en raison d'allégations de surdiagnostic<sup>(39,40)</sup>. Étant donné le coût important de chaque diagnostic pour les personnes et le système de soins de santé, il faut toujours prendre soigneusement en compte les circonstances (quand et comment) dans lesquelles les cancers sont diagnostiqués et traités.

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

Tout au long de la pandémie de COVID-19, les efforts de lutte contre le cancer ont été touchés dans tous les domaines. Compte tenu des effets disproportionnés de la pandémie sur les Noirs et les personnes de couleur<sup>(41,42)</sup>, il est probable qu'ils se soient également heurtés davantage à des difficultés d'accès et à des résultats négatifs. Les projections présentées dans cette publication ne tiennent pas compte des changements dans le diagnostic ou la lutte contre le cancer dus à la COVID-19, car elles sont basées sur des données allant jusqu'en 2017 pour l'incidence et 2018 pour la mortalité. Plusieurs initiatives sont en cours aux niveaux provincial et national en vue de comprendre les répercussions.

Les efforts internationaux suggèrent que les diagnostics de cancers ont été réduits de 40 % entre le 9 mars et le 17 mai 2020, par rapport aux diagnostics établis en moyenne sur la même période en 2018 et 2019<sup>(43)</sup>. En ce qui concerne le dépistage, nous nous attendons à ce que les interruptions des programmes aient des effets sur la future survie au cancer. Ces répercussions seront reprises dans les analyses futures. Les premiers rapports des analyses provinciales indiquent que les biopsies, les orientations vers des services chirurgicaux et même les visites aux services d'urgence ont été en baisse pendant plusieurs mois. Les données de l'ICIS montrent une réduction de 25 % de l'imagerie diagnostique et de 20 % du nombre d'interventions chirurgicales pour le cancer au cours des six premiers mois de la pandémie<sup>(44)</sup>. Il est important de noter que la COVID-19 a touché certaines populations plus que d'autres, exacerbant les inégalités auxquelles sont confrontées de nombreuses personnes, notamment les peuples

autochtones, les personnes de couleur, les personnes LGBTQ2S+ et d'autres.

## Résumé

Malgré les limites de l'approche adoptée pour produire la figure 4.5, il s'agit d'un exemple d'exercice qui peut aider à cibler les efforts de lutte contre le cancer. Cela aide également à renforcer le fait que les éléments de mesure du fardeau du cancer doivent être évalués de diverses façons et simultanément. Il faut aussi les examiner en fonction de notre capacité actuelle de réduire le fardeau grâce à une meilleure prévention primaire, à une détection et à un dépistage précoces rapides et efficaces, ainsi qu'à un diagnostic et à un traitement fondés sur des données probantes et axés sur la personne. Ces évaluations poussées peuvent aider à faire passer les statistiques présentées dans la publication au niveau suivant en soulignant les lacunes et les possibilités relatives aux stratégies de lutte contre le cancer mises en œuvre dans la population et en déterminant les domaines prioritaires de la recherche clinique ainsi que de celle portant sur les soins de santé.

## Ressources supplémentaires

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

- Feuilles Excel avec les [statistiques utilisées pour créer les figures](#);
- [Images des figures PowerPoint](#) dans l'ensemble de 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 : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR.pdf?la=fr> (consulté en avril 2021).
2. Centre international de recherche sur le cancer. Global Cancer Observatory (GCO) [en ligne]. Accès : <http://gco.iarc.fr/> (consulté en avril 2021).
3. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalaawa C, Kohler B, Pineros M, et al. Cancer Incidence in Five Continents, vol. X (electronic version) [en ligne]. IARC; 2013. Accès : <http://ci5.iarc.fr/> (consulté en avril 2021).
4. Ferlay J, Colombet M, Bray F. Cancer Incidence in Five Continents, CI5plus [en ligne]. Lyon, France: IARC; 2018. Accès : <http://ci5.iarc.fr/> (consulté en avril 2021).
5. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries [en ligne]. 2018 [mis à jour le 30 janvier]. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29395269> (consulté en avril 2021).
6. Cancer Research UK. International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) [en ligne]. London, UK: Cancer Research UK. Accès : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/data-and-statistics/international-cancer-benchmarking-partnership-icbp> (consulté en avril 2021).
7. Arnold M, Rutherford MJ, Bardot A, Ferlay J, Andersson TM, Myklebust TA, et al. Progress in cancer survival, mortality, and incidence in seven high-income countries 1995–2014 (ICBP SURVMARK-2): A population-based study. *Lancet Oncol*. 2019; 20(11):1493-505.
8. Abdillahi I, Shaw A. Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 2020.
9. de Oliveira C, Weir S, Rangrej J, Krahn MD, Mittmann N, Hoch JS, et al. The economic burden of cancer care in Canada: A population-based cost study. *CMAJ Open*. 2018;6(1):E1-E10.
10. Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010–2020. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(2):117-28.
11. 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 2021).
12. Réseau canadien de lutte contre le cancer et Société canadienne du cancer. Plan d'action quinquennal pour l'allègement des répercussions financières du cancer au Canada [en ligne]. Toronto (Ontario); 2010. Accès : <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/MB/get%20involved/take%20action/financial%20hardship%20of%20cancer%20in%20Canada/financialhardshipofcancer-MB-fr.pdf?la=en&la=fr> (consulté en mai 2021).
13. 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.
14. 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*. 2021;19(3):325-341.
15. Essue BM, Iragorri N, Fitzgerald N, de Oliveira C. The psychosocial cost burden of cancer: A systematic literature review. *Psychooncology*. 2020;29(11):1746-60.
16. 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 Jun;29(6):3377-3386.
17. 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.
18. 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 2021).
19. 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.
20. 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(9):1451-51.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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):E320-6.
26. Les services de soins de santé – Nunavut. Rapport du vérificateur général du Canada à l'Assemblée législative du Nunavut — 2017 [en ligne]. 2017. Accès : [https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-270-4\(3\)-FR-OAG-2017-Report-on-Health-Care-Services-in-Nunavut.pdf](https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD-270-4(3)-FR-OAG-2017-Report-on-Health-Care-Services-in-Nunavut.pdf) (consulté en avril 2021).
27. Carrière GM, Tjepkema M, Pennock J, Goedhuis N. Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998–2007. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:18581.
28. Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043) (n° 91-520-X au catalogue) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2019. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.pdf?st=AtO08q7u> (consulté en avril 2021).
29. Xie L, Semenciw R, Mery L. Cancer incidence in Canada: Trends and projections (1983–2032). *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2015;35 Suppl 1:2-186.
30. Partenariat canadien contre le cancer. Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient [en ligne]. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer; 2018. Accès : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/living-with-cancer-report-patient-experience/> (consulté en avril 2021).
31. Organisation mondiale de la Santé. Cancer Prevention [en ligne]. Geneva, Switzerland. Accès : <http://www.who.int/cancer/prevention/en/> (consulté en avril 2021).
32. Poirier AE, Ruan Y, Volesky KD, King WD, O'Sullivan DE, Gogna P, et al. The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: Summary of results. *Prev Med*. 2019;122:140-7.
33. 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 2021).
34. 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); 2016. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-fra.htm> (consulté en avril 2021).
35. Statistique Canada. Tableau 13-10-0096-01. Caractéristiques de la santé, estimations annuelles [en ligne]. Accès : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310009601&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310009601&request_locale=fr)
36. 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://s22438.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/11/Elimination-cervical-cancer-action-plan-FR.pdf> (consulté en avril 2021).

37. Dickinson JA, Stankiewicz A, Popadiuk C, Pogany L, Onysko J, Miller AB. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: National data from 1932 to 2006. *BMC Public Health*. 2012;12:992.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Agence de la santé publique du Canada. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; 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 2021).
42. Etowa J, Hyman I. Unpacking the health and social consequences of COVID-19 through a race, migration and gender lens. *Can J Public Health*. 2021;112(1):8-11.
43. De Vincentiis L, Carr RA, Mariani MP, Ferrara G. Cancer diagnostic rates during the 2020 "lockdown," due to COVID-19 pandemic, compared with the 2018–2019: An audit study from cellular pathology. *J Clin Pathol*. 2021;74(3):187-9.
44. Institut canadien d'information sur la santé. Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2021 : regard sur les 6 premiers mois de la pandémie de COVID-19. Ottawa (Ontario); 2021.

## Statistiques supplémentaires sur la surveillance du cancer

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

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

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

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

## Quels sont les tableaux pertinents et comment les utiliser?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Surveillance des maladies chroniques

L'Agence de la santé publique du Canada héberge une série d'outils interactifs en ligne, notamment des outils de données, des cadres d'indicateurs et des blogues de données, dans son [Infobase de la santé publique](#), qui permet aux utilisateurs d'accéder aux données sur la santé publique et

de les consulter. Il s'agit notamment de [l'outil de données sur le cancer au Canada \(ODCC\)](#), qui fournit des données sur l'incidence et la mortalité du cancer au Canada au fil du temps, par âge et par sexe, pour 22 types de cancer différents et pour tous les cancers confondus. Les autres ressources de l'Infobase de la santé publique comprennent l'outil de données du [Système canadien de surveillance des maladies chroniques \(SCSMC\)](#), qui est une ressource pancanadienne complète sur le fardeau des maladies chroniques et les déterminants connexes, ainsi que les [Indicateurs des maladies chroniques au Canada \(IMCC\)](#). Entre autres indicateurs, l'IMCC fournit le taux d'incidence du cancer, la mortalité, la prévalence et les pratiques de dépistage au fil du

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

## Surveillance du cancer chez les enfants

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

## Rendement du système de lutte contre le cancer

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

renseignements sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le point de vue des patients et la recherche. Des outils et des rapports en ligne sont disponibles à l'adresse suivante : [partnershipagainstcancer.ca/performance-reports](http://partnershipagainstcancer.ca/performance-reports).

## 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!](#)

En 2019, l'étude ComPARE (Risque attribuable du cancer au sein de 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 babillard de données à [prevenir.cancer.ca](http://prevenir.cancer.ca). À l'aide du tableau de bord, les utilisateurs peuvent sélectionner le cancer et le facteur de risque d'intérêt et étudier les données selon l'âge, le sexe et l'année.

## Surveillance du cancer dans le monde

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

- Le [Global Cancer Observatory \(GCO\)](#) est une plateforme Web interactive qui met l'accent sur la visualisation des statistiques sur le cancer pour montrer l'échelle changeante, le profil épidémiologique et les répercussions de la maladie dans le monde.

- La série [Cancer Incidence in Five Continents](#) fournit des données comparables sur l'incidence du cancer dans un éventail de zones géographiques.
- Les publications [Cancer in North America](#) (CiNA) sont produites chaque année pour fournir les statistiques les plus récentes sur l'incidence et la mortalité aux États-Unis et au Canada.
- The [International Cancer Benchmarking Partnership](#) (ICBP) quantifie les différences internationales dans la survie au cancer et met en relief les facteurs qui pourraient influencer sur les variations observées.

[CONCORD](#) est un programme de surveillance mondiale de la survie au cancer. La publication CONCORD la plus récente est CONCORD-3<sup>(2)</sup>.

## Références

1. Agence de la santé publique du Canada [Internet]. Cancer chez les jeunes au Canada: Rapport du système de surveillance accrue du cancer chez les enfants. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2017. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/science-research-data/cancer-young-people-canada-surveillance-2017-fra.pdf> (consulté en avril 2021).
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Niksic M, et al. [Internet]. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. 2018 [updated Jan 30]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29395269>. (accessed April 2021).



### Résumé

#### Participants

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

#### Quelles données ont été utilisées?

- Les données réelles sur l'incidence du cancer qui ont servi à la rédaction de la présente publication correspondaient à la période allant de 1984 à 2017 (sauf pour le Québec, car les données n'étaient disponibles que jusqu'en 2010).
- Les données réelles sur la mortalité par cancer couvraient la période allant de 1984 à 2019.
- Les projections d'incidence du cancer et de mortalité jusqu'en 2021 étaient généralement

basées sur les 25 dernières années de données disponibles. Toutefois, les projections de mortalité étaient fondées sur les données de 1994 à 2018, car l'analyse des projections a commencé avant la publication des données de mortalité de 2019 par Statistique Canada.

- Les analyses de survie étaient basées sur un fichier analytique composé des données du Registre canadien du cancer couplées à des données sur les décès qui couvrait la période de 1992 à 2017.
- Les autres sources de données comprenaient les tables de survie de la population, les estimations de la population et les prévisions de croissance démographique.

#### Quelles approches analytiques ont été utilisées?

- Les estimations de la probabilité à vie de développer et de mourir d'un cancer ont été établies à l'aide du logiciel DevCan<sup>(1)</sup>.
- Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer ont été réalisées à l'aide du logiciel CANPROJ<sup>(2)</sup>.
- Une analyse à l'aide du logiciel Joinpoint a été réalisée pour estimer les tendances de l'incidence<sup>(3)</sup> et de la mortalité<sup>(4)</sup> au fil du temps.
- La survie nette a été calculée à l'aide de l'estimateur Pohar-Perme<sup>(5)</sup>.

### Sources des données

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

Les données réelles sur l'incidence du cancer utilisées dans la présente publication portent sur la période de 1984 à 2017 (à l'exception de celles du Québec, qui portent sur la période de 1984 à 2010). Les données pour les années 1992 à 2017 ont été obtenues à partir du fichier maître des totalisations du RCC<sup>(6)</sup>, publié le 29 janvier 2020 (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 incorporées au RCC.
- Le RCC est une base de données axée sur les personnes, qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada.
- Les estimations de l'incidence sont fondées sur la province ou le territoire de résidence des individus au moment du diagnostic, qui peut différer de la province ou du territoire où le diagnostic a été posé.

- Le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada tient à jour le RCC. Un processus annuel est établi pour détecter et supprimer les enregistrements en double de personnes et de tumeurs. Dans le cas du Québec, les enregistrements en double n'ont pas été supprimés, que ce soit dans le registre québécois ou parmi tous les registres des provinces depuis le dernier processus provincial qui a été complété pour les cas diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2008.
- Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la *Classification internationale des maladies — Oncologie*, troisième édition (CIM-O-3) depuis 1992<sup>(7)</sup>. Les diagnostics de cancer dans le SNDCC (c.-à-d. avant 1992) ont été classés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision (CIM-9)<sup>(8)</sup>.
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)<sup>(9)</sup> relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées pour les cas recensés dans le RCC (voir la section *Problèmes liés aux données et à la méthodologie*) à compter de 1992 pour toutes les provinces sauf l'Ontario, où les règles du CIRC étaient légèrement plus prudentes jusqu'à l'année de diagnostic 2010. Au cours de la période visée par le SNDCC, des règles relatives aux sièges primitifs multiples autorisant un faible pourcentage de cas additionnels ont été utilisées pour d'autres registres, hormis ceux du Québec et de l'Ontario.

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

Les données réelles sur la mortalité utilisées dans cette publication couvrent la période de 1984 à 2019 et ont été obtenues à partir de la base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (BCDECD)<sup>(10)</sup>.

- Les données sur les décès proviennent des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil. Elles sont communiquées régulièrement à Statistique Canada en vue d'être intégrées à la BCDECD.
- Le Centre des données sur la santé de la population de Statistique Canada tient à jour la BCDECD.
- La BCDECD comprend des renseignements sur les données démographiques et la cause du décès pour tous les décès au Canada. Avant l'année de référence 2010, certaines données étaient également recueillies sur les résidents canadiens décédés dans les États américains. Les décès de non-résidents du Canada ne sont pas inclus dans le calcul des statistiques de mortalité de cette publication.
- Les estimations de la mortalité reposent sur la province ou le territoire de résidence de la personne au moment du décès plutôt que sur l'endroit où le décès est survenu.
- Les causes de décès sont classées selon les neuvième et dixième révisions de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) : La CIM-9<sup>(8)</sup> de 1979 à 1999 et la CIM-10 à compter de 2000<sup>(11)</sup>.

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

## Données sur la population : Le Recensement de la population

- Les estimations de la population pour la période de 1984 à 2019 ont été obtenues auprès de Statistique Canada<sup>(12)</sup>. Ces estimations sont intercensitaires définitives jusqu'en 2015, postcensitaires définitives pour 2016, postcensitaires actualisées pour 2017 à 2018 et postcensitaires préliminaires pour 2019.
- Les projections démographiques utilisées pour 2020 et 2021, sont celles qui ont été établies par Statistique Canada et sont fondées sur des hypothèses de croissance moyenne (scénario M1)<sup>(13)</sup>. Le scénario M1 tient compte de la croissance moyenne et des tendances historiques (1991–1992 à 2016–2017) de la migration interprovinciale.
- Toutes les estimations démographiques incluent les résidents non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement et des Canadiens de retour de l'étranger.

## Données sur la survie

- Les analyses de survie ont été effectuées à l'aide du fichier analytique du RCC couplé aux données sur les décès créé par Statistique Canada dans son Environnement de couplage de données sociales<sup>(14)</sup>. Plus précisément, le fichier des totalisations du RCC publié le 29 janvier 2020 a été couplé aux renseignements sur la mortalité complets

jusqu'au 31 décembre 2017.

- Outre les renseignements préexistants sur la mortalité dans le RCC lui-même, des renseignements sur la mortalité ont également été obtenus à partir de la BCDECD<sup>(10)</sup> et des fichiers maîtres personnels T1 (tels qu'ils sont déclarés dans les déclarations d'impôts). L'utilisation des renseignements sur les décès figurant dans les déclarations de revenus a permis de définir d'autres événements de décès qui n'auraient peut-être pas été inclus dans la BCDECD (par exemple, les décès survenus à l'extérieur du Canada)<sup>(15)</sup>.
- Le fichier d'analyse suit les règles de codage des tumeurs primaires multiples du CIRC<sup>(9)</sup>.
- La durée de survie a été mesurée en jours entre la date du diagnostic et la date du décès, le cas échéant; sinon, jusqu'à la fin de l'année 2017.
- Pour une mise en correspondance plus précise de l'âge obtenu et de l'année civile obtenue avec les probabilités de survie attendues lors du suivi des personnes atteintes de cancer, le fichier analytique du RCC couplé aux données sur les décès comprend des variables pour l'âge au moment du diagnostic et l'année du diagnostic, précises jusqu'à la troisième décimale.
- De plus amples renseignements sur le processus de couplage et sur le fichier analytique lié aux décès qui en résulte sont fournies dans le guide de l'utilisateur de ce fichier, qui est disponible [sur demande](#).

## Survie attendue

- On a obtenu les probabilités de survie attendues nécessaires au calcul de la survie nette principalement à partir de tables de survie

annuelles nationales ou provinciales, complètes et propres au sexe<sup>(16)</sup>.

- Comme on ne disposait pas de tables de survie complètes pour l'Île-du-Prince-Édouard ou les territoires, les pourcentages attendus de cas de survie pour ces endroits ont été calculés, jusqu'à l'âge de 99 ans, à partir de tables abrégées pour le Canada et les juridictions visées<sup>(17)</sup> et des valeurs des tables de mortalité canadiennes complètes<sup>(16)</sup> au moyen d'une méthode proposée par Dickman et coll<sup>(18)</sup>. Pour les âges de 100 à 109 ans, dans les cas où il n'était pas possible de procéder de cette manière pour certaines juridictions, les valeurs complètes des tables de survie canadiennes ont été utilisées directement.

## Définitions des cancers

- Les cas de cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9<sup>(8)</sup> avant 1992 et la CIM-O-3<sup>(7)</sup> par la suite. Les décès par cancer ont été définis selon les catégories établies dans la CIM-9<sup>(8)</sup> avant 2000 et la CIM-10<sup>(11)</sup> pour les années suivantes. Le [tableau A1](#) présente les codes de la CIM-9, la CIM-O-3 et la CIM-10 utilisés pour définir les cas de cancer et les décès par type de cancer pour la présente publication.
- Certaines de ces définitions ont légèrement changé au fil du temps. Les [tableaux A2-1](#) et [A2-2](#) font état des changements survenus depuis la parution de l'édition de 2004 de la présente publication.
- Un nouveau groupe de cancers – les cancers de la tête et du cou – a été inclus dans cette édition de la publication. Ce groupe englobe les catégories des cancers de la bouche (c'est-

## Population canadienne type de 2011

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

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

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

à-dire des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx) et du larynx précédemment déclarées. Elle inclut également les cancers des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinus accessoires, qui étaient auparavant inclus dans la catégorie « tous les autres cancers ». Le groupe des cancers de la tête et du cou ne comprend pas le cancer de la thyroïde, qui demeure une catégorie indépendante.

- À la [figure 1.4](#) et au [tableau 3.3](#), les nouveaux cas de cancer chez les enfants (âgés de 0 à 14

ans) ont été classés et déclarés conformément à la version mise à jour par le programme Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER)<sup>(19)</sup> de l'*International Classification of Childhood Cancer, Third Edition (ICCC-3)*, soit la classification internationale des cancers chez l'enfant, 3e édition<sup>(20)</sup>. Cette mise à jour a été effectuée pour mieux répondre aux nouveaux codes morphologiques présentés par l'Organisation mondiale de la santé<sup>(21)</sup>. Ce système de classification convient mieux à la déclaration des cancers infantiles, car il tient compte des principales différences entre les cancers qui se développent pendant l'enfance et ceux qui se développent plus tard. Les tumeurs non malignes ont été exclues.

## Méthodologie

### Taux d'incidence et de mortalité

- Après les avoir extraites des registres de mortalité ou d'incidence pertinents, nous avons classé les déclarations provenant de chaque province ou territoire selon l'année du diagnostic ou du décès et selon le sexe, la tranche d'âge de cinq ans (p. ex. 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, ..., 85 à 89 ans et 90 ans et plus) et le type de cancer.
- Nous avons calculé les taux pour chaque catégorie en divisant le nombre de cas ou de décès dans chaque catégorie (c.-à-d. province, année, sexe, groupe d'âge, type de cancer) par les effectifs de population correspondants. C'est à partir de ces résultats 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 disposait de données réelles.

- Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés à l'aide de la méthode directe qui consiste à pondérer les taux selon l'âge pour chaque tranche d'âge de cinq ans, en fonction de la répartition par âge de la population canadienne type de 2011 (voir tableau ci-dessus). À la différence des éditions précédentes de cette publication, antérieures à 2020, tous les taux normalisés selon l'âge étaient basés sur 19 groupes d'âge.

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

Les tendances illustrées à la figure 4.4 ont été calculées de la façon suivante :

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

- Ligne inférieure (en pointillé) : nombre observé de cas de cancer ou de décès chez les Canadiens, les deux sexes combinés, en 1984.

### Projection des taux, des cas incidents et des décès pour 2021

Le logiciel CANPROJ programmé en langage R a été utilisé pour produire des projections annuelles des taux, des cas incidents et des décès. Six options sont disponibles dans CANPROJ, dont quatre modèles de régression et deux méthodes fondées sur des moyennes. Tous les modèles de régression reposent sur la fonction de liaison 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 âge-cohorte; les modèles hybrides qui tiennent compte des effets de l'âge et de la période (selon l'âge ou communs à tous les âges); le modèle hybride qui ne tient compte que de l'âge (équivalent à une moyenne à long terme); et la méthode de la moyenne sur cinq ans.

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

Tous les modèles incluaient un facteur d'âge. Le nombre de groupes d'âge utilisés est passé de 18 à 19 cette année, avec la désagrégation du groupe des plus de 85 ans en groupes de 85 à 89 ans et de 90 ans et plus. Les tendances du taux d'incidence et du taux de mortalité selon l'âge

ont ensuite été extrapolées à 2021. Les nombres projetés de cas de cancer et de décès en 2021 ont été calculés en multipliant ces taux extrapolés par les chiffres de population projetés pour 2021, par sexe, par âge et par province.

### Sélection des « meilleures » projections

Le processus de sélection des « meilleurs » nombres de cas 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 pour 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 (nombres de cas et taux normalisés selon l'âge) ont été transmises aux représentants des registres provinciaux et territoriaux du cancer pour approbation.
- Si un représentant d'un registre provincial ou territorial n'était pas d'accord avec une estimation en raison de projections à l'interne, de sa connaissance des tendances locales ou de son

accès à des données plus récentes, il pouvait fournir cette information au comité pour examen.

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

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

### Projections relatives à l'incidence au Québec

Comme les données sur l'incidence du cancer étaient disponibles seulement jusqu'en 2010 pour le Québec, une autre méthode de projection a été utilisée pour estimer les cas et les taux propres au Québec pour la période de 2011 à 2021. Plus précisément :

- Les facteurs de correction selon le sexe, l'âge et le cancer ont été calculés en tant que ratio des estimations selon le sexe, l'âge et le cancer pour le Québec par rapport au Canada (à l'exception du Québec) pour les années 2006 à 2010.
- Les taux réels (2011 à 2017) et projetés (2018 à 2021) au Canada qui excluaient le Québec selon l'année, le sexe et le groupe d'âge de cinq ans ont été appliqués à la population québécoise de 2011 à 2021 pour estimer les nombres de cas préliminaires propres au Québec.

- Les facteurs de correction ont été appliqués aux dénombrements préliminaires propres au Québec pour produire les nombres de cas et les taux utilisés pour la présente publication.

Cette méthode suppose que le ratio des taux entre le Québec et le reste du Canada est demeuré constant dans le temps, ce qui n'est peut-être pas le cas. Compte tenu des hypothèses formulées pour cette analyse, il faut faire preuve d'une plus grande prudence dans l'interprétation des données projetées du Québec. Les limites concernant la sous-déclaration du mélanome et du cancer de la prostate au Québec<sup>(22)</sup> notées dans les éditions précédentes de cette publication ont été traitées de manière simple pour les projections de 2021. L'ampleur de la sous-déclaration de ces cancers a été estimée à l'aide des estimations préliminaires du Québec pour 2011 (disponibles à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf>). La méthodologie décrite ci-dessus a été appliquée et les nombres de cas résultants ont été multipliés par un facteur de correction supplémentaire correspondant au rapport entre les nombres de cas du Registre du cancer du Québec de 2011 et ceux du RCC de 2010 pour toutes les années imputées (2011 à 2021).

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

## Projections combinées

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

## Arrondissement en vue de la publication des résultats

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

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

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

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

## Précision des projections pour 2021

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 nombres de cas et de taux doivent être interprétées avec prudence, surtout pour les petites provinces et les territoires, car elles peuvent ne pas être statistiquement significatives.

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

- À l'aide du programme Joinpoint<sup>(4)</sup>, nous avons calculé la VAP de chaque type de cancer en ajustant un modèle de régression linéaire par morceaux et en supposant un taux de variation constant du logarithme des taux annuels normalisés selon l'âge pour chaque segment. Les modèles tenaient compte des erreurs types estimées des taux annuels normalisés selon l'âge. Les tests de signification ont été effectués à l'aide de la méthode de permutation de Monte Carlo. Enfin, la pente estimée à partir de ce modèle a été de nouveau transformée pour exprimer la variation annuelle en pourcentage du taux.
- L'analyse selon le modèle Joinpoint a été appliquée aux taux annuels normalisés selon l'âge (1984 à 2017 pour l'incidence, et 1984 à 2019 pour la mortalité) afin de déterminer les années où la VAP a considérablement changé. Ces années sont appelées « points de retournement ».

- Après consultation, 1984 a été choisie comme année initiale parce que la qualité des données est jugée bonne pour l'ensemble des provinces et territoires à compter de cette année.
- Les données du Québec ont été exclues de l'analyse des tendances de l'incidence, parce que les cas diagnostiqués à partir de 2011 n'avaient pas été soumis au RCC. Les taux d'incidence du cancer imputés pour le Québec de 2011 à 2017 n'ont pas été utilisés pour remplacer les données manquantes.
- La période minimale de données pour l'établissement de la tendance a été fixée à cinq années. Ainsi, la période de tendance la plus récente possible dans cette étude était de 2013 à 2017 pour l'incidence, et de 2015 à 2019 pour la mortalité. Un maximum de cinq points de jonction a été autorisé. Un modèle d'erreurs non corrélées a été choisi pour les options d'erreurs autocorrélées et le test de permutation a été utilisé pour la sélection du modèle.
- L'année correspondant au point de retournement le plus récent détecté (année de référence) et la VAP pour les années suivant le point de retournement sont présentées aux [tableaux 1.6](#) et [2.6](#), de même qu'aux [figures 1.7](#) et [2.7](#). En l'absence d'un point de retournement, l'année de référence est 1984.
- 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 sur des périodes précises, la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) a été calculée pour toute la période (de 1984 à 2017 ou de 1984 à 2019) et les 10 années les plus récentes (de 2008 à 2017 ou de 2010 à 2019). La VAMP est calculée comme étant la moyenne pondérée des VAP durant la période indiquée, les poids correspondant à la proportion de la période que représente chaque VAP.
- L'incidence du cancer de la vessie incluait les carcinomes *in situ*, qui sont considérés comme invasifs aux fins de la déclaration de l'incidence par l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les carcinomes *in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 à 2017. 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 reflète pas la tendance sous-jacente<sup>(23)</sup>.

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

Les probabilités brutes de développer un cancer ou d'en mourir ont été calculées à l'aide de l'application logicielle DevCan<sup>(4)</sup>. À l'aide de données transversales sur les diagnostics de cancer, les décès par cancer, l'ensemble des décès décès et les estimations de population, DevCan utilise la modélisation statistique pour calculer la probabilité de développer un premier cancer pendant un intervalle d'âge, à condition d'être en vie et sans cancer au début de l'intervalle d'âge, ainsi que la probabilité de mourir d'un cancer<sup>(4)</sup>.

Les estimations relatives à la probabilité de développer un cancer ou d'en mourir sont basées sur une cohorte hypothétique de 10 000 000 de 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 du Canada (à l'exclusion du Québec) en 2017 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 n'a pas pu être inclus, car les données d'incidence n'étaient disponibles que jusqu'en 2010. Le nombre de décès a été arrondi à la base 5 pour la probabilité de développer un cancer et de mourir d'un cancer (ci-dessous), afin

de respecter l'entente relative à l'échange des données entre Statistique Canada et l'ASPC.

- 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 de 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 du Canada (à l'exclusion du Québec) en 2019 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).

- 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 de 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)

Les APVP ont été calculées 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 2017 à 2019 combinées à l'aide des données de la BCDECD.

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

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

## Survie

### Inclusions et exclusions

- Les nouveaux cancers primaires diagnostiqués chez les personnes âgées de 15 à 99 ans ont été initialement inclus. Les cas ont été définis sur la base de la *Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition*<sup>(7)</sup> et

classés selon les définitions de regroupement du programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results)<sup>(24)</sup>.

- Les cas de la province du Québec ont été exclus, parce que les données sur l'incidence du cancer de cette province n'ont pas été soumises au RCC depuis l'année de données 2010. Ensuite, les cas pour lesquels le diagnostic avait été établi par autopsie seulement ou par certificat de décès seulement, ou pour lesquels un décès avait été établi mais où l'année du décès était inconnue, ont été exclus.
- L'ensemble de données a ensuite été restreint aux premiers cancers primaires par personne par cancer individuel, ou par groupe de cancers lorsque les cancers individuels sont regroupés à des fins de déclaration (par exemple, les cancers colorectaux, les cancers de la tête et du cou, les leucémies et les cancers du cerveau et autres cancers du système nerveux), diagnostiqués de 1992 à 2017<sup>(25-28)</sup>.
- Les analyses de survie au cancer chez l'enfant ont été menées séparément sur les nouveaux cancers primaires malins chez les enfants âgés de 0 à 14 ans au moment du diagnostic. Les cas ont été classés selon la mise à jour du programme SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results)<sup>(19)</sup> de la *Classification internationale du cancer chez les enfants, troisième édition (ICCC-3)*<sup>(20)</sup>. La mise à jour répondait aux nouveaux codes morphologiques introduits par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>(21)</sup>. Pour 19 cas ayant un code histologique 8963 (tumeur rhabdoïde maligne) et un code topographique C71 (cerveau) qui n'auraient autrement pas été associés à un groupe de diagnostic, le code histologique a été remplacé par 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 la survie observée ont été présentées pour l'analyse des cancers chez les enfants. Sinon, les probabilités de survie nette ont été rapportées. Les deux statistiques ont été exprimées en pourcentages.
- Les estimations de l'analyse de survie non normalisée (brute) ont été établies à l'aide d'un algorithme<sup>(29)</sup> auquel Ron Dewar du programme de soins oncologiques de la Nouvelle-Écosse (Dewar R, 2020, communication par courriel, 22 juin) a ajouté l'estimateur de Pohar Perme de la survie nette<sup>(5)</sup> à l'aide de l'approche de transformation des risques.
- 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 vu attribuer une survie d'un jour, parce que le programme exclut automatiquement les cas comportant une survie de 0 jour. L'exclusion 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 se prolongeait

sur 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 un cadre de survie relative requiert que le taux de mortalité non lié au cancer au sein d'un groupe de personnes chez qui l'on a diagnostiqué un cancer soit le même que celui de la table de survie fondée sur la population<sup>(30)</sup>. Pour mieux satisfaire à cette hypothèse, les données sur la survie attendue utilisées dans le calcul de la survie nette pour le cancer colorectal, de la prostate et le cancer du sein chez les femmes ont été rajustées pour tenir compte des taux de mortalité par cancer dans la population générale<sup>(31-33)</sup>. Dans chaque cas, la proportion de décès chez les résidents canadiens attribuables au cancer, selon le sexe, le groupe d'âge de cinq ans et l'année de décès, a été utilisée aux fins du rajustement. Des estimations provinciales de la mortalité ont été utilisées pour les personnes de 55 à 59 ans et les groupes d'âge plus avancés. Autrement, des estimations nationales ont été utilisées<sup>(34)</sup>.
- La survie nette conditionnelle à cinq ans<sup>(35,36)</sup> a été calculée en fonction de la survie nette à cinq ans en utilisant uniquement les données des personnes qui avaient survécu au moins un an après le diagnostic. Autrement dit, les estimations de la survie pour une période supplémentaire de quatre ans chez les personnes qui avaient déjà survécu un an.
- Les estimations de la survie auxquelles sont associées des erreurs types supérieures à 0,10 ont été omises. Les estimations auxquelles sont associées des erreurs types supérieures à 0,05, mais inférieures ou égales à 0,10 sont indiquées en italique.

## Survie prévue

- Les estimations de survie prévues pour la période la plus récente – généralement de 2015 à 2017, mais de 2013 à 2017 pour le cancer chez les enfants – ont été calculées à l'aide d'une analyse par période<sup>(37)</sup>. L'approche par période de l'analyse de survie fournit des prévisions actualisées de la survie au cancer<sup>(38)</sup>, car les estimations réelles de survie à long terme pour les personnes diagnostiquées 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 basées sur l'hypothèse selon laquelle les personnes diagnostiquées au cours de la période d'intérêt connaîtront les probabilités de survie conditionnelles les plus récemment observées.
- Les évaluations empiriques de l'analyse par 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<sup>(38-40)</sup>. Lorsque la survie est généralement croissante (ou décroissante), une estimation de période a tendance à être une prévision prudente de la survie qui est finalement observée<sup>(39,41)</sup>.
- La méthode de la cohorte a été utilisée pour

obtenir des estimations non prédictives (réelles) de la survie pour la période de 1992 à 1994.

## Normalisation selon l'âge

- Les estimations normalisées selon l'âge pour chaque groupe de cancer ont été calculées par la méthode directe en tant que moyenne pondérée des estimations propres à l'âge pour ce cancer en particulier. Pour les cancers individuels, on a utilisé les poids normalisés de survie par cancer au Canada<sup>(34)</sup>. Pour les cinq 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 à 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 dans le cadre de l'étude EURO CARE-2<sup>(42)</sup> est fournie sous forme de données supplémentaires en ligne seulement ([tableau S3.1](#)).
- Les erreurs types pour les estimations normalisées selon l'âge ont été estimées en prenant la racine carrée de la somme des carrés des erreurs types pondérées selon l'âge.

## Tous cancers confondus

- Dans l'analyse de la survie au cancer, tous cancers confondus, les estimations de la survie nette normalisées selon l'âge pour les deux sexes combinés ont été calculées comme la somme pondérée des estimations de la survie

nette normalisée selon l'âge par sexe et par cancer non arrondies. Ces estimations sont appelées estimations de l'indice de survie nette au cancer (ISNC)<sup>(43)</sup>.

- Les estimations de la survie nette au cancer 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 de la survie nette au cancer sont fournies ailleurs<sup>(43)</sup>.
- 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 sans autre indication qui ont été combinées.
- La survie nette au cancer 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 infantiles combinés ont été calculées comme une moyenne pondérée des estimations

en fonction du sexe et du groupe de diagnostic. Les pondérations utilisées étaient basées sur la distribution des groupes analogues 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'exclusion du Québec, de 2010 à 2014<sup>(15)</sup>.

- Les pondérations normalisées des groupes analogues 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 confirmation des cas, y compris le couplage aux registres de mortalité provinciaux et territoriaux, a amélioré l'enregistrement des cas de cancer ainsi que la comparabilité des données aux quatre coins du pays. Malgré tout, certains problèmes demeurent :

- Le fichier analytique utilisé pour les analyses de l'incidence du cancer ne comprend pas les cas diagnostiqués dans la province du Québec à partir de 2011, car ces cas n'avaient pas été soumis au Registre canadien du cancer.
- Les tumeurs bénignes et à la limite de la malignité et les cancers *in situ* ne sont pas

systematiquement enregistrés ou déclarés, sauf dans le cas des cancers *in situ* de la vessie, qui sont considérés comme invasifs aux fins de la déclaration de l'incidence pour l'ensemble des provinces et territoires. Au moment de l'analyse, les données sur les cancers *in situ* de la vessie en Ontario étaient limitées à la période de 2010 à 2017.

- Dans les éditions précédentes, on indiquait qu'il était possible qu'il y ait sous-déclaration des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) en raison des liens insuffisants établis entre les données sur le cancer et les données sur la mortalité. Le Registre du cancer de T.-N.-L. a mis en place des processus de confirmation des décès afin d'optimiser l'exactitude des données et a amélioré les procédures de déclaration des cas dans les régions infraprovinciales auparavant associées à une sous-déclaration des cas. Les améliorations apportées au Registre du cancer de T.-N.-L. ont entraîné une meilleure détermination des cas à partir de 2006. Toutefois, la sous-déclaration persiste dans cette province pour les années antérieures à 2006. Par exemple, le nombre total de cas signalés au RCC par T.-N.-L. pour 2005 est inférieur de 21 % au nombre correspondant pour 2006.
- Comme le registre du Québec dépend principalement des données d'hôpitaux pendant la période comprise dans la présente publication, le nombre de cas de certains cancers est sous-estimé, surtout pour ceux dont les renseignements diagnostiques proviennent des rapports de pathologie. Le cancer de la prostate, le mélanome et le cancer de la vessie sont particulièrement concernés<sup>(44)</sup>. Les projections de 2021 pour ces types de cancer pourraient être sous-estimées parce qu'une

augmentation des cas dans les registres est prévue en raison de l'inclusion des rapports de pathologie dans les données à partir de 2011 (ces données ne sont pas encore disponibles).

- Au moment de la publication, aucun cas de certificat de décès seulement (CDS) n'avait été signalé au RCC en Ontario en 2017, au Manitoba de 2013 à 2017 et au Québec en 2010. Les cas de CDS pour l'Ontario ont été imputés en assignant de façon aléatoire les cas de CDS diagnostiqués pour la période de 2014 à 2016 jusqu'à la période de 2017 à 2019 et en ne conservant que 2017. On a estimé les cas de CDS au Manitoba en utilisant les cas de CDS diagnostiqués de 2008 à 2012 et en les assignant de façon aléatoire à la période de 2013 à 2017. Les CDS pour le Québec ont été imputés en assignant de façon aléatoire les cas de CDS diagnostiqués pour la période de 2007 à 2009 jusqu'à la période de 2010 à 2012 et en ne conservant que 2010. Ces cas de CDS étaient tous présumés être des premiers diagnostics de cancer pour calculer la probabilité de développer un cancer.
- En octobre 2014, l'Ontario a mis en œuvre un nouveau système de déclaration des cas de cancer. Le nouveau système comporte plusieurs améliorations qui permettent de repérer les cas de cancer qui n'avaient pas été enregistrés auparavant. Il s'agit notamment de l'utilisation de règles plus libérales pour le dénombrement des sièges primaires multiples, de l'utilisation d'enregistrements sources supplémentaires et de l'inclusion d'enregistrements qui n'étaient pas inclus auparavant. Le nouveau système a appliqué ces changements rétrospectivement à l'année de diagnostic 2010 et par la suite. Le

nombre relatif de cas de certains types de cancer — dont le cancer de la vessie, le lymphome non hodgkinien, la leucémie, le myélome multiple, le mélanome et le cancer de l'estomac — déclarés au RCC par l'Ontario a augmenté considérablement après la mise en œuvre du nouveau système, tandis que pour de nombreux autres types de cancer étudiés dans la présente publication, il n'y avait guère de changement.

- Les cancers de la peau autres que le mélanome malin (tumeurs SAI; tumeurs épithéliales SAI; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires) ne sont pas inclus parce que la plupart des registres provinciaux et territoriaux du cancer ne recueillent pas les données sur l'incidence de ces types 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 cliniques dermatologiques.
- Certains registres provinciaux et territoriaux du cancer transmettent avec un certain retard l'ensemble des cas pour une période de référence à Statistique Canada en raison du moment de la collecte et/ ou de la production de rapports dans leur propre système<sup>(6)</sup>. Les cas soumis tardivement sont souvent déclarés l'année suivante et les cas manquants sont ajoutés à l'année de diagnostic pertinente. En général, le retard de déclaration pour l'année la plus récente se situe entre 2 % et 3 % à l'échelle nationale, ce qui peut avoir une incidence sur les estimations contenues dans la présente publication.

## Sièges primaires multiples

- Il existe deux systèmes de règles visant à déterminer si un deuxième cancer ou un cancer subséquent doit être considéré comme un nouveau cancer primaire, par opposition à une rechute ou à un enregistrement en double 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 tumeurs primaires multiples pour un même siège de cancer.
- Bien que toutes les provinces et tous les territoires déclarent maintenant les cas de cancer en suivant les règles du SEER relatives aux tumeurs primaires multiples, certains ne l'ont pas toujours fait. Comme le présent document se fonde sur des données historiques, celles-ci ont été assujetties aux règles du CIRC pour toutes les régions. Par conséquent, les nombres de cancers de certaines provinces peuvent sembler plus faibles dans la présente publication que ceux qu'indiquent les rapports provinciaux. L'ampleur de l'écart entre les deux systèmes varie selon la province, le type de cancer, le sexe et l'année du diagnostic. Par exemple, des analyses réalisées par l'Agence de la santé publique du Canada à l'aide des données du RCC ont démontré que la Colombie-Britannique rapporterait approximativement 6 % plus de cancers du sein chez la femme en vertu des règles du SEER,

qu'en vertu des règles du CIRC, pour les cancers diagnostiqués en 2010<sup>(45)</sup>. En ce qui a trait au mélanome chez l'homme, en Colombie-Britannique, le nombre de nouveaux cas en 2010 était, en vertu des règles du SEER, environ 8 % plus élevé que celui établi suivant les règles du CIRC. Dans un document récent provenant des États-Unis sur les données du programme SEER, on signale des différences similaires entre les statistiques établies à partir des règles du SEER et celles qui sont fondées à partir des règles du CIRC<sup>(46)</sup>. On examine également les effets 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 transmise aux registres du cancer qui proviennent de sources cliniques et de rapports de pathologie. 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 :

- Les statistiques de mortalité par cancer du foie présentées dans cette publication excluent le cancer du foie, sans précision (C22.9). Cette décision était fondée sur des analyses non publiées réalisées par l'Agence de la santé publique du Canada indiquant qu'un nombre significatif de décès inscrits au RCC non associés à un cancer du foie primaire déclaré avaient pour cause sous-jacente de décès la

catégorie C22.9, soit le foie, sans autre indication. En d'autres termes, la catégorie C22.9 englobe probablement un nombre important de décès causés par des cancers qui ont entraîné des métastases au foie. Néanmoins, étant donné que la catégorie C22.9 contient également des décès dus à un cancer du foie primaire, son exclusion de la définition de la mortalité due au cancer du foie utilisée dans la présente publication donne lieu à une sous-estimation des décès dus au cancer du foie. L'effet de l'ajout du cancer du foie, sans autre indication (C22.9) à l'actuelle définition de la mortalité par cancer du foie pourrait être considérable : le nombre de décès par cancer du foie connaîtrait, au Canada, en 2012, une augmentation d'environ 45,9 % (de 1 059 à 1 545 décès). Ainsi, la méthode de définition de la mortalité par cancer du foie devrait être explicitée, avant de procéder à des comparaisons entre les différentes publications. Par exemple, le code C22.9 est inclus dans la présentation des statistiques sur la mortalité par cancer du foie et du canal biliaire intrahépatique dans la publication annuelle SEER Cancer Statistics in Review<sup>(23)</sup>. Il est également inclus dans la présentation des statistiques sur la mortalité par cancer du foie dans la publication annuelle Cancer in North America (CINA)<sup>(47)</sup>. Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer continue d'examiner cette question afin de choisir la définition à utiliser pour les futures publications.

- Le fichier analytique utilisé pour l'analyse de la mortalité n'incluait pas les décès du Yukon pour la période de 2017 à 2019, car ces données n'avaient pas encore été communiquées à la BCDECD au moment de la publication du

fichier. Cela a nécessité l'imputation des décès par cancer au Yukon pour ces trois années de données. Pour ce faire, on a assigné de façon aléatoire les décès par cancer dans ce territoire de la période allant de 2012 à 2016 à la période allant de 2017 à 2021, puis on a conservé uniquement les données de 2017 à 2019.

## Survie

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

## Références

- National Cancer Institute. DevCan: Probability of developing or dying of cancer software, Version 6.7.4. Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications; 2012.
- Qiu Z, Hatcher J. CANPROJ—The R package of cancer projection methods based on generalized linear models for age, period, and/or cohort. Alberta: Alberta Health Services: Technique Report for Cancer Projections Network (C-Proj); 2011.
- Joinpoint Regression Program. Version 4.7.0.0. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program. National Cancer Institute; 2019.
- Joinpoint Regression Program. Version 4.6.0.0. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program. National Cancer Institute; 2019.
- Perme MP, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. *Biometrics*. 2012;68(1):113-20.
- Statistique Canada. Registre canadien du cancer [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2021. Accès : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3207) (consulté en avril 2021).
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D, et al. (dir). Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition, première révision. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2013.
- Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, neuvième 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: IARC; 2004.
- Statistique Canada. Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil - Décès (BCDECD) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2021. Accès : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233) (consulté en avril 2021).
- Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Volumes 1 à 3. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 1992.
- Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires [en ligne]. N° 91-215-X au catalogue. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2020. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/91-215-x2016000-fra.pdf> (consulté en avril 2021).
- Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2018 à 2043) (no 91-520-X au catalogue) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2019. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-520-x/91-520-x2019001-fra.pdf?st=AtO08gU> (consulté en avril 2021).
- Statistique Canada. Environnement de couplage de données sociales (ECDS) [en ligne]. Accès : <https://www.statcan.gc.ca/fra/ecds/index> (consulté en avril 2021).
- 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):3-15.
- Statistique Canada. Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 2016 à 2018 (no 84-537 au catalogue) [en ligne]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/84-537-X> (consulté en avril 2021).
- Statistique Canada. Special request tabulation completed by demography division. Ottawa, ON: Statistics 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. International Classification of Childhood Cancer (ICCC) Recode ICD-O-3/WHO 2008. Bethesda, MD: Surveillance Epidemiology, and End Results Program (SEER) [en ligne]; 2008. Accès : <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-who2008.html> (consulté en avril 2021).
- Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, Third edition. *Cancer*. 2005;103(7):1457-67.
- Swerdlow SH, Campo E, Harris NL. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
- Gouvernement du Québec. Registre québécois du cancer. Incidence du cancer au Québec pour l'année 2011 : données préliminaires et considérations méthodologiques [en ligne]. Québec (Québec); 2018. Accès : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf> (consulté en avril 2021).
- Chen HS, Zeichner S, Anderson RN, Espey 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 [en ligne]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2021. Accès : [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2018/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2018/) (consulté en avril 2021).
- 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, Estève J, Elooranta S, Coleman MP, Rachet B. Cancer incidence, survival and mortality: explaining the concepts. *Int J Cancer*. 2014;135(8):1774-82.
- Dickman PW. Estimating and modelling relative survival using SAS [en ligne]. Accès : <http://www.pauldickman.com/software/sas/> (consulté en avril 2021).
- Lambert PC, Dickman PW, Rutherford MJ. Comparison of different approaches to estimating age standardized net survival. *BMC Med Res Methodol*. 2015;15:64.
- Ellison LF. *Ajustement des estimations de la survie relative en fonction de la mortalité par cancer dans l'ensemble de la population*. Rapports sur la santé. 2014; 25(11):3-9.
- 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):10-18.
- 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):19-30.
- Ellison LF. An empirical evaluation of period survival analysis using data from the Canadian Cancer Registry. *Ann Epidemiol*. 2006;16(3):191-6.
- 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.
- 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.
- 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.
- Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*. 2004;40(15):2307-16.
- Ellison LF. L'indice de survie au cancer : mesurer les progrès au chapitre de la survie au cancer pour aider à évaluer les mesures de lutte contre le cancer au Canada. Rapports sur la santé. 2021; 32(9):14–26.
- Brisson J, Major D, Pelletier E. Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec. Québec (Québec) : Institut national de santé publique du Québec; 2003.
- Zakaria D. The impact of multiple primary rules on cancer statistics in Canada, 1992 to 2012. *J Registry Manag*. 45(1):8-20.
- Weir HK, Johnson CJ, Ward KC, Coleman MP. The effect of multiple primary rules on cancer incidence rates and trends. *Cancer Causes Control*. 2016;27(3):377-90.
- Sherman R, Firth R, Charlton M, et al. Cancer in North America: 2013–2017. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries.

TABLEAU A1 Définitions des cancers

Cancer	Siège/type CIM-O-3	CIM-9	CIM-10	CIM-9
	Incidence (1992 à 2017)	Incidence (1984 à 1991)	Mortalité (2000 à 2019)	Mortalité (1984 à 1999)
Tête et cou	C00–C14, C30–C32.9	140-149, 160, 161	C00–C14, C30–C32	140-149, 160, 161
Œsophage	C15	150	C15	150
Estomac	C16	151	C16	151
Colorectal	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0, 154.1	C18–C20, C26.0	153, 159.0, 154.0, 154.1
Foie	C22.0	155.0	C22.0, C22.2–C22.4, C22.7	155.0
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
Mélanome	C44 (Type 8720–8790)	172	C43	172
Sein	C50	174, 175	C50	174, 175
Col de l'utérus	C53	180	C53	180
Utérus (corps, SAI)	C54–C55	179, 182	C54–C55	179, 182
Ovaire	C56.9	183.0	C56	183.0
Prostate	C61.9	185	C61	185
Testicule	C62	186	C62	186
Vessie (y compris <i>in situ</i> pour l'incidence)	C67	188, 233.7	C67	188
Rein et bassinnet du rein	C64.9, C65.9	189.0, 189.1	C64–C65	189.0, 189.1
Encéphale/SNC	C70–C72	191, 192	C70–C72	191, 192
Glande thyroïde	C73.9	193	C73	193
Lymphome de Hodgkin*	Type 9650–9667	201	C81	201
Lymphome non hodgkinien*	Type 9590–9597, 9670–9719, 9724–9729, 9735, 9737, 9738	200, 202.0–202.2, 202.8, 202.9	C82–C86	200, 202.0–202.2, 202.8, 202.9
	Type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 all sites except C42.0, C42.1, C42.4			
Myélome multiple*	Type 9731, 9732, 9734	203.0, 238.6	C90.0, C90.2, C90.3	203.0, 238.6
Leucémie*	Type 9733, 9742, 9800–9801, 9805–9809, 9820, 9826, 9831–9836, 9840, 9860–9861, 9863, 9865–9867, 9869–9876, 9891, 9895–9898, 9910, 9911, 9920, 9930–9931, 9940, 9945–9946, 9948, 9963–9964	204.0, 204.1, 205.0, 207.0, 207.2, 205.1, 202.4, 204.2, 204.8, 204.9, 205.2, 205.3, 205.8, 205.9, 206.0, 2061, 206.2, 206.8, 206.9, 203.1, 207.1, 207.8, 2080, 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, 2061, 206.2, 206.8, 206.9, 203.1, 207.1, 207.8, 2080, 208.1, 208.2, 208.8, 208.9
	Type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 sites C42.0, C42.1, C42.4			
Tous les autres cancers	Tous les sièges C00–C80 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges 140–209 non mentionnés ci-dessus	Tous les sièges C00–C80 non mentionnés ci-dessus, C97	Tous les sièges 140–209 non mentionnés ci-dessus
Tous les cancers	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs	Tous les sièges invasifs

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication

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

**Nota :** La CIM-O-3 est la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition<sup>(7)</sup>. La CIM-10 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision<sup>(11)</sup>. La CIM-9 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision<sup>(8)</sup>.

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

	Nouvelle définition	Année de la modification	Ancienne définition
Vessie	CIM-O-3 C67 (y compris les cancers <i>in situ</i> , sauf pour l'Ontario, qui n'a pas déclaré de cas de cancer <i>in situ</i> de la vessie avant 2010)	2006	CIM-O-3, C67 (à l'exclusion des cancers <i>in situ</i> )
Colorectal	CIM-O-3 C18–C20, C26.0	2011	CIM-O-3 C18–C21, C26.0
Rein et bassinnet du rein	CIM-O-3 C64–C65	2008	CIM-O-3 C64–C66, C68
Poumon et bronches	CIM-O-3 C34	2008	CIM-O-3 C33–C34 (avant 2006)
			CIM-O-3 C34 (en 2006)
			CIM-O-3 C33–C34 (en 2007)
Ovaire	CIM-O-3 C56	2006	CIM-O-3 C56, C57.0–C57.4

**Nota :** Les cancers de la vessie, colorectal, du rein, du poumon et de l'ovaire ne comprennent pas les types histologiques 9590 à 9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi). La CIM-O-3 est la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition<sup>(7)</sup>.

**Nota :** À partir de 2021, cette publication rend compte d'une nouvelle catégorie de cancer : les cancers de la tête et du cou comprennent les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx précédemment associés à la catégorie « cancers de la bouche », ceux du larynx (qui avaient précédemment leur propre catégorie), ainsi que les cancers de la cavité nasale et de l'oreille moyenne, et les cancers des sinus accessoires (qui faisaient précédemment partie de la catégorie « tous les autres cancers »).

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

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

**Nota :** La CIM-10 est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision<sup>(11)</sup>.

**Nota :** À partir de 2021, cette publication rend compte d'une nouvelle catégorie de cancer : les cancers de la tête et du cou comprennent les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx précédemment associés à la catégorie « cancers de la bouche », ceux du larynx (qui avaient précédemment leur propre catégorie), ainsi que les cancers de la cavité nasale et de l'oreille moyenne, et les cancers des sinus accessoires (qui faisaient précédemment partie de la catégorie « tous les autres cancers »).

# Index des tableaux et des figures



## Tableaux

1.1	Probabilité d'être atteint d'un cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec), 2017	25
1.2	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe, Canada, 2021	26
1.3	Nombre projeté de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2021	27
1.4	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada (à l'exception du Québec), 2021	28
1.5	Nombre projeté de nouveaux cas de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2021	29
1.6	Variations annuelles en pourcentage (VAP) et variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2017	30
1.7	Plus récente variation annuelle en pourcentage (VAP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exclusion du Québec), 1984 à 2017	33
2.1	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2019	49
2.2	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés des cancers, selon le sexe, Canada, 2021	50
2.3	Nombre projeté de décès par les causes les plus courantes de décès par cancer, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2021	51

2.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés de certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2021	52
2.5	Nombre de décès projetés par certains cancers, selon le sexe et la province, Canada, 2021	53
2.6	Variation annuelle en pourcentage (VAP) et variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2019	54
2.7	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), selon le sexe, Canada, 1984 à 2019	56
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	64
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	65
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	66
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	67

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	68
-----	---	----

## Annexe Tableaux

A1	Définitions des cancers	95
A2-1	Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne l'incidence	96
A2-2	Modification récente de la définition de certains cancers en ce qui concerne la mortalité	96

## Figures

<b>1.1</b>	Probabilité d'être atteint du cancer au cours de sa vie, Canada (à l'exception du Québec), 2017 . . . . .	11	<b>2.5</b>	Distribution géographique des cas de décès par cancer projetés et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) projetés par province ou territoire, chez les deux sexes, Canada, 2021 . . . . .	39	<b>4.5</b>	Résumé des principales caractéristiques des mesures de lutte contre le cancer et de l'issue de la maladie selon le type de cancer . . . . .	74
<b>1.2</b>	Distribution en pourcentage des nouveaux cas de cancer projetés, selon le sexe, Canada, 2021 . . . . .	12	<b>2.6</b>	Nombre de décès et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de tous les cancers, Canada, 1984 à 2021 . . . . .	40			
<b>1.3</b>	Percentage of new cases and age-specific incidence rates for all cancers, by age group and sex, Canada (excluding Quebec), 2015–2017 . . . . .	13	<b>2.7</b>	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, selon le sexe, Canada, 1984 à 2019 . . . . .	41			
<b>1.4</b>	Distribution des nouveaux cas de certains cancers selon le groupe d'âge, Canada (à l'exception du Québec), 2013 à 2017 . . . . .	14	<b>2.8</b>	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, hommes, Canada, 1984 à 2021 . . . . .	42			
<b>1.5</b>	Distribution géographique des nouveaux cas de cancer projetés et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) par province et territoire, chez les deux sexes, Canada, 2021 . . . . .	15	<b>2.9</b>	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) de certains cancers, femmes, Canada, 1984 à 2021 . . . . .	43			
<b>1.6</b>	Nouveaux cas et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de tous les cancers confondus, Canada, 1984 à 2021 . . . . .	16	<b>3.1</b>	Prévision de la survie nette pour les principales causes de décès par cancer selon la durée de survie, personnes âgées de 15 à 99 ans, Canada (à l'exception du Québec), 2015 à 2017 . . . . .	58			
<b>1.7</b>	Variation annuelle en pourcentage (VAP) la plus récente des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), selon le sexe, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2017 . . . . .	18	<b>3.2</b>	Survie nette prévue à cinq ans normalisée selon l'âge pour certains cancers, par période, personnes âgées de 15 à 99 ans, au Canada (à l'exclusion du Québec), 2015 à 2017 par rapport à 1992 à 1994 . . . . .	60			
<b>1.8</b>	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers*, hommes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2021 . . . . .	19	<b>4.1</b>	Proportion de décès attribuables au cancer et à d'autres causes, Canada, 2019 . . . . .	69			
<b>1.9</b>	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de certains cancers, femmes, Canada (à l'exception du Québec), 1984 à 2021 . . . . .	20	<b>4.2</b>	Années potentielles de vie perdues (APVP) pour certaines causes de décès, Canada, 2017 à 2019 . . . . .	70			
<b>2.1</b>	Probabilité à vie de mourir d'un cancer, Canada (à l'exception du Québec), 2019 . . . . .	35	<b>4.3</b>	Taux d'incidence et taux de mortalité normalisés selon l'âge de tous les cancers confondus, selon le sexe, Canada, 1984 à 2021 . . . . .	72			
<b>2.2</b>	Distribution en pourcentage du nombre projeté de décès par cancer, selon le sexe, Canada, 2021 . . . . .	36	<b>4.4</b>	Tendances de l'incidence et de la mortalité (en milliers de cas) associées aux modifications du risque de cancer et des mesures de lutte contre le cancer, ainsi qu'à la croissance démographique et au vieillissement de la population, pour tous les cancers et tous les groupes d'âge, Canada, 1984 à 2021 . . . . .	73			
<b>2.3</b>	Pourcentage de décès et taux de mortalité selon l'âge de tous les cancers, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2017 à 2019 . . . . .	37						
<b>2.4</b>	Distribution des décès par certains cancers, selon le groupe d'âge, Canada, 2015 à 2019 . . . . .	38						

# Pour nous joindre



## Collaborateurs

### Société canadienne du cancer

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

### Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Pour obtenir des renseignements sur les maladies chroniques, y compris le cancer, leurs déterminants et leurs facteurs de risque et de protection au Canada, veuillez consulter le site <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html> (sélectionnez « Maladies chroniques ») ou envoyer un courriel à [phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca](mailto:phac.chronic.publications-chronique.aspc@canada.ca).

### Statistique Canada

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

### Conseil canadien des registres du cancer

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

[Terre-Neuve-et-Labrador](#)

[Île-du-Prince-Édouard](#)

[Nouvelle-Écosse](#)

[Nouveau-Brunswick](#)

[Québec](#)

[Ontario](#)

[Manitoba](#)

[Saskatchewan](#)

[Alberta](#)

[Colombie-Britannique](#)

[Nunavut](#)

[Territoires du Nord-Ouest](#)

[Yukon](#)

[Statistique Canada](#)

### Conseil de la statistique de l'état civil du Canada

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

## Des questions au sujet du cancer?

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

**1-888-939-3333** du lundi au vendredi

**cancer.ca**



Société  
canadienne  
du cancer