



---

# Statistiques 2020 sur le cancer en Ontario

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>Observations principales.....</b>	<b>7</b>
Incidence .....	7
Mortalité .....	9
Survie.....	11
Prévalence .....	13
Cancers rares.....	13
<b>Chapitre 1: Estimation de l'incidence des cancers courants .....</b>	<b>16</b>
Vue d'ensemble de l'incidence .....	16
Incidence par sexe.....	18
Incidence par type de cancer .....	19
Incidence par âge .....	22
Références.....	24
<b>Chapitre 2: Estimation de la mortalité par cancer courant.....</b>	<b>27</b>
Vue d'ensemble de la mortalité.....	27
Taux et dénombrement de la mortalité.....	27
Mortalité par sexe .....	28
Mortalité par type de cancer .....	29
Mortalité par âge .....	31
Références.....	33
<b>Chapitre 3: Estimations sur le futur fardeau du cancer .....</b>	<b>34</b>
Vue d'ensemble du futur fardeau .....	34
Tendances projetées des taux et du dénombrement de l'incidence du cancer .....	35
Projection des taux et du dénombrement de l'incidence par type de cancer.....	38
Incidence projetée par âge .....	43
Mortalité projetée par sexe .....	47
Mortalité projetée par type de cancer.....	50
Mortalité projetée par âge.....	54
Références.....	59

<b>Chapitre 4: Fardeau des cancers rares en Ontario .....</b>	<b>60</b>
Les cancers rares par rapport aux cancers courants.....	61
Incidence et mortalité de certains cancers rares.....	69
Survie à certains cancers rares.....	89
Prévalence de certains cancers rares.....	93
Conclusion .....	95
Critères d’inclusion et d’exclusion .....	95
Références.....	96
<b>Chapitre 5: Taux et tendances en matière d’incidence du cancer.....</b>	<b>100</b>
Probabilité de développer un cancer .....	101
Incidence par sexe et type de cancer.....	102
Incidence par âge .....	111
Tendances en matière d’incidence par type de cancer .....	121
Tendance en matière d’incidence depuis trente-cinq ans.....	130
Tendances d’incidence par âge.....	133
Incidence par stade .....	137
Références.....	141
<b>Chapitre 6: Taux et tendances en matière de mortalité par cancer.....</b>	<b>145</b>
Cancer : la principale cause de mortalité.....	145
Probabilité de mourir d’un cancer .....	146
Mortalité par sexe et type de cancer .....	147
Mortalité par âge .....	152
Tendances en matière de mortalité par type de cancer .....	157
Tendance en matière de mortalité sur trente-cinq ans.....	160
Tendances en matière de mortalité par âge.....	163
Références.....	166
<b>Chapitre 7: Survie au cancer.....</b>	<b>168</b>
Survie par sexe et type de cancer .....	169
Survie par âge.....	173
Tendances en matière de survie par type de cancer .....	176

Survie par durée .....	180
Survie par stade.....	182
Survie conditionnelle.....	184
Références.....	190
<b>Chapitre 8: Prévalence du cancer .....</b>	<b>192</b>
Prévalence par sexe et type de cancer .....	193
Tendances en matière de prévalence par type de cancer .....	198
Prévalence par âge .....	204
Références.....	207
<b>À propos du rapport .....</b>	<b>208</b>
Sources de données .....	208
Notes de données .....	208
Changements apportés à la présente édition .....	210
Citation et référencement.....	211
Avis de non-responsabilité.....	211
Auteurs et Collaborateurs .....	212
PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP OF ONTARIO (POGO) .....	212
PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP OF ONTARIO (POGO) .....	214
Références.....	214
<b>Communiquer avec nous .....</b>	<b>215</b>
Pour de plus amples renseignements .....	215
<b>Annexe 1 .....</b>	<b>216</b>
Sources de données .....	216
Qualité des données.....	217
Données sur la population .....	221
Groupement des sièges pathologiques.....	222
Cancer de la peau sans présence de mélanome.....	229
Stade du cancer au moment du diagnostic.....	230
Règles de codage pour les cancers primitifs multiples .....	232
Données sur les cancers infantiles .....	233

Références.....	235
<b>Annexe 2 .....</b>	<b>237</b>
Analyse .....	237
Références.....	246
<b>Textes descriptifs des équations .....</b>	<b>248</b>
Modèle Norpred Power 5 .....	248
Modèle âge-cohorte (modèle acproj) .....	248
<b>Annexe 3 .....</b>	<b>249</b>
Glossaire.....	249
<b>Ressources connexes .....</b>	<b>252</b>

# Introduction

Statistiques sur le cancer en Ontario est une publication bisannuelle qui fournit des renseignements sur le fardeau du cancer en Ontario. Elle est publiée par le service de la Surveillance et du Registre du cancer de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Le rapport s'articule autour de quatre principaux types d'indicateurs : l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence.

Les renseignements contenus dans le présent rapport aideront les décideurs, le secteur de la santé publique, les fournisseurs de soins de santé et les chercheurs à planifier, étudier, évaluer et surveiller les efforts de lutte contre le cancer menés auprès de la population, y compris ceux liés au dépistage, à la prévention et au traitement de cette maladie. Le rapport peut également être utile aux médias et au public qui souhaitent se documenter sur le cancer.

Cette édition de *Statistiques sur le cancer en Ontario* présente deux chapitres spéciaux qui examinent les projections à long terme relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité, ainsi que le fardeau des cancers rares en Ontario.

Pour la première fois, le rapport inclut des statistiques sur le cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans), fournies par notre partenaire, Pediatric Oncology Group of Ontario. Consultez les faits saillants sur le cancer infantile aux chapitres 5, 6 et 7.

# Observations principales

## Incidence

### Estimations actuelles et projections futures

**En 2020, on estime que 91 946 nouveaux cas de cancers seront diagnostiqués en Ontario (soit environ 252 nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque jour). (Chapitre 1)**

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge est estimé à 551,8 cas pour 100 000 et est plus élevé chez les hommes (577,2 pour 100 000) que chez les femmes (536 pour 100 000).
- Les cancers les plus souvent diagnostiqués seront ceux du sein (11 945), suivi du cancer du poumon (10 592) et du cancer de la prostate (8 528).
- La grande majorité des nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués chez des personnes âgées de 60 à 79 ans, ce groupe d'âge représentant plus de la moitié (54,5 %) de tous les cancers.

**Le nombre de nouveaux cas continuera d'augmenter, mais le taux de cancer ne changera pratiquement pas. (Chapitre 3)**

- Avec la croissance et le vieillissement de la population de l'Ontario, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer devrait augmenter de 25 % les 10 prochaines années (soit 23 000 nouveaux cas supplémentaires); on estime que le nombre de cas passera de 91 946 cette année à 115 306 cas en 2030.
  - À partir de 2024, plus de 100 000 nouveaux cas devraient être diagnostiqués chaque année en Ontario.
- L'augmentation des nouveaux cas ne se traduit que par une faible augmentation du taux d'incidence global (de 551,8 pour 100 000 en 2020 à 555,5 en 2030). Ceci s'explique principalement par l'écart entre les hommes et les femmes qui devrait se réduire, étant donné que le taux d'incidence chez les hommes continue de baisser alors que le taux d'incidence chez les femmes devrait continuer d'augmenter. Ces tendances opposées se traduisent par le fait que les femmes risqueront tout autant que les hommes de développer un cancer.
- Les classements de certains cancers devraient évoluer au cours des dix prochaines années.
  - Chez les hommes, le lymphome non hodgkinien sera le quatrième principal cancer, passant devant le cancer de la vessie.

- Chez les femmes, le cancer de l'utérus sera le troisième principal cancer, passant devant le cancer colorectal.

### Tendances au fil du temps

**Au cours des dernières décennies, les taux d'incidence du cancer ont baissé chez les hommes, sont restés stables chez les femmes, et ont augmenté chez les enfants (0 à 14 ans). (Chapitre 5)**

- Bien que les tendances à long terme relatives à l'incidence du cancer chez les adultes (c.-à-d. entre 1981 et 2016) montrent un taux stable pour les hommes et une tendance à la hausse pour les femmes, la dernière décennie affiche un bilan plus positif.
  - Le taux d'incidence global chez les adultes a baissé de 1,1 % par an entre 2011 et 2016. Cette baisse s'explique principalement par la baisse du taux d'incidence chez les hommes (de 1,6 % par an depuis 2007), ainsi que par la stabilité du taux d'incidence chez les femmes entre 2012 et 2016.
- Depuis 2013, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- Après plusieurs dizaines d'années d'augmentation, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes semble baisser (avec une baisse statistiquement non significative de 0,8 % par an depuis 2012). Cela contribue à la stabilité du taux d'incidence global chez les femmes.
  - La tendance à la baisse de l'incidence du cancer du poumon devrait se poursuivre et reflétera la tendance observée chez les hommes. Le taux d'incidence des hommes a commencé à baisser en 2012.
- Les plus fortes baisses des taux d'incidence entre 1981 et 2016 concernaient les cancers du cerveau, du col de l'utérus, colorectal, du larynx, de la vessie et de l'estomac. Les plus fortes hausses concernaient les cancers de la thyroïde, du foie et du rein, ainsi que le mélanome et le lymphome non hodgkinien.
- D'après les données du POGONIS, le taux d'incidence du cancer infantile a augmenté en moyenne de 0,8 % par an depuis 1986 (à 2016). La tendance observée au cours de la dernière période, entre 2002 et 2016, montre une augmentation du taux d'incidence de 1,7 % par an.

### Tendances notables

**Environ un Ontarien sur deux devrait recevoir un diagnostic de cancer au cours de sa vie. La probabilité de développer un cancer est similaire chez les hommes et les femmes. (Chapitre 5)**



- Chez les hommes, la probabilité est la plus forte pour les cancers de la prostate (1 sur 8), du poumon (1 sur 12) et colorectal (1 sur 14).
- Chez les femmes, la probabilité est la plus forte pour les cancers du sein (1 sur 8), du poumon (1 sur 14) et colorectal (1 sur 17).

**En 2016, l'âge médian au moment du diagnostic du cancer était de 67 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes. (Chapitre 5)**

- Au cours des dix dernières années, les taux d'incidence ont augmenté chez les personnes de moins de 60 ans et diminué chez les personnes de 60 ans et plus.

**Les cancers du poumon, colorectal, du sein (femmes) et de la prostate représentaient près de 50 % des 81 409 nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2016. (Chapitre 5)**

**Les jeunes femmes présentent plus de risque de développer certains cancers. (Chapitre 5)**

- Parmi les Ontariens de moins de 40 ans, les femmes ont un taux d'incidence plus élevé que les hommes pour tous les cancers confondus, principalement en raison de l'incidence élevée des cancers du sein et de la thyroïde à cet âge.

**La détection des cancers à un stade précoce et plus favorable au traitement s'améliore avec le temps pour certains des cancers courants mais pas pour les autres. (Chapitre 5)**

- La répartition des stades pour le cancer du poumon s'est améliorée avec le temps, avec moins de cas au stade 4 en 2016 (46 %) par rapport à 2010 (57 %), et davantage de cas au stade 1.
- La répartition des stades pour le cancer du col de l'utérus ne s'est pas améliorée, avec davantage de cas observés au stade 2 qu'au stade 1 en 2016 (21 %) par rapport à 2010 (9 %).

## Mortalité

### Estimations actuelles et projections futures

**En 2020, on estime que 30 975 décès par cancer seront diagnostiqués en Ontario (soit environ 85 décès par cancer chaque jour). (Chapitre 2)**

- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge est estimé à 178 décès pour 100 000 et est plus élevé chez les hommes (205 pour 100 000) que chez les femmes (157,6 pour 100 000).
- Près d'un quart de tous les décès par cancer seront attribuables au cancer du poumon (7 124), suivi des cancers colorectal (3 194), du pancréas (2 152) et du sein (2 152) et du sein (1 980).

- Plus de la moitié des décès par cancer devrait survenir chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, et plus d'un tiers d'entre eux devrait survenir chez les personnes âgées de 80 ans ou plus.

**Le nombre de décès par cancer continuera d'augmenter, mais le taux de décès continuera de baisser. (Chapitre 3)**

- Avec l'augmentation de l'incidence du cancer, le nombre de décès par cancer devrait augmenter de 21 % au cours des 10 prochaines années (soit 6 376 décès supplémentaires); on estime que le nombre de décès devrait passer de 30 975 cette année à 37 351 décès en 2030.
- Le taux de mortalité par cancer devrait continuer de baisser entre 2020 et 2030 (passant de 178 à 159,8 pour 100 000). La baisse continue des taux de décès par cancer chez les hommes et les femmes est en grande partie due à la baisse du taux de décès par cancer du poumon chez les hommes et les femmes, et dans une moindre mesure, à la diminution du nombre de cas de cancer du sein chez les femmes et du cancer colorectal chez les hommes et les femmes.
- D'ici 2030, le cancer du poumon devrait représenter un pourcentage plus faible de tous les décès par cancer par rapport à 2020, tandis que le cancer du foie représentera un pourcentage légèrement plus élevé qu'auparavant.

**Tendances au fil du temps**

**Les taux de décès pour tous les cancers confondus continuent de baisser chez les hommes et les femmes en Ontario, mais restent stables chez les enfants. La baisse du taux de mortalité s'est accélérée chez les hommes et les femmes ces dernières années. (Chapitre 6)**

- Le taux de décès global par cancer en Ontario a culminé en 1988 et a depuis diminué chaque année.
- Entre 2002 et 2016, le taux de décès chez les hommes a baissé de 1,9 % par an et de 1,4 % chez les femmes. Cette baisse est en grande partie due au cancer du poumon, mais également aux autres cancers courants comme les cancers du sein, de la prostate et le cancer colorectal.
- D'après les données du POGONIS, le taux de décès du cancer infantile est resté stable de 1991 à 2016.

**Tendances notables**

**Environ un Ontarien sur quatre devrait décéder d'un cancer. Les hommes ont un risque légèrement plus élevé de mourir (27,8 %) que les femmes (23,5 %). (Chapitre 6)**

- Chez les hommes, la probabilité est la plus forte pour les cancers du poumon (1 sur 16), de la prostate (1 sur 28) et colorectal (1 sur 32).

- Chez les femmes, la probabilité est la plus forte pour les cancers du poumon (1 sur 19), du sein (1 sur 31) et colorectal (1 sur 36).

**En 2016, 29,3 % de tous les décès en Ontario étaient attribuables au cancer, qui constitue donc la principale cause de décès de la province. (Chapitre 6)**

- En 2016, près de 50 % des décès par cancer étaient attribuables aux cancers du poumon, colorectal, du sein et de la prostate. Bien que le cancer du pancréas soit moins courant, il représente 6,5 % des décès par cancer.

**En 2016, l'âge médian des décès par cancer était de 74 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes. (Chapitre 6)**

- En Ontario, 85 % de tous les décès par cancer sont survenus chez des personnes âgées de 60 ans ou plus.

**Les taux de décès sont en hausse pour certains cancers. (Chapitre 6)**

- Entre 1981 et 2016, on a observé une augmentation des taux de décès pour le cancer du foie, le mélanome, le cancer de la thyroïde (hommes), le cancer du poumon (femmes), et plus récemment les cancers du cerveau, de la cavité buccale (hommes), du pancréas (hommes) et de l'utérus.

## Survie

### Estimations actuelles

**La survie à 5 ans pour tous les cancers confondus s'est améliorée. (Chapitre 7)**

- Chez les adultes, le rapport global de survie relative à 5 ans est désormais de 66,4 % pour la période de 2012 à 2016.
- Les femmes continuent d'afficher une meilleure survie à 5 ans que les hommes (68,3 % contre 64,3 %).
- Le rapport de survie relative à 5 ans pour tous les cancers confondus baisse à mesure que l'âge au moment du diagnostic avance, passant de 87,9 % pour les personnes diagnostiquées entre 15 et 39 ans à 43,3 % pour les personnes diagnostiquées à 80 ans ou plus.
- La survie globale à 5 ans observée pour le cancer infantile a augmenté de 9,3 points de pourcentage, passant de 76 % pour la période de 1987 à 1991 à 85,3 % pour la période de 2012 à 2016.

### **La survie relative à 5 ans continue de varier considérablement selon le type de cancer. (Chapitre 7)**

- Les cancers de la thyroïde (99 %), des testicules (96,7 %) et de la prostate (94,2 %) ont enregistré les taux de survie les plus élevés, alors que les cancers du pancréas (11,1 %), de l'œsophage (17,4 %), du poumon (22,2 %) et du foie (23,3 %) ont enregistré les taux les plus faibles.

### **Tendances au fil du temps**

#### **L'amélioration de la survie pour tous les cancers ralentit avec le temps. (Chapitre 7)**

- Le rapport de survie relative à 5 ans pour tous les groupes d'âge semblait se stabiliser au cours de la dernière décennie, entre 2002 à 2006 et 2012 à 2016.
  - Une augmentation de 7 points de pourcentage de la survie relative à 5 ans pour tous les cancers confondus a été observée pour chaque décennie entre 1982 à 1986 et 2002 à 2006. Cependant, cette augmentation de la survie est retombée à seulement 2,5 points de pourcentage au cours de la décennie suivante, entre 2002 à 2006 et 2012 à 2016.

#### **Depuis la période de 1982 à 1986, les plus grandes améliorations en matière de survie relative à 5 ans ont été observées chez les personnes diagnostiquées entre 40 et 79 ans. (Chapitre 7)**

- Au cours de cette même période, on n'a observé aucune amélioration significative en matière de survie relative à 5 ans chez les personnes diagnostiquées à 80 ans et plus.

### **Tendances notables**

#### **Entre 1982 et 2016, la survie s'est améliorée plus rapidement pour certains cancers par rapport à d'autres. (Chapitre 7)**

- Par rapport à d'autres cancers, le rapport de survie relative à 5 ans s'est amélioré surtout pour les cancers hématologiques entre 1982 à 1986 et 2002 à 2006 : pour la leucémie, le taux de survie a augmenté de 26 points de pourcentage et pour le myélome, il a augmenté de 24 points de pourcentage.
- Le rapport de survie relative à 5 ans a davantage baissé pour le mélanome non cutané (de 7,6 %) et le cancer de la vessie (de 11,1 %).

#### **La survie dépend du stade du cancer au moment du diagnostic. (Chapitre 7)**

Pour les 4 cancers les plus courants, la plus importante baisse de la survie à 5 ans a lieu entre le stade 3 et le stade 4 (allant d'une différence de 15 points de pourcentage pour le cancer du poumon à 56,9 points de pourcentage pour le cancer colorectal).

## Prévalence

### Estimations actuelles

**Aujourd’hui, le nombre de survivants du cancer n’a jamais été aussi élevé. Avec l’augmentation de l’incidence et l’amélioration de la survie, la prévalence des cas de cancer en Ontario a également augmenté au fil du temps. (Chapitre 8)**

- Début 2017, plus d’un demi-million de survivants du cancer en Ontario (soit environ 638 087 personnes) avaient été diagnostiqués au cours des 30 années précédentes. Parmi eux, 393 785 ont été diagnostiqués au cours des 10 dernières années.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à survivre à long terme au cancer. Les femmes atteintes d’un cancer du sein représentent le plus grand groupe de survivants du cancer, avec 74 689 cas prévalents diagnostiqués au cours de la dernière décennie, entre 2007 et 2016.

### Tendances au fil du temps

**prévalence des survivants évolue au fil du temps pour certains cancers. (Chapitre 8)**

- Parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer au cours des dix dernières années, celles ayant reçu un diagnostic de cancer du foie et de la thyroïde avaient plus de chances d’être encore en vie en 1996 et 2016 que celles ayant reçu un diagnostic d’autres cancers.

## Cancers rares

### Estimations actuelles

**En Ontario, environ un nouveau cas et un décès sur cinq sont attribuables à des cancers rares. (Chapitre 4)**

- Les cancers rares représentent environ 20 % de tous les nouveaux cas de cancer chaque année (soit 36 626 nouveaux cas entre 2012 et 2016).
- Les cancers rares représentent environ 23 % de tous les décès par cancer chaque année (soit 31 800 décès entre 2012 et 2016).

**Parmi les principaux cancers rares, les principales causes de décès sont les tissus mous (y compris le cœur), suivis par la vésicule biliaire et les autres organes biliaires, et le mésothéliome. (Chapitre 4)**

## Tendances au fil du temps

**Comme pour les cancers courants, le taux d'incidence des cancers rares diminue au fil du temps, mais cette diminution est moins marquée. (Chapitre 4)**

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge des cancers rares a commencé à baisser plus tôt et de façon moins marquée (0,8 % par an depuis 1999) que le taux des cancers courants (1,4 % par an depuis 2011).
- La diminution des cas de cancers rares reflète principalement une diminution chez les hommes, car le taux d'incidence chez les femmes est stable depuis 2008.

**Le taux de décès dus aux cancers rares est en baisse. (Chapitre 4)**

- Entre 2002 et 2016, le taux de mortalité standardisé selon l'âge des cancers rares a diminué de 1,1 % par an, comme pour les cancers courants.

## Tendances notables

**Les patients atteints d'un cancer rare sont généralement plus jeunes. (Chapitre 4)**

- Entre 2012 et 2016, les personnes atteintes de cancers rares étaient près de trois fois plus susceptibles d'être âgées de 15 à 39 ans que celles atteintes d'un cancer courant.

**Il est plus difficile de survivre des cancers rares que des cancers courants, et peu d'améliorations ont été constatées au fil du temps. (Chapitre 4)**

- Le rapport global de survie relative à 5 ans était nettement plus faible pour les cancers rares (56,6 %) que pour les cancers courants (68,8 %).
- Seuls 4 des 23 cancers rares sélectionnés ont montré une augmentation de la survie à 5 ans entre les périodes de 1981 à 1985 et de 2012 à 2016 : les cancers de la vésicule biliaire et des autres voies biliaires, du rétropéritoine, de l'intestin grêle, du thymus et du médiastin.

**Il y a peu de survivants de cancers rares. (Chapitre 4)**

- Étant donné la faible incidence et le faible taux de survie aux cancers rares, leur prévalence est également faible. Parmi les survivants du cancer en Ontario encore vivants au début de l'année 2017 et qui ont reçu un diagnostic au cours des dix années précédentes, seuls 70 410 ont survécu à des cancers rares, contre 330 788 survivants pour les cancers courants.

**Des progrès supplémentaires sont nécessaires pour faire face au fardeau des cancers rares. (Chapitre 4)**

- Les cancers rares sont divers et peuvent donc être difficiles à suivre, car ils ont moins de chances d'être détectés.
- D'après les observations d'autres provinces et territoires sur les cancers rares, les approches bien établies en matière de prévention, de dépenses en médicaments, de recherche et d'organisation des soins et du soutien social aux patients font défaut.

# Chapitre 1: Estimation de l'incidence des cancers courants

L'incidence mesure le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une période donnée. Ce chapitre présente les projections pour les années 2017 à 2020.

## Vue d'ensemble de l'incidence

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année en Ontario (l'incidence) et le taux d'incidence augmentent chaque année depuis au moins 1981. En général, l'incidence du cancer est influencée par ces facteurs :

- Les facteurs socio-démographiques (p. ex., l'âge, le lieu de résidence)
- La capacité en matière de détection précoce et de dépistage du cancer
- La prévalence des facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque peuvent comprendre ce qui suit :

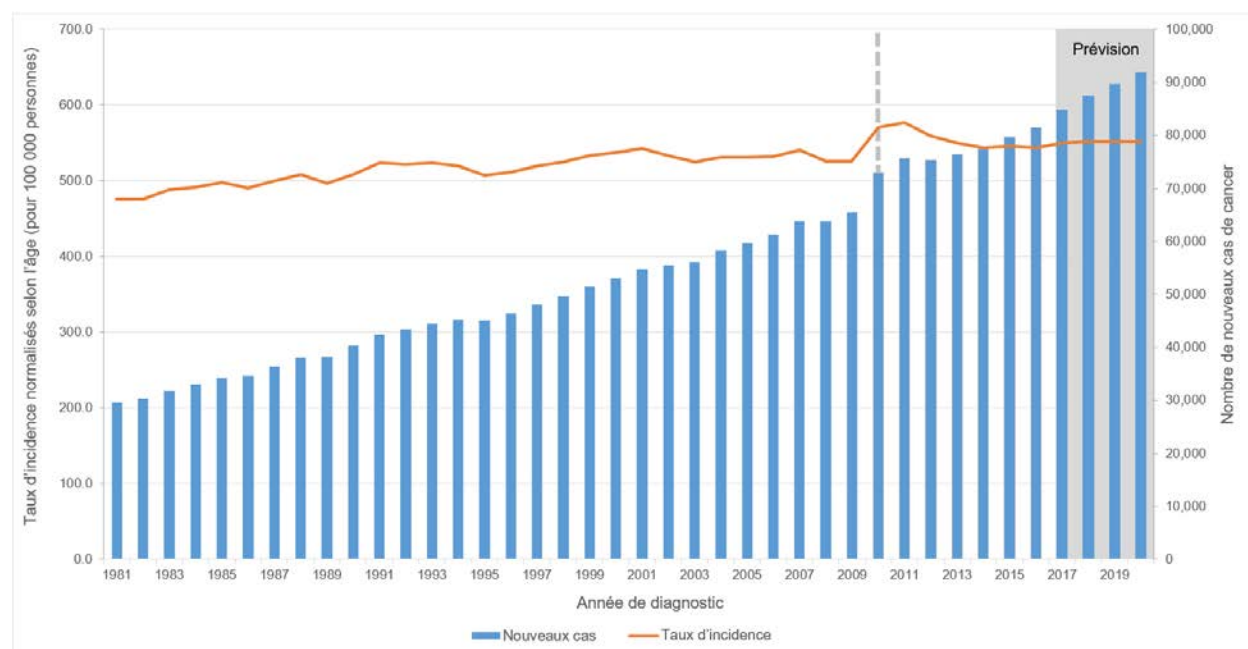
- Des comportements nuisibles pour la santé (p. ex., le tabagisme, une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool, l'inactivité physique)
- Les traitements précédents (p. ex., le traitement hormonal substitutif)
- L'exposition environnementale et professionnelle à certains agents cancérigènes (p. ex, le radon, les PM<sub>2,5</sub> [particules fines], les rayons UV [ultraviolet], l'amiante, les gaz d'échappement des moteurs diesel)
- Les problèmes de santé et les agents infectieux (p. ex., la maladie de Crohn, le virus du papillome humain [VPH])
- Les facteurs non modifiables (p. ex., l'âge au moment du premier cycle menstruel, la ménopause, les antécédents familiaux de cancer)
- Les prédispositions génétiques (p. ex., les gènes *BRCA1* et *BRCA2*)



En 2020, environ 91 946 nouveaux cas de cancer devraient être diagnostiqués (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin), ce qui entraînera un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 551,8 cas pour 100 000 personnes (Figure 1.1).

La figure montre une brusque augmentation du dénombrement et du taux d'incidence en 2010, ce qui est dû à l'adoption par le Registre des cas de cancer de l'Ontario des règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) du *National Cancer Institute* pour le dénombrement des cancers primitifs multiples. Ces règles ont été appliquées à partir de l'année de diagnostic 2010, ce qui signifie que les chiffres plus élevés à partir de cette année reflètent l'adoption de ces règles et non une réelle augmentation de l'incidence du cancer (consultez l'Analyse pour obtenir de plus amples renseignements).<sup>[1]</sup>

**Figure 1.1** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2020



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. Les taux d'incidence observés se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples, adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués en 2010 et par la suite. Il ne faut généralement pas faire de comparaisons directes entre les taux de 2009 et ceux des années précédentes. Ces années sont indiquées pour

mettre en évidence les répercussions du changement des règles en matière de dénombrement des cancers primaires multiples.

3. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

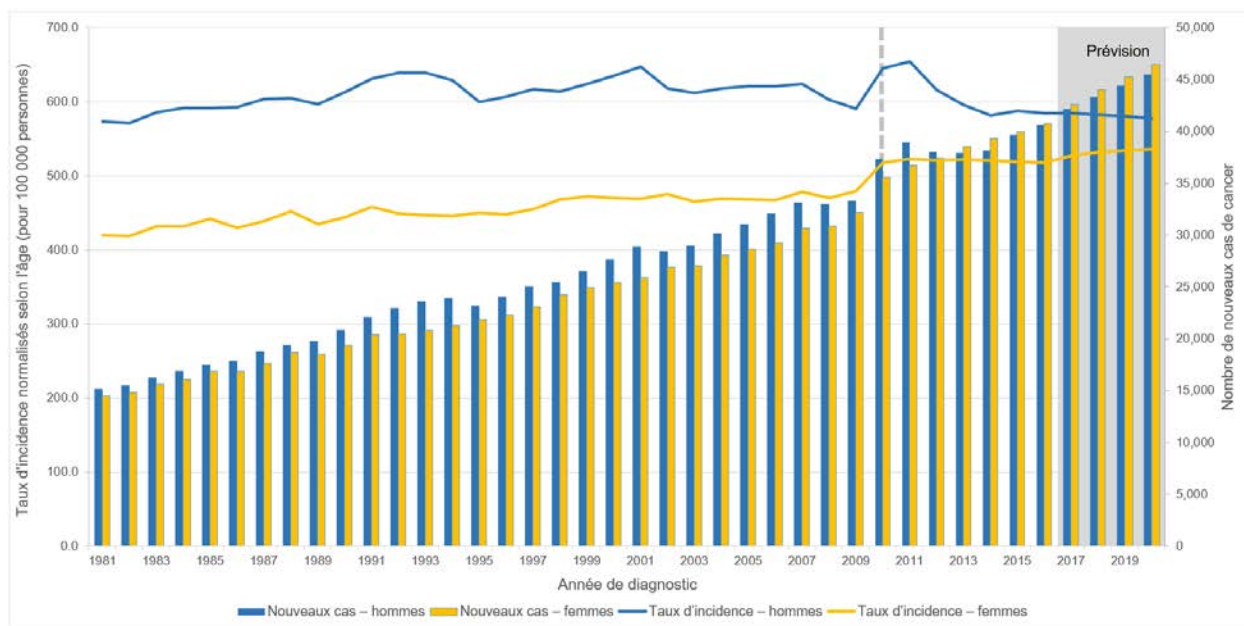
**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Incidence par sexe

Chez les hommes, 45 494 cas de cancer devraient être diagnostiqués en 2020 pour un taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) de 577,2 pour 100 000 (Figure 1.2). La baisse rapide du nombre et du taux de cas après 2011 est en partie due à la diminution du taux de cancer de la prostate. Cette baisse fait suite aux recommandations de la US Preventive Services Task Force contre l'utilisation du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le dépistage systématique des hommes en bonne santé.<sup>[2]</sup> Des recommandations similaires pour le test de l'APS au Canada ont été publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs en 2014.<sup>[3]</sup>

**Figure 1.2** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux normalisés selon l'âge par sexe pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2020



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

#### Remarques :

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

2. Les taux d'incidence observés se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primaires multiples, adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués en 2010 et par la suite. Il ne faut généralement pas faire de comparaisons directes entre les taux de 2009 et ceux des années précédentes. Ces années sont indiquées pour mettre en évidence les répercussions du changement des règles en matière de dénombrement des cancers primitifs multiples.

3. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les chiffres sont plus élevés chez les femmes, avec 46 452 cas diagnostiqués pour un TINA de 536 pour 100 000 (Figure 1.2). Depuis 1981, le taux d'incidence est chaque année plus élevé chez les hommes que chez les femmes. On a observé cette différence entre les hommes et les femmes dans plusieurs autres provinces et territoires.<sup>[4,5]</sup> Les taux de cancer plus élevés chez les hommes peuvent s'expliquer par les différences en matière de comportement,<sup>[6,7]</sup> d'immunité,<sup>[8]</sup> d'hormones<sup>[9]</sup> et d'expositions (p. ex., exposition professionnelle)<sup>[10,11]</sup> entre les sexes<sup>[12,13]</sup>.

### Incidence par type de cancer

En 2020, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué devrait être le cancer du sein des femmes (11,945 cas, soit 13 % de tous les nouveaux cas), suivi du cancer du poumon (10 592 cas, soit 11,5 %) et du cancer colorectal (9 245 cas, soit 10,1 %) (Tableau 1.1). Ces 3 cancers devraient représenter à eux seuls 34,6 % de tous les nouveaux cancers diagnostiqués en 2020.

Chez les hommes, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué devrait être le cancer de la prostate, avec un taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) de 103,8 pour 100 000. Chez les femmes, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué devrait être le cancer du sein (avec un TINA de 142,8 pour 100 000).

Le TINA devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les types de cancer présentés dans le Tableau 1.1. On soupçonne que cet écart est dû à une prévalence plus élevée de certains facteurs de risque, dont :

- l'obésité, la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes
- l'exposition professionnelle à des agents cancérigènes
- une utilisation moindre des services médicaux par rapport aux femmes
- l'influence des hormones sexuelles

Il existe certaines différences notables chez les hommes et les femmes. Par exemple, le nombre de nouveaux cas de cancer de la thyroïde chez les femmes dépassera le nombre de cas chez les hommes de près de 3 pour 1. Voici les raisons possibles expliquant l'incidence plus élevée de ce cancer :

- une probabilité accrue d'investigation diagnostique du cancer de la thyroïde chez les femmes<sup>[14]</sup>
- une tendance des femmes plus grande à obtenir des soins médicaux<sup>[6,7,13]</sup>
- les différences biologiques telles que les niveaux de thyroïdostimuline et de stéroïdes sexuels,<sup>[15-17]</sup> ainsi que les antécédents de reproduction des femmes<sup>[18]</sup>

L'incidence des types de cancer moins agressifs de la thyroïde (p. ex., le cancer papillaire de la thyroïde) a été plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans plusieurs provinces et territoires. Toutefois, l'incidence des types plus agressifs (p. ex., anaplasique et médullaire) est généralement similaire chez les hommes et chez les femmes.<sup>[14,19]</sup> Par conséquent, les taux de mortalité pour le cancer de la thyroïde ont été assez similaires entre les hommes et les femmes (voir le Chapitre 6 : Taux et tendances en matière de mortalité par cancer).

En plus du cancer de la thyroïde, les cancers de la vessie et du foie devraient présenter les plus grandes différences d'incidence du cancer entre les hommes et les femmes :

- Pour le cancer de la vessie, le taux d'incidence chez les hommes sera presque quatre fois plus élevé que chez les femmes. L'un des facteurs de risque du cancer de la vessie concerne les antécédents de tabagisme, les fumeurs ayant 2 à 3 fois plus de risque de développer un cancer de la vessie par rapport aux non-fumeurs.<sup>[20,21]</sup> La consommation de tabac est plus fréquente chez les hommes, ce qui pourrait être l'une des raisons pour lesquelles l'incidence du cancer de la vessie est beaucoup plus élevée chez les hommes.<sup>[22]</sup>
- Pour le cancer du foie, le taux d'incidence chez les hommes est presque deux fois plus élevé que chez les femmes. La prévalence de facteurs de risque plus élevée chez les hommes tels que la consommation d'alcool et le tabagisme pourrait en partie expliquer cet écart.<sup>[23-25]</sup> Cependant, des recherches récentes suggèrent qu'il pourrait y avoir des différences génétiques dans la manière dont les hommes et les femmes réagissent à l'inflammation chronique causée par des infections telles que les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, les facteurs de risque du cancer du foie les plus courants.<sup>[26-28]</sup>

**Tableau 1.1** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux normalisés selon l'âge par type de cancer et par sexe, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveaux cas	Hommes et femmes – TINA	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – TINA	Femmes – Nouveaux cas	
<b>Tous les cancers</b>	<b>91 946</b>	<b>551,8</b>	<b>45 494</b>	<b>577,2</b>	<b>46 452</b>	<b>536,0</b>
Vessie	4 320	24,7	3 329	41,9	991	10,5
Cerveau	1 214	7,7	695	9,2	519	6,3
Sein (femme)	11 945	142,8	n/a	n/a	11 945	142,8
Col de l'utérus	553	7,3	n/a	n/a	553	7,3
Colorectal	9 245	54,4	5 047	64,1	4 198	45,9
Œsophage	984	5,8	755	9,5	229	2,4
Lymphome hodgkinien	398	2,7	209	2,9	189	2,5
Rein	2 904	17,8	1 918	24,9	986	11,3
Larynx	402	2,4	342	4,3	60	0,7
Leucémie	2 796	16,8	1 621	20,9	1 175	13,3
Foie	1 802	10,5	1 181	14,7	621	6,8
Poumon	10 592	60,8	5 127	64,0	5 465	58,5
Mélanome	4 364	26,4	2 539	32,8	1 825	21,5
Myélome	1 526	8,9	877	11,1	649	7,0
Lymphome non hodgkinien	5 490	33,0	3 154	40,7	2 336	26,3
Cavité buccale et pharynx	2 067	12,7	1 506	19,5	561	6,4
Ovaire	1 277	15,2	n/a	n/a	1 277	15,2
Pancréas	2 533	14,7	1 352	17,1	1 181	12,6
Prostate	8 528	103,8	8 528	103,8	n/a	n/a
Estomac	1 826	10,8	1 161	14,8	665	7,4
Testicule	490	7,0	490	7,0	n/a	n/a
Thyroïde	4 109	27,6	1 118	15,1	2 991	39,6
Utérus	3 355	39,4	n/a	n/a	3 355	39,4

**Abréviations :** TINA désigne le taux d'incidence normalisé selon l'âge; S.O. signifie sans objet.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

2. Les taux d'incidence projetés se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples, adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués en 2010 et par la suite.
3. Les projections sont fondées sur les cas malins uniquement (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Incidence par âge

Le nombre le plus élevé de nouveaux cas de cancer est prévu chez les personnes âgées de 60 à 79 ans. On estime qu'en 2020, 54,5 % de tous les cas seront diagnostiqués chez les personnes de ce groupe d'âge (Tableau 1.2). Le groupe d'âge suivant qui comptera le plus de nouveaux cas de cancer sera le groupe des personnes de 40 à 59 ans (22 %), suivi des personnes de 80 ans et plus (18,7 %). Seulement 4,8 % des cas devraient être diagnostiqués chez les personnes de moins de 40 ans.

Le taux d'incidence en 2020 devrait se situer entre 62,6 pour 100 000 chez les personnes âgées de 39 ans et moins et 2 501,4 pour 100 000 chez les personnes âgées de 80 ans et plus. Les taux projetés pour 2020 :

- augmentent avec l'âge pour les cancers de la vessie, du sein, colorectal, du rein, du foie, du poumon et du pancréas, et le mélanome.
- augmentent avec l'âge pour les cancers du col de l'utérus et de la thyroïde, mais atteint son maximum entre 40 et 59 ans, âge auquel ces cancers sont les plus fréquents.
- augmentent avec l'âge pour les cancers de la prostate et de l'utérus, mais atteint son maximum entre 60 et 79 ans, âge auquel ces cancers sont les plus fréquents.

Les taux d'incidence des 23 cancers présentés dans le Tableau 1.2 devraient être très faibles chez les personnes de moins de 40 ans, sauf pour le cancer du sein, avec un taux d'incidence de 15,6 pour 100 000, et le cancer de la thyroïde, avec 10,8 pour 100 000.

**Tableau 1.2** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux par âge de certains cancers, par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – Nouveaux cas	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – Nouveaux cas	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	80 ans et plus – Nouveaux cas	80 ans et plus – Taux selon l'âge
<b>Tous les cancers</b>	<b>4 379</b>	<b>62,6</b>	<b>20 215</b>	<b>516,6</b>	<b>50 120</b>	<b>1 699,1</b>	<b>17 232</b>	<b>2 501,4</b>
Vessie	30	0,4	480	12,3	2 509	85,1	1 301	188,9
Cerveau	241	3,4	311	7,9	519	17,6	143	20,8
Sein (femme)	541	15,6	3 997	201,1	5 826	378,4	1 581	385,4
Col de l'utérus	142	4,1	239	12,0	144	9,4	28	6,8
Colorectal	156	2,2	1 724	44,1	5 005	169,7	2 360	342,6
Œsophage	7	0,1	180	4,6	580	19,7	217	31,5
Lymphome hodgkinien	207	3,0	87	2,2	83	2,8	21	3,0
Rein	110	1,6	835	21,3	1 537	52,1	422	61,3
Larynx	**	**	72	1,8	258	8,7	68	9,9
Leucémie	314	4,5	481	12,3	1 366	46,3	635	92,2
Foie	27	0,4	301	7,7	1 110	37,6	364	52,8
Poumon	50	0,7	1 314	33,6	6 657	225,7	2 571	373,2
Mélanome	305	4,4	990	25,3	2 126	72,1	943	136,9
Myélome	12	0,2	256	6,5	869	29,5	389	56,5
Lymphome non hodgkinien	351	5,0	1 104	28,2	2 866	97,2	1 169	169,7
Cavité buccale et pharynx	56	0,8	621	15,9	1 132	38,4	258	37,5
Ovaire	84	2,4	391	19,7	604	39,2	198	48,3
Pancréas	35	0,5	398	10,2	1 410	47,8	690	100,2
Prostate	0	0,0	1 343	69,8	6 303	447,0	882	316,5
Estomac	41	0,6	364	9,3	974	33,0	447	64,9
Testicule	335	9,5	127	6,6	25	1,8	**	**
Thyroïde	757	10,8	1 838	47,0	1 373	46,5	141	20,5
Utérus	64	1,8	1 054	53,0	1 908	123,9	329	80,2

**Symbole :** \*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6)

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. Les taux d'incidence projetés se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples, adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués en 2010 et par la suite.
3. Les projections sont fondées sur les cas malins uniquement.

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Parmi les personnes âgées de 40 à 59 ans, le cancer du sein chez les femmes représentera la plus grande proportion de tous les cas de ce groupe d'âge (19,8 %). Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, les cancers du poumon (13,3 %), de la prostate (12,6 %) et du sein (11,6 %) seront les plus fréquemment diagnostiqués. Parmi les Ontariens les plus âgés (80 ans et plus), le cancer du poumon sera le cancer le plus fréquemment diagnostiqué (14,9 %), suivi du cancer colorectal (13,7 %).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence du cancer en Ontario, y compris des données sur un plus grand nombre de types de cancer et les tendances au fil du temps, consultez le chapitre 5 : Taux et tendances en matière d'incidence du cancer.

## Références

1. Action Cancer Ontario [Internet]. Toronto : Action Cancer Ontario : [consulté le 18 septembre 2019]. Registre des cas de cancer de l'Ontario; [mis à jour le 16 septembre 2019; consulté le 18 septembre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancercareontario.ca/fr/a-propos-de-action-cancer-ontario/programmes/programmes-de-donnees-et-de-recherche/registre-des-cas-de-cancer-de-lOntario>
2. Moyer VA; au nom de la U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 17 juillet 2012;157(2):120-34.
3. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et coll.; Groupe d'étude du Canada sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ*. 4 novembre 2014;186(16):1225-34.
4. Cook MB, Dawsey SM, Freedman ND, Inskip PD, Wichner SM, Quraishi SM, et coll. Sex disparities in cancer incidence by period and age. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. Avril 2009;18(4):1174-82.
5. Edgren G, Liang L, Adami HO, Chang ET. Enigmatic sex disparities in cancer incidence. *Eur J Epidemiol*. Mars 2012;27(3):187-96.



6. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns.* Septembre 2009;76(3):356-60.
7. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* Février 2000;49(2):147-52.
8. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans. *Hum Reprod Update.* Juillet-août 2005;11(4):411-23.
9. Chandanos E, Lagergren J. Oestrogen and the enigmatic male predominance of gastric cancer. *Eur J Cancer.* Novembre 2008;44(16):2397-403.
10. Marinaccio A, Corfiati M, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Ferrante P, et coll.; groupe de travail ReNaM. The epidemiology of malignant mesothelioma in women: gender differences and modalities of asbestos exposure. *Occup Environ Med.* Avril 2018;75(4):254-62.
11. Lemen RA. Mesothelioma from asbestos exposures: epidemiologic patterns and impact in the United States. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2016;19(5-6):250-65.
12. Action Cancer Ontario. Indice de qualité du système de prévention : l'équité en santé. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.
13. Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep.* Septembre-octobre 1982;97(5):417-37.
14. Rahbari R, Zhang L, Kebebew E. Thyroid cancer gender disparity. *Future Oncol.* Novembre 2010;6(11):1771-9.
15. Rasmussen NG, Hornnes PJ, Hegedus L, Feldt-Rasmussen U. Serum thyroglobulin during the menstrual cycle, during pregnancy, and post partum. *Acta Endocrinol (Copenh).* Août 1989;121(2):168-73.
16. Pacchiarotti A, Martino E, Bartalena L, Buratti L, Mammoli C, Strigini F, et coll. Serum thyrotropin by ultrasensitive immunoradiometric assay and serum free thyroid hormones in pregnancy. *J Endocrinol Invest.* Avril 1986;9(2):185-9.
17. Knudsen N, Bulow I, Laurberg P, Perrild H, Ovesen L, Jorgensen T. Low goitre prevalence among users of oral contraceptives in a population sample of 3712 women. *Clin Endocrinol (Oxf).* Juillet 2002;57(1):71-6.
18. Caini S, Gibelli B, Palli D, Saieva C, Ruscica M, Gandini S. Menstrual and reproductive history and use of exogenous sex hormones and risk of thyroid cancer among women: a meta-analysis of prospective studies. *Cancer Causes Control.* Avril 2015;26(4):511-8.
19. Grubbs EG, Rich TA, Li G, Sturgis EM, Younes MN, Myers JN, et coll. Recent advances in thyroid cancer. *Curr Probl Surg.* Mars 2008;45(3):156-250.

20. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA*. 17 août 2011;306(7):737-45.
21. Hemelt M, Yamamoto H, Cheng KK, Zeegers MP. The effect of smoking on the male excess of bladder cancer: a meta-analysis and geographical analyses. *Int J Cancer*. 15 janvier 2009;124(2):412-9.
22. Ferrence RG. Sex differences in cigarette smoking in Canada, 1900-1978: a reconstructed cohort study. *Can J Public Health*. Mai-juin 1988;79(3):160-5.
23. Bosch FX, Ribes J, Borrás J. Epidemiology of primary liver cancer. *Semin Liver Dis*. 1999;19(3):271-85.
24. Turati F, Galeone C, Rota M, Pelucchi C, Negri E, Bagnardi V, et coll. Alcohol and liver cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Ann Oncol*. Août 2014;25(8):1526-35.
25. Chuang SC, La Vecchia C, Boffetta P. Liver cancer: descriptive epidemiology and risk factors other than HBV and HCV infection. *Cancer Lett*. 1<sup>er</sup> décembre 2009;286(1):9-14.
26. Naugler WE, Sakurai T, Kim S, Maeda S, Kim K, Elsharkawy AM, et coll. Gender disparity in liver cancer due to sex differences in MyD88-dependent IL-6 production. *Science*. 6 juillet 2007;317(5834):121-4.
27. Prieto J. Inflammation, HCC and sex: IL-6 in the centre of the triangle. *J Hepatol*. Février 2008;48(2):380-1.
28. Sander LE, Trautwein C, Liedtke C. Is interleukin-6 a gender-specific risk factor for liver cancer? *Hepatology*. Octobre 2007;46(4):1304-5.

## Chapitre 2: Estimation de la mortalité par cancer courant

La mortalité mesure le nombre de décès causés par le cancer. Ce chapitre présente les projections pour les années 2017 à 2020.

### Vue d'ensemble de la mortalité

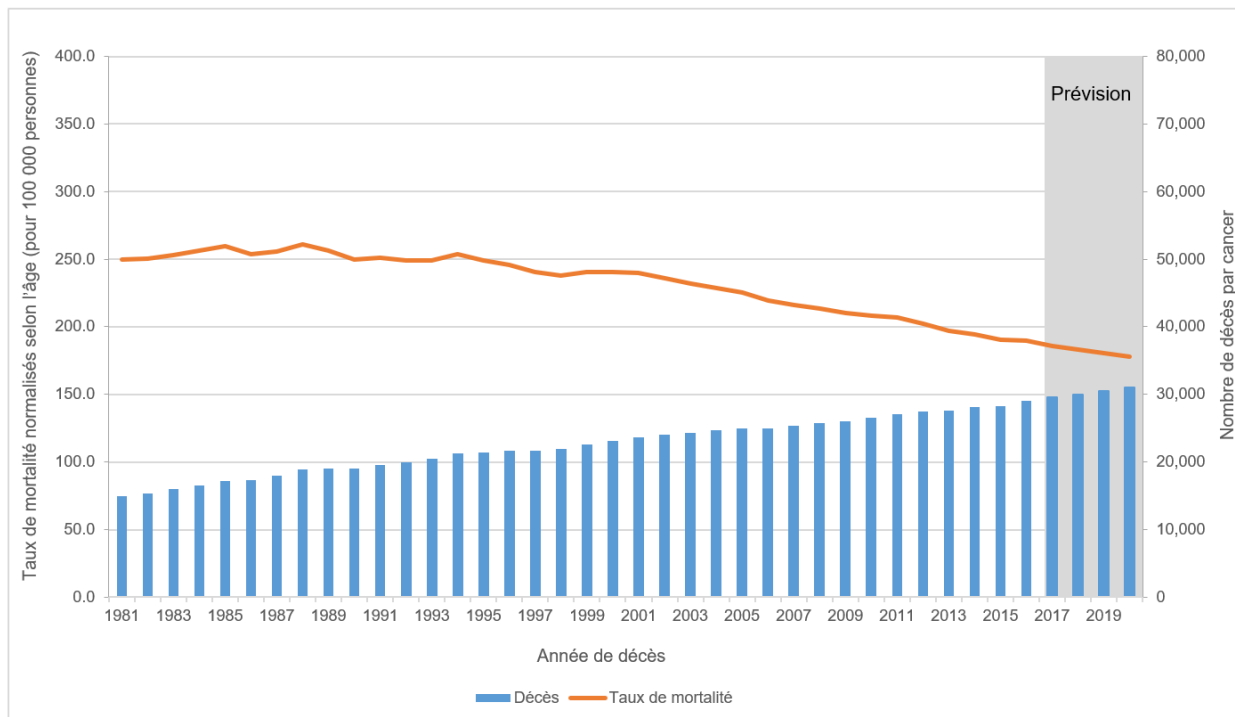
Alors que le nombre de décès (mortalité) imputables à tous les cancers en Ontario a augmenté au cours des trente dernières années, le taux de mortalité a diminué. En général, la mortalité par cancer est influencée par :

- l'incidence du cancer
- la survie au cancer
- les facteurs socio-démographiques
- la capacité et l'efficacité en matière de détection précoce et de dépistage du cancer en vue de prolonger la vie
- la disponibilité et l'accès au traitement efficace du cancer

### Taux et dénombrement de la mortalité

En 2020, on estime que 30 975 personnes en Ontario décèderont du cancer (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin). Cela représente un taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) de 178 sur 100 000 personnes (Figure 2.1). Alors que le nombre de décès par cancer a augmenté chaque année depuis 1981, le TMNA a culminé en 1988 puis a diminué chaque année depuis 1999.

**Figure 2.1** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2020



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

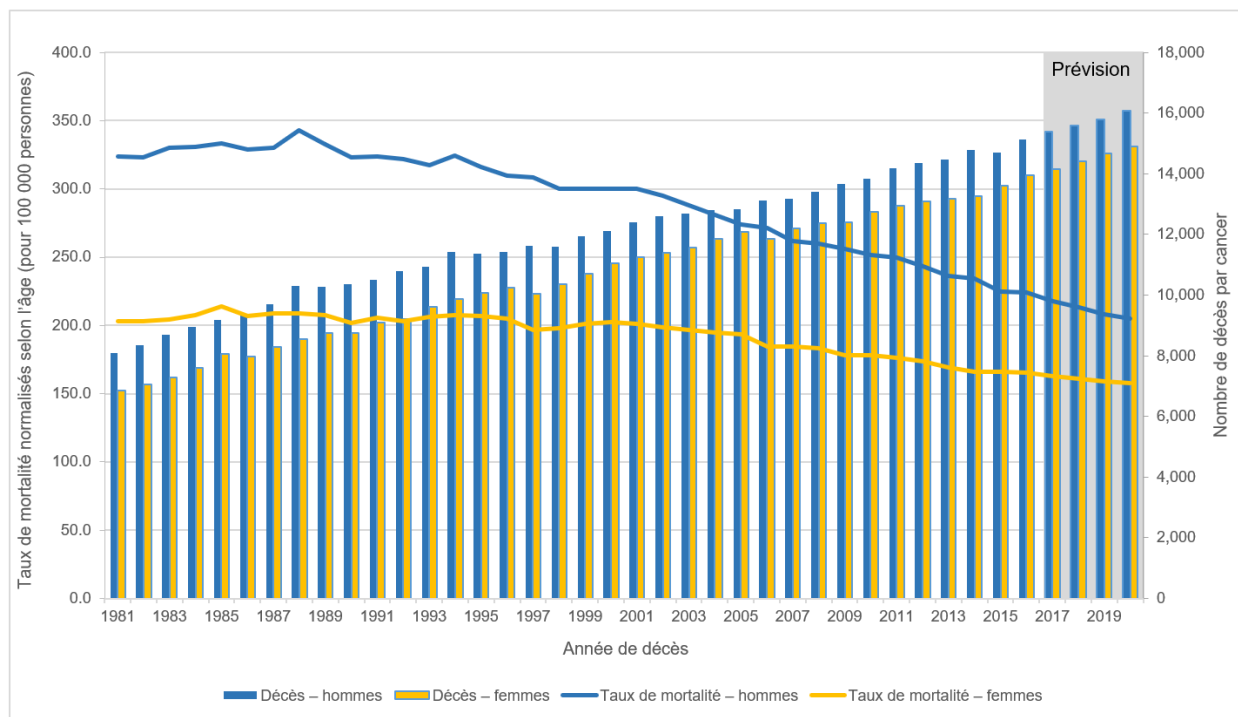
**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Mortalité par sexe**

Chez les hommes, le cancer devrait causer 16 066 décès en 2020. Cela entraînera un TMNA de 205 pour 100 000 (Figure 2.2). On prévoit une baisse de ces chiffres chez les femmes, avec 14 909 décès prévus, pour un taux de 157,6 pour 100 000. Les hommes devraient représenter 51,9 % de tous les décès par cancer en 2020. Ce chiffre a légèrement augmenté avec le temps. En 1981, les hommes représentaient 54,2 % de tous les décès par cancer.

**Figure 2.2** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l'âge par sexe pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2020



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Mortalité par type de cancer**

En 2020, on s'attend à ce que la principale cause de décès par cancer soit le cancer du poumon; il devrait représenter 23 % de tous les décès par cancer (7 124 décès). Les deux autres principales causes devraient être les cancers colorectal (3 194 décès, soit 10,3 %) et du pancréas. Malgré une incidence beaucoup plus faible, le cancer du pancréas devrait causer plus de décès (2 152 décès, soit 6,9 %) que le cancer du sein chez les femmes (1 980 décès, soit 6,4 %).

Le cancer du poumon sera également la principale cause de décès par cancer chez les hommes et les femmes, bien que le TMNA devrait être plus élevé chez les hommes (45,7 pour 100 000) que chez les femmes (36,4 pour 100 000).

Pour tous les cancers figurant dans le Tableau 2.1, on s’attend à ce que le TMNA soit plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les taux de mortalité plus élevés chez les hommes peuvent s’expliquer par les taux d’incidence généralement plus élevés chez les hommes pour chaque cancer survenant chez les deux sexes, qui est du à :

- une prévalence plus élevée des facteurs de risque, comme l’obésité, la consommation d’alcool et de tabac chez les hommes<sup>[1]</sup>
- une plus grande exposition professionnelle à des agents cancérigènes<sup>[2,3]</sup>
- une utilisation moindre des services médicaux par rapport aux femmes<sup>[4-6]</sup>
- l’influence des hormones sexuelles<sup>[7-9]</sup>

On s’attend à ce que les plus grandes différences de mortalité par cancer entre les hommes et les femmes en 2020 concernent les cancers suivants :

- cancers de la vessie, de la cavité buccale et du pharynx, pour lesquels le TMNA chez les hommes sera environ trois fois supérieur à celui des femmes
- cancers du rein et du foie, et le mélanome, pour lesquels le TMNA chez les hommes sera plus de deux fois supérieur à celui des femmes

**Tableau 2.1** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l’âge par type de cancer et par sexe, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes – Décès	Hommes et femmes – TMNA	Hommes – Décès	Hommes – TMNA	Femmes – Décès	Femmes – TMNA
<b>Tous les cancers</b>	<b>30 975</b>	<b>178,0</b>	<b>16 066</b>	<b>205,0</b>	<b>14 909</b>	<b>157,6</b>
Vessie	982	5,5	706	9,2	276	2,7
Cerveau	945	5,8	521	6,8	424	4,9
Sein (femme)	1 980	21,9	n/a	n/a	1 980	21,9
Col de l’utérus	185	2,3	n/a	n/a	185	2,3
Colorectal	3 194	18,3	1 694	21,8	1 500	15,4
Œsophage	913	5,3	716	9,0	197	2,0
Lymphome hodgkinien	42	0,3	25	0,3	17	0,2
Rein	669	3,8	447	5,7	222	2,3
Larynx	130	0,7	109	1,4	21	0,2

Type de cancer	Hommes et femmes – Décès	Hommes et femmes – TMNA	Hommes – Décès	Hommes – TMNA	Femmes – Décès	Femmes – TMNA
Leucémie	1 212	6,9	708	9,1	505	5,2
Foie	1 454	8,4	916	11,5	538	5,7
Poumon	7 124	40,5	3 648	45,7	3 476	36,4
Mélanome	580	3,4	378	4,9	202	2,2
Myélome	620	3,5	349	4,4	271	2,8
Lymphome non hodgkinien	1 110	6,4	630	8,1	480	4,9
Cavité buccale et pharynx	503	2,9	348	4,4	155	1,6
Ovaire	723	7,9	n/a	n/a	723	7,9
Pancréas	2 152	12,3	1 084	13,7	1 068	11,1
Prostate	1 670	21,7	1 670	21,7	n/a	n/a
Estomac	788	4,6	481	6,2	307	3,3
Testicule	14	0,2	14	0,2	n/a	n/a
Thyroïde	95	0,5	47	0,6	48	0,5
Utérus	559	6,0	n/a	n/a	559	6,0

**Abréviations :** TMNA désigne le taux de mortalité normalisé selon l'âge; S.O. signifie sans objet.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Mortalité par âge

En 2020, le taux de mortalité par cancer devrait être le plus élevé dans le groupe d'âge des 80 ans et plus, suivi par le groupe d'âge des 60 à 79 ans. Cependant, ce dernier groupe représentera environ 50,5 % de tous les décès cette année-là, contre 36 % pour le groupe d'âge supérieur (Tableau 2.2).

Les décès dus au cancer avant 40 ans resteront rares en 2020, avec seulement 399 décès prévus. Cela représente 1,3 % de tous les décès par cancer, soit un taux de 5,7 décès pour 100 000 personnes.

Bien que l'on prévoie une augmentation considérable du taux de mortalité pour le groupe d'âge de 60 à 79 ans, les cancers du sein et du poumon font exceptions. Les taux concernant ces cancers commencent à augmenter rapidement beaucoup plus tôt, dans le groupe d'âge de 40 à 59 ans.

**Tableau 2.2** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l'âge par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	0 à 39 ans – Décès	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – Décès	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – Décès	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	80 ans et plus – Décès	80 ans et plus – Taux selon l'âge
<b>Tous les cancers</b>	<b>399</b>	<b>5,7</b>	<b>3 797</b>	<b>97,0</b>	<b>15 636</b>	<b>530,1</b>	<b>11 143</b>	<b>1 617,5</b>
Vessie	**	**	49	1,3	401	13,6	531	77,1
Cerveau	75	1,1	231	5,9	490	16,6	149	21,6
Sein (femme)	57	1,6	442	22,2	843	54,8	638	155,5
Col de l'utérus	17	0,5	71	3,6	69	4,5	28	6,8
Colorectal	30	0,4	368	9,4	1 452	49,2	1 344	195,1
Œsophage	**	**	143	3,7	515	17,5	250	36,3
Lymphome hodgkinien	6	0,1	6	0,2	20	0,7	10	1,5
Rein	**	**	87	2,2	335	11,4	243	35,3
Larynx	0	0,0	12	0,3	73	2,5	45	6,5
Leucémie	44	0,6	104	2,7	558	18,9	506	73,5
Foie	18	0,3	183	4,7	838	28,4	415	60,2
Poumon	15	0,2	702	17,9	4 256	144,3	2 151	312,2
Mélanome	18	0,3	92	2,4	277	9,4	193	28,0
Myélome	0	0,0	59	1,5	330	11,2	231	33,5
Lymphome non hodgkinien	15	0,2	117	3,0	546	18,5	432	62,7
Cavité buccale et pharynx	**	**	93	2,4	282	9,6	124	18,0
Ovaire	10	0,3	128	6,4	388	25,2	197	48,0
Pancréas	9	0,1	264	6,7	1 177	39,9	702	101,9
Prostate	0	0,0	53	2,8	672	47,7	945	339,1
Estomac	12	0,2	131	3,3	381	12,9	262	38,0
Testicule	**	**	**	**	**	**	**	**
Thyroïde	0	0,0	12	0,3	50	1,7	33	4,8
Utérus	**	**	77	3,9	326	21,2	153	37,3

**Symbole :** \*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6)



**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la mortalité par cancer en Ontario, y compris des données sur un plus grand nombre de types de cancer et les tendances au fil du temps, consultez le chapitre 6 : Taux et tendances en matière de mortalité par cancer.

## Références

1. Action Cancer Ontario. Indice de qualité du système de prévention : l'équité en santé. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.
2. Marinaccio A, Corfiati M, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Ferrante P, et coll.; groupe de travail ReNaM. The epidemiology of malignant mesothelioma in women: gender differences and modalities of asbestos exposure. *Occup Environ Med*. Avril 2018;75(4):254-62.
3. Lemen RA. Mesothelioma from asbestos exposures: epidemiologic patterns and impact in the United States. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev*. 2016;19(5-6):250-65.
4. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. Septembre 2009;76(3):356-60.
5. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. Février 2000;49(2):147-52.
6. Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep*. Septembre-octobre 1982;97(5):417-37.
7. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans. *Hum Reprod Update*. Juillet-août 2005;11(4):411-23.

# Chapitre 3: Estimations sur le futur fardeau du cancer

Le cancer pèse lourdement sur les patients et leur famille, sur le système des soins de santé et sur la société dans son ensemble. Ce chapitre présente la projection des taux et du dénombrement de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer de 2020 à 2030.

## Vue d'ensemble du futur fardeau

Les estimations sur l'incidence et la mortalité futures du cancer peuvent aider à la planification des services de santé, à la redistribution des ressources sanitaires actuelles, aux considérations politiques et au développement des infrastructures pour une meilleure lutte contre le cancer. La croissance et le vieillissement de la population de l'Ontario continuent de contribuer à l'augmentation de l'incidence et de la prévalence du cancer. Il est donc nécessaire de prévoir les estimations du cancer afin de planifier efficacement la gestion du fardeau croissant du cancer.

Les prévisions futures tiennent compte de différentes combinaisons de tendances potentielles selon l'âge, la cohorte et la période, et supposent que ces tendances passées se poursuivront à l'avenir.

Les modèles de prévision statistique utilisés pour ce rapport ne tiennent pas compte de ces changements individuellement :

- Les récentes évolutions de la prévalence des facteurs de risque du cancer
- Les changements dans la pratique médicale
- Les progrès dans les procédures de diagnostic
- Les changements dans les méthodes d'enregistrement des cancers

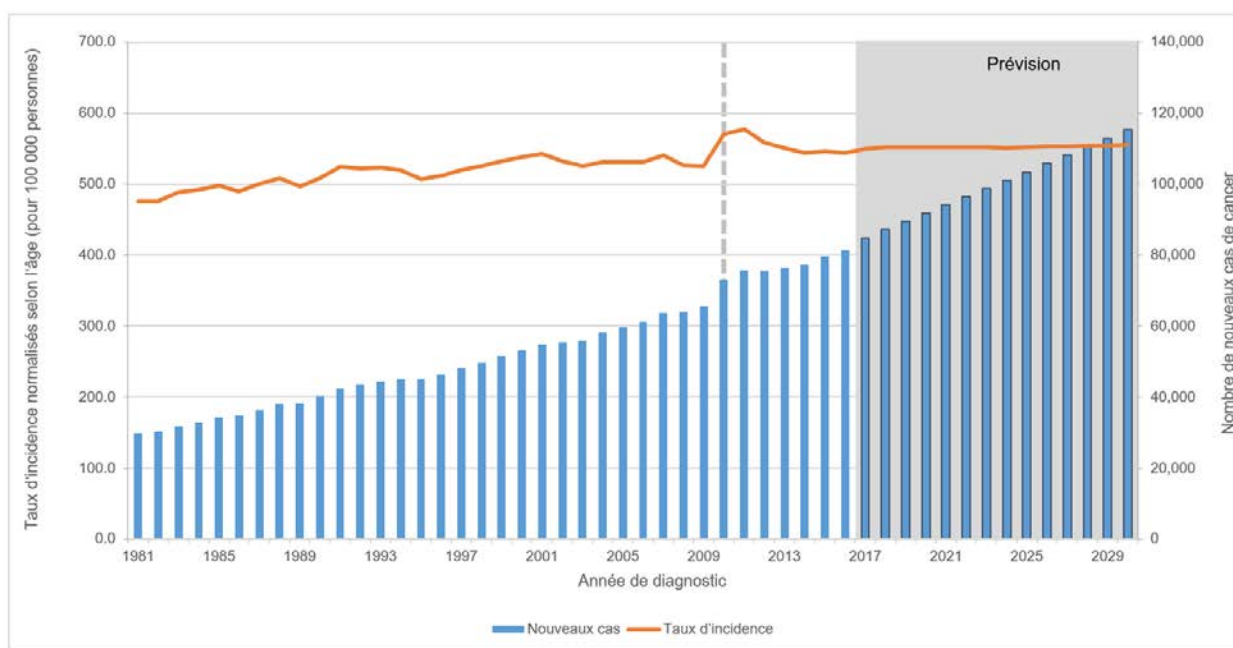
Par exemple, le dépistage du cancer peut avoir une forte influence sur les taux de nouveaux cas de cancer diagnostiqués et, par conséquent, sur les taux d'incidence futurs. Toutefois, les projections de cas futurs ne tiendront pas compte de la mise en œuvre future de programmes de dépistage du cancer à l'échelle de la population, comme on le prévoit pour le cancer du poumon. De même, d'autres interventions qui ont été récemment mises en œuvre, comme les programmes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire pour la prévention du cancer du col de l'utérus, n'influenceront pas fortement les projections relatives au cancer visé.

En raison de leur nombre élevé, les projections relatives aux cancers les plus courants ont tendance à avoir la plus grande influence sur le nombre total de cas et les taux projetés. Par conséquent, toute incertitude dans la projection de ces cancers aura une incidence sur la projection de tous les cancers confondus.

### Tendances projetées des taux et du dénombrement de l'incidence du cancer

Les nouveaux cas de cancer devraient augmenter de 25,4 % au cours des dix prochaines années, passant d'environ 91 946 cas en 2020 à 115 306 en 2030 (Figure 3.1). En fait, à partir de 2024, on prévoit plus de 100 000 nouveaux cas de cancer qui seront diagnostiqués chaque année en Ontario. L'augmentation du nombre de nouveaux cas représentera une hausse de 0,7 % du taux d'incidence entre 2020 (551,8 pour 100 000) et 2030 (555,5 pour 100 000) (Figure 3.1).

**Figure 3.1** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2030



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

#### Remarques :

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. Les taux d'incidence réels et projetés des cas diagnostiqués à partir de 2010 se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples. Le début de la mise en place des règles SEER par le Registre des cas de cancer de l'Ontario est indiqué par la zone grisée derrière les années 2010 à 2016. Il

ne faut généralement pas faire de comparaisons directes entre les taux de 2009 et ceux des années précédentes. Ces années sont indiquées pour mettre en évidence les répercussions du changement des règles en matière de dénombrement des cancers primitifs multiples.

3. Les projections sont fondées sur les cas malins uniquement (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin).
4. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

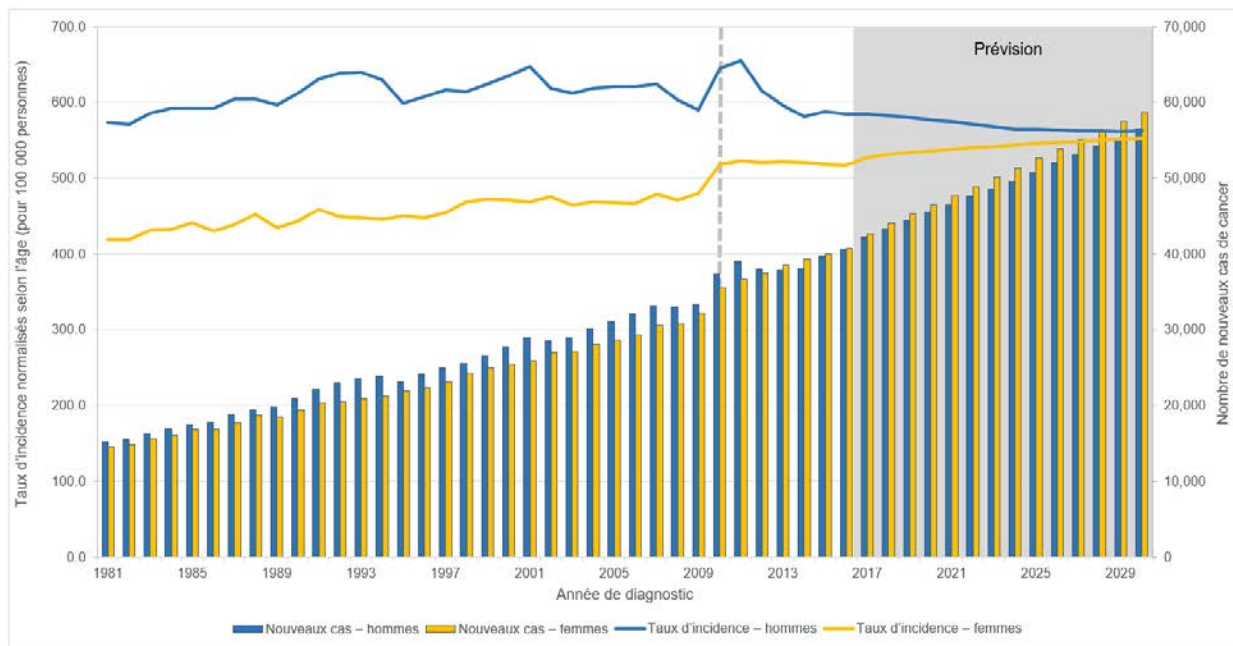
**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes devrait passer de 46 288 en 2020 à 57 482 d'ici 2030. Chez les femmes, le nombre de nouveaux cas passera de 47 738 en 2020 à 60 386 en 2030 (Figure 3.2).

Toutefois, la tendance des taux d'incidence chez les hommes et les femmes devrait converger à l'avenir, à mesure que le taux d'incidence chez les hommes diminuera et que le taux d'incidence chez les femmes augmentera au fil du temps (Figure 3.2). D'ici 2030, l'écart entre les taux d'incidence chez les hommes et chez les femmes se sera considérablement réduit, ce qui laisse supposer que les femmes auront autant de risque que les hommes de développer un cancer.

**Figure 3.2** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux normalisés selon l'âge par sexe pour tous les cancers combinés, Ontario, 1981 à 2030



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

## Remarques :

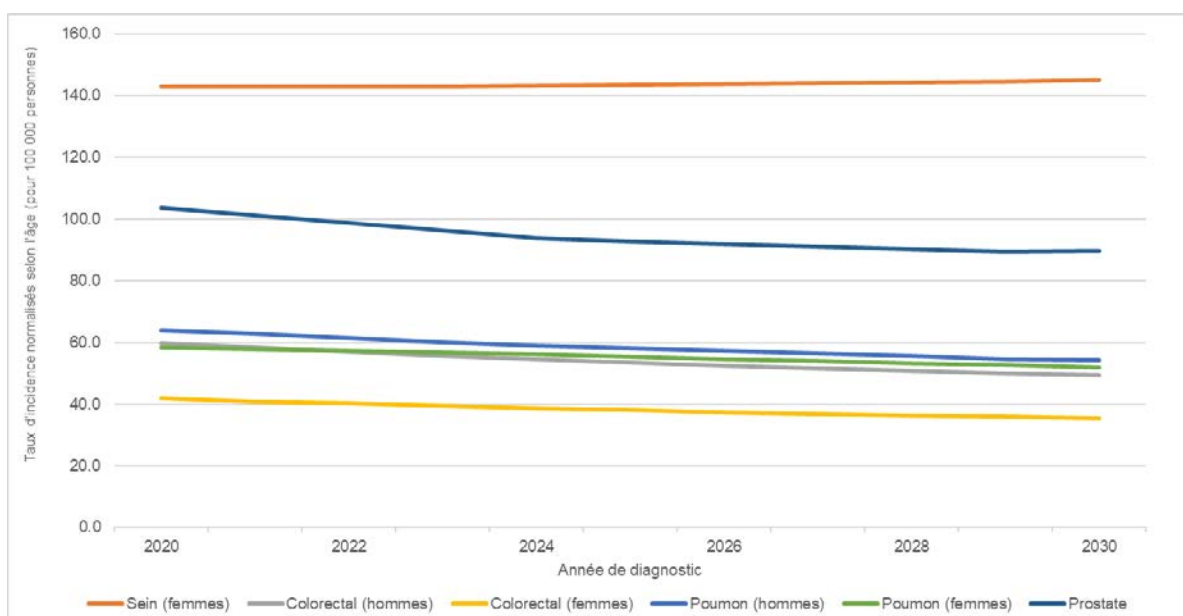
1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. Les taux d'incidence réels et projetés des cas diagnostiqués à partir de 2010 se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples. Le début de la mise en place des règles SEER par le Registre des cas de cancer de l'Ontario est indiqué par la zone grisée derrière les années 2010 à 2016. Il ne faut généralement pas faire de comparaisons directes entre les taux de 2009 et ceux des années précédentes. Ces années sont indiquées pour mettre en évidence les répercussions du changement des règles en matière de dénombrement des cancers primitifs multiples.
3. Les projections sont fondées sur les cas malins uniquement (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin).
4. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

La baisse du taux d'incidence chez les hommes sera principalement due aux tendances du cancer de la prostate et du poumon, et dans une moindre mesure, à la tendance du cancer colorectal (Figure 3.3). Les taux de ces trois cancers devraient diminuer. L'augmentation du taux d'incidence chez les femmes devrait être due aux tendances à la hausse des cancers de l'utérus, de la thyroïde et du foie (consultez la partie suivante : « Projection des taux et du dénombrement de l'incidence par type de cancer »).

**Figure 3.3** Projection des taux d'incidence normalisés selon l'âge par sexe pour la plupart des cancers courants, Ontario, 2020 à 2030



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Projection des taux et du dénombrement de l'incidence par type de cancer

Le Tableau 3.1 montre que les taux et le dénombrement projetés de l'incidence pour les nouveaux cas de cancer devraient varier selon le type de cancer. Pour les deux sexes combinés, les taux des cancers du foie, de la thyroïde, de l'utérus, du rein et du pancréas, ainsi que du lymphome non hodgkinien devraient connaître les plus fortes hausses relatives (plus de 10 %) entre 2020 et 2030. Les taux des cancers du larynx, de la vessie, de la prostate et du poumon devraient connaître les plus fortes baisses relatives (plus de 10 %).

Compte tenu de ces changements relatifs des taux, d'ici 2030, le lymphome non hodgkinien, les cancers du pancréas et du foie devraient représenter un pourcentage plus élevé de tous les nouveaux cas de cancer. En revanche, les cancers du poumon et de la vessie devraient représenter un pourcentage plus faible de tous les nouveaux cas de cancer par rapport à 2020.

On observe certaines différences notables au niveau des tendances chez les hommes et les femmes. Plus précisément, la hausse relative du taux d'incidence du cancer du foie devrait être plus importante chez les femmes que chez les hommes. En revanche, les hausses relatives des taux d'incidence projetés des cancers du rein, du pancréas et de la thyroïde sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes.

Les projections des taux d'incidence de cinq des cancers les plus courants en Ontario (sein, prostate, poumon, colorectal et vessie) montrent généralement une orientation des tendances similaire à celle d'une étude canadienne récente qui a examiné le futur fardeau du cancer, hormis quelques exceptions.<sup>[1]</sup> Par exemple, ce rapport prévoit une tendance à la baisse du cancer de la prostate et du cancer colorectal, alors que l'étude prévoit une augmentation de ces types de cancer, bien que la période de projection soit plus longue.

Chez les hommes :

- le taux d'incidence projeté du cancer de la prostate devrait considérablement baisser, bien que cette tendance puisse changer en raison du récent assouplissement des recommandations contre l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le dépistage du cancer de la prostate aux États-Unis.<sup>[2]</sup>

- d'ici 2030, le lymphome non hodgkinien devrait être le quatrième principal cancer, passant devant le cancer de la vessie.

Chez les femmes :

- les cancers du foie et de l'utérus devraient considérablement augmenter.
- d'ici 2030, le taux d'incidence normalisé selon l'âge de trois des cancers les plus courants chez les femmes (thyroïde, utérus et lymphome non hodgkinien) aura augmenté de plus de 10 %.



**Tableau 3.1** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux normalisés selon l'âge par type de cancer et par sexe, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveau x cas (2020)	Hommes et femmes – TINA (2020)	Hommes et femmes – Nouveau x cas (2030)	Hommes et femmes – TINA (2030)	Hommes et femmes – Variation du TINA en %	Hommes – Nouveau x cas (2020)	Hommes – TINA (2020)	Hommes – Nouveau x cas (2030)	Hommes – TINA (2030)	Hommes – Variation du TINA en %	Femmes – Nouveau x cas (2020)	Femmes – TINA (2020)	Femmes – Nouveau x cas (2030)	Femmes – TINA (2030)	Femmes – Variation du TINA en %
<b>Tous les cancers</b>	<b>91 946</b>	<b>551,8</b>	<b>115 306</b>	<b>555,5</b>	<b>0,7</b>	<b>45 494</b>	<b>577,2</b>	<b>56 530</b>	<b>562,5</b>	<b>-2,5</b>	<b>46 452</b>	<b>536,0</b>	<b>58 776</b>	<b>552,4</b>	<b>3,1</b>
Vessie	4 320	24,7	4 960	20,8	-15,8	3 329	41,9	3 898	35,3	-15,8	991	10,5	1 062	8,4	-20,0
Cerveau	1 214	7,7	1 383	7,4	-3,9	695	9,2	796	8,9	-3,3	519	6,3	587	6,0	-4,8
Sein (femme)	11 945	142,8	14 365	145,0	1,5	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	11 945	142,8	14 365	145,0	1,5
Col de l'utérus	553	7,3	571	6,8	-6,8	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	553	7,3	571	6,8	-6,8
Colorectal	9 245	54,4	11 184	52,1	-4,2	5 047	64,1	6 129	60,7	-5,3	4 198	45,9	5 055	44,3	-3,5
Œsophage	984	5,8	1 280	5,8	0,0	755	9,5	997	9,7	2,1	229	2,4	283	2,3	-4,2
Lymphome hodgkinien	398	2,7	434	2,7	0,0	209	2,9	222	2,8	-3,4	189	2,5	212	2,6	4,0
Rein	2 904	17,8	3 961	20,0	12,4	1 918	24,9	2 692	28,7	15,3	986	11,3	1 269	12,0	6,2
Larynx	402	2,4	399	1,8	-25,0	342	4,3	340	3,3	-23,3	60	0,7	59	0,5	-28,6
Leucémie	2 796	16,8	3 517	16,8	0,0	1 621	20,9	2 032	20,4	-2,4	1 175	13,3	1 485	13,6	2,3
Foie	1 802	10,5	2 714	12,0	14,3	1 181	14,7	1 659	15,5	5,4	621	6,8	1 055	8,8	29,4
Poumon	10 592	60,8	12 235	53,0	-12,8	5 127	64,0	5 838	54,2	-15,3	5 465	58,5	6 397	51,9	-11,3



Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveau x cas (2020)	Hommes et femmes – TINA (2020)	Hommes et femmes – Nouveau x cas (2030)	Hommes et femmes – TINA (2030)	Hommes et femmes – Variation du TINA en %	Hommes – Nouveau x cas (2020)	Hommes – TINA (2020)	Hommes – Nouveau x cas (2030)	Hommes – TINA (2030)	Hommes – Variation du TINA en %	Femmes – Nouveau x cas (2020)	Femmes – TINA (2020)	Femmes – Nouveau x cas (2030)	Femmes – TINA (2030)	Femmes – Variation du TINA en %
Mélanome	4 364	26,4	5 601	26,3	-0,4	2 539	32,8	3 350	32,5	-0,9	1 825	21,5	2 251	21,3	-0,9
Myélome	1 526	8,9	2 096	9,3	4,5	877	11,1	1 228	11,7	5,4	649	7,0	868	7,3	4,3
Lymphome non hodgkinien	5 490	33,0	7 805	36,8	11,5	3 154	40,7	4 579	45,6	12,0	2 336	26,3	3 226	29,0	10,3
Cavité buccale et pharynx	2 067	12,7	2 667	13,5	6,3	1 506	19,5	1 973	21,2	8,7	561	6,4	694	6,3	-1,6
Ovaire	1 277	15,2	1 454	14,6	-3,9	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 277	15,2	1 454	14,6	-3,9
Pancréas	2 533	14,7	3 696	16,5	12,2	1 352	17,1	2 046	19,7	15,2	1 181	12,6	1 650	13,5	7,1
Prostate	8 528	103,8	9 392	89,8	-13,5	8 528	103,8	9 392	89,8	-13,5	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Estomac	1 826	10,8	2 492	11,6	7,4	1 161	14,8	1 584	15,6	5,4	665	7,4	908	8,1	9,5
Testicule	490	7,0	559	7,6	8,6	490	7,0	559	7,6	8,6	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Thyroïde	4 109	27,6	5 369	31,5	14,1	1 118	15,1	1 608	18,7	23,8	2 991	39,6	3 761	43,8	10,6
Utérus	3 355	39,4	4 494	45,0	14,2	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	3 355	39,4	4 494	45,0	14,2

**Abréviations :** TINA désigne le taux d'incidence normalisé selon l'âge; S.O. signifie sans objet.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

2. Les taux d'incidence projetés se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués en 2010 et par la suite.
3. Les projections sont fondées sur les cas malins uniquement (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin).

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



### **Incidence projetée par âge**

Les variations prévues des taux et du dénombrement de l'incidence varieront également par groupe d'âge entre 2020 et 2030.

Personnes âgées de 0 à 39 ans :

- Les taux d'incidence de la leucémie, du lymphome non hodgkinien, ainsi que des cancers du pancréas, du sein, de la cavité buccale et du pharynx devraient connaître les plus fortes hausses relatives (plus de 10 %) (Tableau 3.2).
- Les taux des cancers de la vessie, du col de l'utérus et du poumon, ainsi que du mélanome devraient connaître les plus fortes baisses relatives (plus de 10 %).



**Tableau 3.2** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux par âge, par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas (2020)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2020)	0 à 39 ans – Nouveaux cas (2030)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2030)	0 à 39 ans – Variation du taux selon l'âge en %	40 à 59 ans – Nouveaux cas (2020)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2020)	40 à 59 ans – Nouveaux cas (2030)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2030)	40 à 59 ans – Variation du taux selon l'âge en %
<b>Tous les cancers</b>	<b>4 379</b>	<b>62,6</b>	<b>4 970</b>	<b>67,1</b>	<b>7,2</b>	<b>20 215</b>	<b>516,6</b>	<b>20 538</b>	<b>514,7</b>	<b>-0,4</b>
Vessie	30	0,4	19	0,3	-25,0	480	12,3	371	9,3	-24,4
Cerveau	241	3,4	258	3,5	2,9	311	7,9	300	7,5	-5,1
Sein (femme)	541	15,6	649	17,8	14,1	3 997	201,1	4 188	204,2	1,5
Col de l'utérus	142	4,1	127	3,5	-14,6	239	12,0	243	11,8	-1,7
Colorectal	156	2,2	164	2,2	0,0	1 724	44,1	1 813	45,4	2,9
Œsophage	7	0,1	8	0,1	0,0	180	4,6	168	4,2	-8,7
Lymphome hodgkinien	207	3,0	214	2,9	-3,3	87	2,2	88	2,2	0,0
Rein	110	1,6	126	1,7	6,2	835	21,3	933	23,4	9,9
Larynx	**	**	**	**	**	72	1,8	57	1,4	-22,2
Leucémie	314	4,5	384	5,2	15,6	481	12,3	478	12,0	-2,4
Foie	27	0,4	28	0,4	0,0	301	7,7	283	7,1	-7,8
Poumon	50	0,7	48	0,6	-14,3	1 314	33,6	1 134	28,4	-15,5
Mélanome	305	4,4	287	3,9	-11,4	990	25,3	940	23,6	-6,7
Myélome	12	0,2	15	0,2	0,0	256	6,5	258	6,5	0,0
Lymphome non hodgkinien	351	5,0	460	6,2	24,0	1 104	28,2	1 200	30,1	6,7
Cavité buccale et pharynx	56	0,8	63	0,9	12,5	621	15,9	610	15,3	-3,8
Ovaire	84	2,4	80	2,2	-8,3	391	19,7	399	19,5	-1,0
Pancréas	35	0,5	53	0,7	40,0	398	10,2	432	10,8	5,9
Prostate	0	0,0	0	0,0	0,0	1 343	69,8	955	49,2	-29,5

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas (2020)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2020)	0 à 39 ans – Nouveaux cas (2030)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2030)	0 à 39 ans – Variation du taux selon l'âge en %	40 à 59 ans – Nouveaux cas (2020)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2020)	40 à 59 ans – Nouveaux cas (2030)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2030)	40 à 59 ans – Variation du taux selon l'âge en %
Estomac	41	0,6	45	0,6	0,0	364	9,3	408	10,2	9,7
Testicule	335	9,5	357	9,5	0,0	127	6,6	158	8,1	22,7
Thyroïde	757	10,8	754	10,2	-5,6	1 838	47,0	1 991	49,9	6,2
Utérus	64	1,8	74	2,0	11,1	1 054	53,0	1 172	57,1	7,7

**Tableau 3.2 (suite)** Projection du dénombrement de l'incidence et des taux par âge, par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	60 à 79 ans – Nouveaux cas (2020)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2020)	60 à 79 ans – Nouveaux cas (2030)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2030)	60 à 79 ans – Variation du taux selon l'âge en %	80 ans et plus – Nouveaux cas (2020)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2020)	80 ans et plus – Nouveaux cas (2030)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2030)	80 ans et plus – Variation du taux selon l'âge en %
<b>Tous les cancers</b>	<b>50 120</b>	<b>1 699,1</b>	<b>64 046</b>	<b>1748,6</b>	<b>2,9</b>	<b>17 232</b>	<b>2501,4</b>	<b>25 752</b>	<b>2 394,6</b>	<b>-4,3</b>
Vessie	2 509	85,1	2 775	75,8	-10,9	1 301	188,9	1 795	166,9	-11,6
Cerveau	519	17,6	620	16,9	-4,0	143	20,8	205	19,1	-8,2
Sein (femme)	5 826	378,4	7 052	371,7	-1,8	1 581	385,4	2 476	403,3	4,6
Col de l'utérus	144	9,4	165	8,7	-7,4	28	6,8	36	5,9	-13,2
Colorectal	5 005	169,7	6 126	167,3	-1,4	2 360	342,6	3 081	286,5	-16,4
Œsophage	580	19,7	759	20,7	5,1	217	31,5	345	32,1	1,9
Lymphome hodgkinien	83	2,8	101	2,8	0,0	21	3,0	31	2,9	-3,3
Rein	1 537	52,1	2 173	59,3	13,8	422	61,3	729	67,8	10,6
Larynx	258	8,7	255	7,0	-19,5	68	9,9	83	7,7	-22,2
Leucémie	1 366	46,3	1 742	47,6	2,8	635	92,2	913	84,9	-7,9
Foie	1 110	37,6	1 674	45,7	21,5	364	52,8	729	67,8	28,4
Poumon	6 657	225,7	7 486	204,4	-9,4	2 571	373,2	3 567	331,7	-11,1

Type de cancer	60 à 79 ans – Nouveaux cas (2020)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2020)	60 à 79 ans – Nouveaux cas (2030)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2030)	60 à 79 ans – Variation du taux selon l'âge en %	80 ans et plus – Nouveaux cas (2020)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2020)	80 ans et plus – Nouveaux cas (2030)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2030)	80 ans et plus – Variation du taux selon l'âge en %
Mélanome	2 126	72,1	2 673	73,0	1,2	943	136,9	1 701	158,2	15,6
Myélome	869	29,5	1 186	32,4	9,8	389	56,5	637	59,2	4,8
Lymphome non hodgkinien	2 866	97,2	4 024	109,9	13,1	1 169	169,7	2 121	197,2	16,2
Cavité buccale et pharynx	1 132	38,4	1 560	42,6	10,9	258	37,5	434	40,4	7,7
Ovaire	604	39,2	713	37,6	-4,1	198	48,3	262	42,7	-11,6
Pancréas	1 410	47,8	2 032	55,5	16,1	690	100,2	1 179	109,6	9,4
Prostate	6 303	447,0	7 303	413,6	-7,5	882	316,5	1 134	245,7	-22,4
Estomac	974	33,0	1 361	37,2	12,7	447	64,9	678	63,0	-2,9
Testicule	25	1,8	38	2,2	22,2	**	**	6	1,3	**
Thyroïde	1 373	46,5	2 294	62,6	34,6	141	20,5	330	30,7	49,8
Utérus	1 908	123,9	2 625	138,4	11,7	329	80,2	623	101,5	26,6

**Symbole :** \*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6).

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes.
2. Les taux d'incidence projetés se basent sur les règles *Surveillance, Epidemiology, and End Results* du *National Cancer Institute* (NCI SEER) pour le dénombrement des cancers primitifs multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués en 2010 et par la suite.
3. Les projections sont fondées sur les cas malins uniquement (à l'exclusion du cancer de la peau avec mélanome bénin).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Personnes âgées de 40 à 59 ans :

- Seul le taux d'incidence du cancer des testicules connaîtra la plus forte hausse projetée (plus de 10 %).
- On observera des baisses de plus de 10 % pour les cancers de la prostate, de la vessie, du larynx et du poumon.

Il existe des différences entre les groupes d'âge de moins de 60 ans et de plus de 60 ans en ce qui concerne les types de cancers et le nombre de types de cancers pour lesquels on prévoit des changements.

Personnes âgées de 60 à 79 ans (représentant la plus grande proportion de cancers) :

- Les taux d'incidence du lymphome non hodgkinien, ainsi que des cancers de la thyroïde, des testicules, du foie, du pancréas, du rein, de l'estomac, de la cavité buccale et du pharynx devraient connaître les plus fortes hausses relatives. Les taux d'incidence des cancers du larynx, de la vessie et du poumon devraient connaître les plus fortes baisses relatives.

Personnes âgées de plus de 80 ans (groupe d'âge des personnes les plus âgées) :

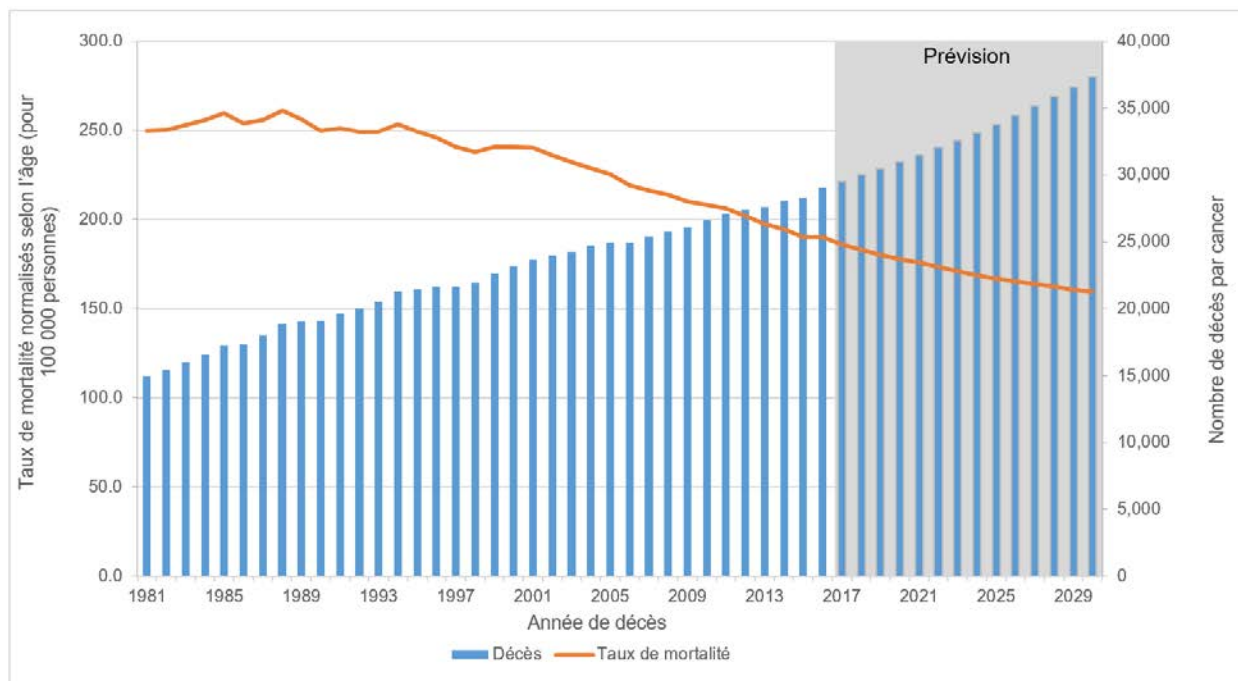
- Le taux d'incidence de ce groupe devrait connaître la plus forte baisse globale entre 2020 et 2030.
- Comme pour le groupe des 60 à 79 ans, les taux d'incidence du lymphome non hodgkinien, du mélanome, ainsi que des cancers de la thyroïde, du foie, de l'utérus et des testicules devraient connaître les plus fortes hausses relatives.
- Les taux d'incidence des cancers de la prostate, du larynx, du col de l'utérus, de la vessie, des ovaires, du poumon et colorectal devraient connaître les plus fortes baisses relatives.

Le dépistage du cancer à l'échelle de la population peut avoir une forte influence sur les taux de nouveaux cas de cancer diagnostiqués et, par conséquent, sur les taux d'incidence futurs. Ces projections ne tiennent pas compte de l'influence prévue des futurs programmes de dépistage dans la population, comme celui prévu pour le cancer du poumon.

### **Mortalité projetée par sexe**

Les décès par cancer devraient augmenter de 22 % au cours des dix prochaines années, passant de 30 975 décès en 2020 à 37 351 décès en 2030 (Figure 3.4).

**Figure 3.4** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2030



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

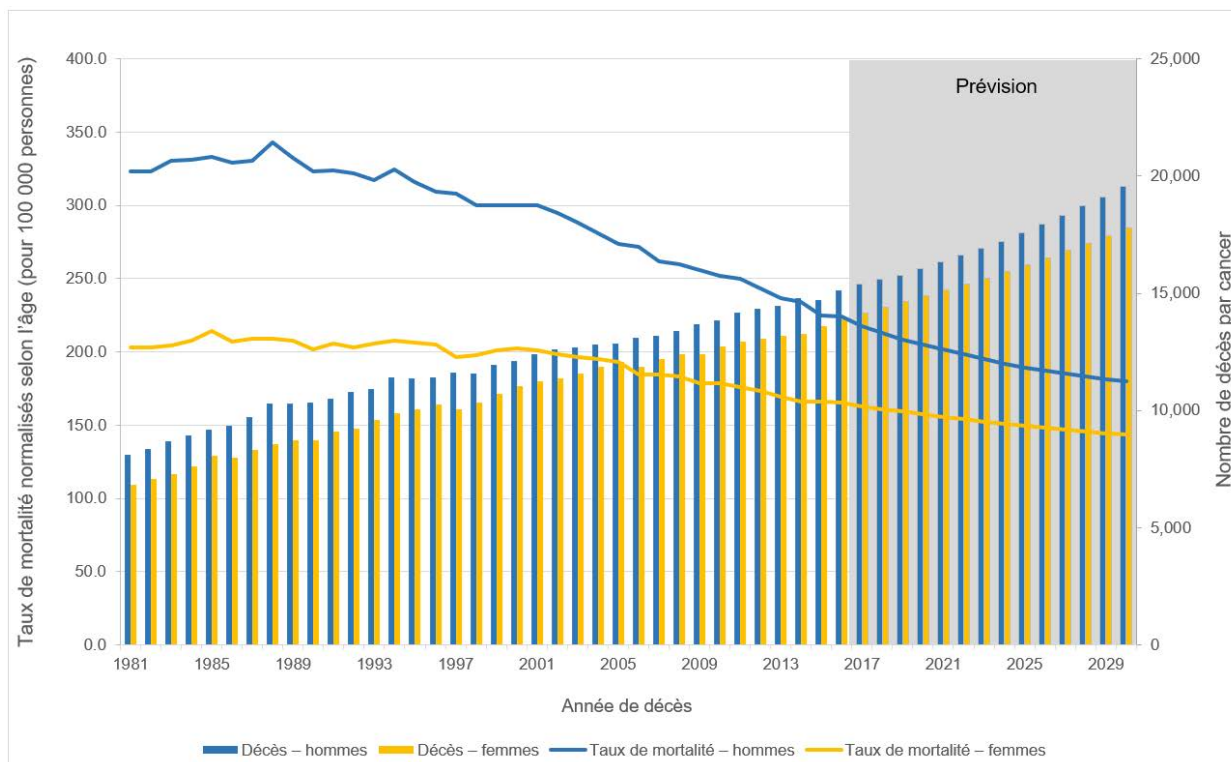
**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le nombre croissant de décès par cancer reflétera l'augmentation de l'incidence. Chez les hommes, les décès par cancer devraient augmenter, passant de 16 066 en 2020 à 19 563 en 2030. Chez les femmes, le nombre de décès par cancer passera de 14 909 en 2020 à 17 788 en 2030 (Figure 3.5).

Toutefois, si l'on tient compte de l'accroissement de la population, le taux de mortalité par cancer devrait baisser entre 2020 (178 pour 100 000) et 2030 (159,8 pour 100 000). La baisse des taux de mortalité globaux reflète une baisse continue des taux de mortalité par cancer chez les hommes et les femmes. Le taux de mortalité devrait baisser un peu plus rapidement chez les hommes que chez les femmes (Figure 3.5).



**Figure 3.5** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l'âge par sexe pour tous les cancers confondus, Ontario, 1981 à 2030



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

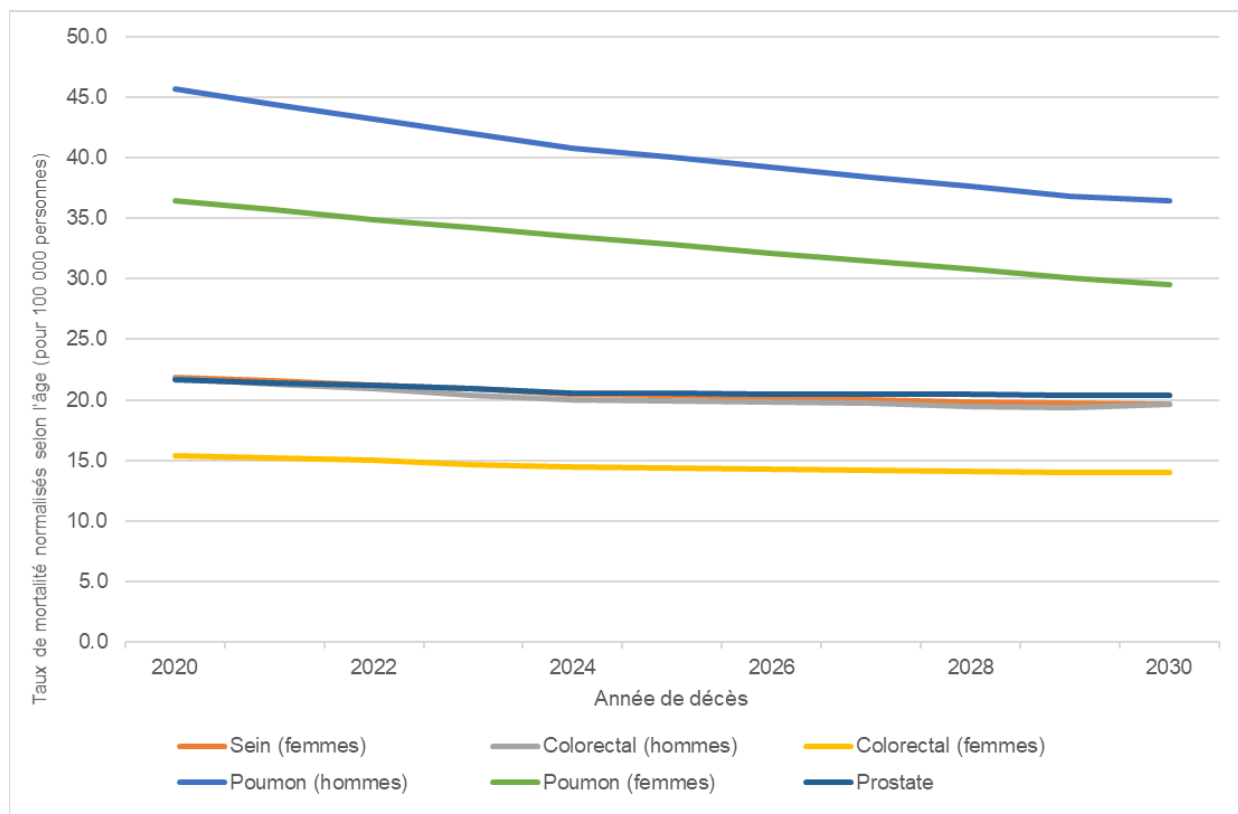
1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. La zone grisée derrière l'année 2017 et les années qui suivent indique des données prévisionnelles.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

On s'attend à ce que la baisse projetée des taux de mortalité soit principalement due au cancer du poumon (Figure 3.6). On s'attend également à ce que les cas du cancer du sein et du cancer colorectal baissent.

**Figure 3.6** Projection des taux de mortalité normalisés selon l'âge par sexe pour la plupart des cancers courants, Ontario, 2020 à 2030



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Mortalité projetée par type de cancer

Le Tableau 3.3 montre que le nombre de décès et les taux projetés devraient varier selon le type de cancer. Pour les deux sexes combinés, seul le taux de mortalité du cancer du foie devrait connaître une hausse relative notable (de 6 %) entre 2020 et 2030, principalement en raison du taux chez les femmes. Pour la plupart des cancers examinés, le taux de mortalité devrait baisser entre 2020 et 2030, et les taux du lymphome de Hodgkin, du lymphome non hodgkinien, ainsi que des cancers du poumon et du larynx devraient connaître les plus fortes baisses relatives (plus de 10 %).

Compte tenu de ces changements relatifs des taux, d'ici 2030, le cancer du poumon devrait représenter un pourcentage plus faible des décès par rapport à 2020, tandis que le cancer du foie représentera un pourcentage légèrement plus élevé.

On observe certaines différences notables au niveau des tendances chez les hommes et les femmes.

- Les taux de mortalité par cancer colorectal et par mélanome devraient connaître des baisses relatives plus fortes chez les hommes que chez les femmes.
- Les taux de mortalité par cancer du rein et par cancer du larynx devraient connaître des baisses relatives plus fortes chez les femmes que chez les hommes.
- Les baisses relatives des taux de mortalité projetés pour la plupart des cancers sont similaires chez les hommes et chez les femmes.
- Le taux de mortalité projeté du cancer du col de l'utérus devrait connaître une baisse relative importante chez les femmes.



**Tableau 3.3** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux normalisés selon l'âge par type de cancer et par sexe, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes – Décès (2020)	Hommes et femmes – TMNA (2020)	Hommes et femmes – Décès (2030)	Hommes et femmes – TMNA (2030)	Hommes et femmes – Variation du TMNA en %	Hommes – Décès (2020)	Hommes – TMNA (2020)	Hommes – Décès (2030)	Hommes – TMNA (2030)	Hommes – Variation du TMNA en %	Femmes – Décès (2020)	Femmes – TMNA (2020)	Femmes – Décès (2030)	Femmes – TMNA (2030)	Femmes – Variation du TMNA en %
<b>Tous les cancers</b>	<b>30 975</b>	<b>178,0</b>	<b>37 351</b>	<b>159,8</b>	<b>-10,2</b>	<b>16 066</b>	<b>205,0</b>	<b>19 563</b>	<b>180,0</b>	<b>-12,2</b>	<b>14 909</b>	<b>157,8</b>	<b>17 788</b>	<b>143,5</b>	<b>-9,1</b>
Vessie	982	5,5	1 364	5,3	-3,6	706	9,2	994	8,7	-5,4	276	2,7	370	2,6	-3,7
Cerveau	945	5,8	1 164	5,8	0,0	521	6,8	629	6,6	-2,9	424	4,9	535	5,1	4,1
Sein (femme)	1 980	21,9	2 183	19,6	-10,5	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 980	21,9	2 183	19,6	-10,5
Col de l'utérus	185	2,3	226	2,4	4,3	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	185	2,3	226	2,4	4,3
Colorectal	3 194	18,3	3 846	16,6	-9,3	1 694	21,8	2 083	19,6	-10,1	1 500	15,4	1 763	14,0	-9,1
Œsophage	913	5,3	1 189	5,2	-1,9	716	9,0	942	9,0	0,0	197	2,0	247	1,9	-5,0
Lymphome hodgkinien	42	0,3	43	0,2	-33,3	25	0,3	25	0,3	0,0	17	0,2	18	0,2	0,0
Rein	669	3,8	811	3,5	-7,9	447	5,7	558	5,3	-7,0	222	2,3	253	1,8	-21,7
Larynx	130	0,7	136	0,6	-14,3	109	1,4	122	1,1	-21,4	21	0,2	14	0,1	-50,0
Leucémie	1 212	6,9	1 559	6,4	-7,2	708	9,1	914	8,2	-9,9	505	5,2	646	4,9	-5,8
Foie	1 454	8,4	2 089	8,9	6,0	916	11,5	1 268	11,6	0,9	538	5,7	821	6,5	14,0
Poumon	7 124	40,5	7 830	32,7	-19,3	3 648	45,7	4 022	36,4	-20,4	3 476	36,4	3 808	29,5	-19,0
Mélanome	580	3,4	715	3,1	-8,8	378	4,9	466	4,4	-10,2	202	2,2	251	2,1	-4,5
Myélome	620	3,5	779	3,2	-8,6	349	4,4	453	4,1	-6,8	271	2,8	326	2,5	-10,7

Type de cancer	Hommes et femmes – Décès (2020)	Hommes et femmes – TMNA (2020)	Hommes et femmes – Décès (2030)	Hommes et femmes – TMNA (2030)	Hommes et femmes – Variation du TMNA en %	Hommes – Décès (2020)	Hommes – TMNA (2020)	Hommes – Décès (2030)	Hommes – TMNA (2030)	Hommes – Variation du TMNA en %	Femmes – Décès (2020)	Femmes – TMNA (2020)	Femmes – Décès (2030)	Femmes – TMNA (2030)	Femmes – Variation du TMNA en %
Lymphome non hodgkinien	1 110	6,4	1 276	5,3	-17,2	630	8,1	744	6,8	-16,0	480	4,9	532	4,0	-18,4
Cavité buccale et pharynx	503	2,9	592	2,7	-6,9	348	4,4	398	3,9	-11,4	155	1,6	194	1,5	-6,3
Ovaire	723	7,9	850	7,4	-6,3	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	723	7,9	850	7,4	-6,3
Pancréas	2 152	12,3	2 948	12,5	1,6	1 084	13,7	1 470	13,7	0,0	1 068	11,1	1 478	11,5	3,6
Prostate	1 670	21,7	2 383	20,4	-6,0	1 670	21,7	2 383	20,4	-6,0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Estomac	788	4,6	992	4,5	-2,2	481	6,2	600	5,7	-8,1	307	3,3	392	3,4	3,0
Testicule	14	0,2	13	0,2	0,0	14	0,2	13	0,2	0,0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Thyroïde	95	0,5	128	0,5	0,0	47	0,6	64	0,6	0,0	48	0,5	64	0,5	0,0
Utérus	559	6,0	789	6,4	6,7	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	559	6,0	789	6,4	6,7

**Abréviation :** TMNA désigne le taux de mortalité normalisé selon l'âge.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Mortalité projetée par âge

Les variations prévues des taux et du dénombrement de la mortalité par cancer varieront par groupe d'âge entre 2020 et 2030.

Personnes âgées de 0 à 39 ans :

- Le taux de décès par cancer du sein connaîtra le plus forte hausse relative (plus de 10 %).
- Les taux du lymphome non hodgkinien, de la leucémie, ainsi que des cancers de l'estomac, du cerveau et colorectal devraient baisser (Tableau 3.4).

Personnes âgées de 40 à 59 ans :

- Les taux de décès de plusieurs cancers devraient connaître les plus fortes baisses relatives, comme : le lymphome hodgkinien, le lymphome non hodgkinien, la leucémie, le mélanome, le myélome, les cancers de la prostate, du larynx, du poumon, de la cavité buccale et du pharynx, de la vessie, de l'œsophage, et du foie.
- Le taux du cancer colorectal devrait connaître une hausse relative importante.

Il existe des différences entre les groupes d'âge de moins de 60 ans et de plus de 60 ans en ce qui concerne les types de cancers et le nombre de types de cancers pour lesquels on prévoit des changements.

Personnes âgées de 60 à 79 ans :

- Les taux de décès du lymphome hodgkinien, du lymphome non hodgkinien, ainsi que des cancers du larynx, du sein, du poumon, du rein et des ovaires devraient connaître les plus fortes baisses relatives.
- Les taux de décès des cancers du foie, de la prostate et de l'utérus devraient connaître les plus fortes hausses relatives.

Personnes âgées de plus de 80 ans (groupe d'âge des personnes les plus âgées) :

- Le taux de décès de ce groupe (12,9 %) devrait connaître la plus forte baisse relative globale entre 2020 et 2030.
- Comme pour le groupe des 60 à 79 ans, les taux de décès des cancers suivants connaîtront les plus fortes baisses relatives : lymphome hodgkinien, lymphome non hodgkinien, cancers des testicules, du sein, du poumon, de l'estomac, de la prostate et colorectal. Les taux de décès des cancers de l'utérus et du foie devraient connaître les plus fortes hausses.



**Tableau 3.4** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux par âge, par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	0 à 39 ans – Décès (2020)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2020)	0 à 39 ans – Décès (2030)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2030)	0 à 39 ans – Variation du taux selon l'âge en %	40 à 59 ans – Décès (2020)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2020)	40 à 59 ans – Décès (2030)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2030)	40 à 59 ans – Variation du taux selon l'âge en %
Tous les cancers	399	5,7	395	5,3	-7,0	3 797	97,0	3 485	87,3	-10,0
Vessie	**	**	**	**	**	49	1,3	43	1,1	-15,4
Cerveau	75	1,1	77	1,0	-9,1	231	5,9	224	5,6	-5,1
Sein (femme)	57	1,6	62	1,7	6,2	442	22,2	454	22,1	-0,5
Col de l'utérus	17	0,5	18	0,5	0,0	71	3,6	77	3,8	5,6
Colorectal	30	0,4	16	0,2	-50,0	368	9,4	417	10,5	11,7
Œsophage	**	**	7	0,1	**	143	3,7	128	3,2	-13,5
Lymphome hodgkinien	6	0,1	6	0,1	0,0	6	0,2	**	**	**
Rein	**	**	**	**	**	87	2,2	80	2,0	-9,1
Larynx	0	0,0	0	0,0	0,0	12	0,3	8	0,2	-33,3
Leucémie	44	0,6	40	0,5	-16,7	104	2,7	89	2,2	-18,5
Foie	18	0,3	27	0,3	0,0	183	4,7	163	4,1	-12,8
Poumon	15	0,2	16	0,2	0,0	702	17,9	539	13,5	-24,6
Mélanome	18	0,3	24	0,3	0,0	92	2,4	77	1,9	-20,8
Myélome	0	0,0	0	0,0	0,0	59	1,5	52	1,3	-13,3
Lymphome non hodgkinien	15	0,2	9	0,1	-50,0	117	3,0	92	2,3	-23,3

Type de cancer	0 à 39 ans – Décès (2020)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2020)	0 à 39 ans – Décès (2030)	0 à 39 ans – Taux selon l'âge (2030)	0 à 39 ans – Variation du taux selon l'âge en %	40 à 59 ans – Décès (2020)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2020)	40 à 59 ans – Décès (2030)	40 à 59 ans – Taux selon l'âge (2030)	40 à 59 ans – Variation du taux selon l'âge en %
Cavité buccale et pharynx	**	**	**	**	**	93	2,4	77	1,9	-20,8
Ovaire	10	0,3	8	0,3	0,0	128	6,4	135	6,6	3,1
Pancréas	9	0,2	10	0,2	0,0	264	6,7	251	6,3	-6,0
Prostate	0	0,0	0	0,0	0,0	53	2,8	35	1,8	-35,7
Estomac	12	0,2	9	0,1	-50,0	131	3,3	134	3,4	3,0
Testicule	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Thyroïde	0	0,0	0	0,0	0,0	12	0,3	12	0,3	0,0
Utérus	**	**	**	**	**	77	3,9	77	3,8	-2,6





**Tableau 3.4 (suite)** Projection du dénombrement de la mortalité et des taux par âge, par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	60 à 79 ans – Décès (2020)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2020)	60 à 79 ans – Décès (2030)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2030)	60 à 79 ans – Variation du taux selon l'âge en %	80 ans et plus – Décès (2020)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2020)	80 ans et plus – Décès (2030)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2030)	80 ans et plus – Variation du taux selon l'âge en %
<b>Tous les cancers</b>	<b>15 636</b>	<b>530,1</b>	<b>18 313</b>	<b>500,0</b>	<b>-5,7</b>	<b>11 143</b>	<b>1 617,5</b>	<b>15 158</b>	<b>1 409,5</b>	<b>-12,9</b>
Vessie	401	13,6	501	13,7	0,7	531	77,1	819	76,2	-1,2
Cerveau	490	16,6	634	17,3	4,2	149	21,6	229	21,3	-1,4
Sein (femme)	843	54,8	881	46,4	-15,3	638	155,5	786	128,0	-17,7
Col de l'utérus	69	4,5	92	4,8	6,7	28	6,8	39	6,4	-5,9
Colorectal	1 452	49,2	1 747	47,7	-3,0	1 344	195,1	1 666	154,9	-20,6
Œsophage	515	17,5	656	17,9	2,3	250	36,3	398	37,0	1,9
Lymphome hodgkinien	20	0,7	20	0,5	-28,6	10	1,5	12	1,1	-26,7
Rein	335	11,4	374	10,2	-10,5	243	35,3	352	32,7	-7,4
Larynx	73	2,5	70	1,9	-24,0	45	5,5	58	5,4	-1,8
Leucémie	558	18,9	692	18,9	0,0	506	73,5	738	68,6	-6,7
Foie	838	28,4	1 193	32,6	14,8	415	60,2	706	65,6	9,0
Poumon	4 256	144,3	4 500	122,9	-14,8	2 151	312,2	2 775	258,0	-17,4
Mélanome	277	9,4	320	8,7	-7,4	193	28,0	294	27,3	-2,5
Myélome	330	11,2	402	11,0	-1,8	231	33,5	325	30,2	-9,9
Lymphome non hodgkinien	546	18,5	595	16,2	-12,4	432	62,7	580	53,9	-14,0
Cavité buccale et pharynx	282	9,6	330	9,0	-6,3	124	18,0	183	17,0	-5,6

Type de cancer	60 à 79 ans – Décès (2020)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2020)	60 à 79 ans – Décès (2030)	60 à 79 ans – Taux selon l'âge (2030)	60 à 79 ans – Variation du taux selon l'âge en %	80 ans et plus – Décès (2020)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2020)	80 ans et plus – Décès (2030)	80 ans et plus – Taux selon l'âge (2030)	80 ans et plus – Variation du taux selon l'âge en %
Ovaire	388	25,2	437	23,0	-8,7	197	48,0	270	44,0	-8,3
Pancréas	1 177	39,9	1 574	43,0	7,8	702	101,9	1 113	103,5	1,6
Prostate	672	47,7	966	54,7	14,7	945	339,1	1 382	299,5	-11,7
Estomac	381	12,9	506	13,8	7,0	262	38,0	342	31,8	-16,3
Testicule	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Thyroïde	50	1,7	65	1,8	5,9	33	4,8	51	4,7	-2,1
Utérus	326	21,2	444	23,4	10,4	153	37,3	264	43,0	15,3

**Symbole :** \*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6).

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les projections à long terme de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer sont par nature incertaines. La fiabilité des projections dépend de plusieurs facteurs, notamment de ce qui suit :

- la précision des prévisions démographiques
- les facteurs qui peuvent faire varier rapidement l'incidence du cancer ou les taux de mortalité, tels que l'introduction de nouveaux tests de détection précoce (p. ex., le test du virus du papillome humain (VPH) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ou le test immunochimique fécal (TIF) pour le dépistage de cancer colorectal) ou l'introduction d'un nouveau traitement (p. ex., l'immunothérapie)

La comparaison des projections à long terme sur le cancer avec les données actuelles constitue un point de référence utile pour évaluer les interventions de prévention et de traitement existantes. Les prévisions sont également importantes pour la planification future des soins de santé et de la prévention. Les projections aident les planificateurs de la santé et les décideurs politiques à prévoir les ressources nécessaires pour prévenir, dépister et diagnostiquer le cancer, traiter les patients qui viennent de recevoir un diagnostic, fournir des services palliatifs et de fin de vie et assurer des soins continus aux survivants du cancer.

### Références

1. Poirier AE, Ruan Y, Walter SD, Franco EL, Villeneuve PJ, King WD, et coll.; au nom de l'équipe de l'étude ComPARE. The future burden of cancer in Canada: long-term cancer incidence projections 2013–2042. *Cancer Epidemiol.* Avril 2019;59:199-207.
2. US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 8 mai 2018;319(18):1901-13.

# Chapitre 4: Fardeau des cancers rares en Ontario

Les cancers rares sont différents des cancers courants, mais ne sont pas bien compris. Ce chapitre aborde les cancers chez les adultes dont le nombre de cas est inférieur à 6 pour 100 000 personnes chaque année.

Il n'existe que très peu de renseignements sur les cancers rares chez les adultes en Ontario, et plus généralement au Canada, alors que ces cancers représentent un important problème de santé publique.  
[1,2]

Les cancers rares sont différents des cancers courants à plusieurs égards :

- Le manque de connaissance de ces cancers par les fournisseurs de soins de santé peut entraîner des retards de diagnostic. Des études ont révélé des retards entre l'apparition des premiers symptômes d'un cancer rare et le moment du diagnostic.
- Le manque de traitements possibles pour les cancers rares peut conduire à des résultats moins satisfaisants pour les patients.
- Les fournisseurs de soins de santé ne comprennent pas bien les cancers rares et leur traitement, car le financement et la recherche sont limités, et étant donné le faible nombre de patients qui en sont atteints il n'est pas facile de réaliser des essais cliniques.
- Les services de soutien et les renseignements destinés aux personnes atteintes d'un cancer rare sont souvent indisponibles ou limités, ce qui accentue ces sentiments d'aliénation, de confusion et de stress que ressentent les patients.

À partir de la définition la plus courante proposée par le consortium RARECARE de l'Union européenne [3], le présent rapport définit les cancers rares comme des cancers dont le nombre de cas est inférieur à 6 pour 100 000 personnes par an. RARECAREnet, qui constitue une mise à jour récente des statistiques RARECARE initiales, recense une longue liste de 198 cancers rares classés en 63 groupes.

En vue de simplifier l'examen des cancers rares, le présent rapport se base sur plusieurs critères pour modifier la liste des cancers de RARECAREnet. Consultez les Critères d'inclusion et d'exclusion pour obtenir de plus amples renseignements.

## Les cancers rares par rapport aux cancers courants

### Incidence et mortalité

Cette partie examine l'incidence et la mortalité globales de tous les cancers en Ontario répondant à la définition des moins de 6 cas pour 100 000 par an.

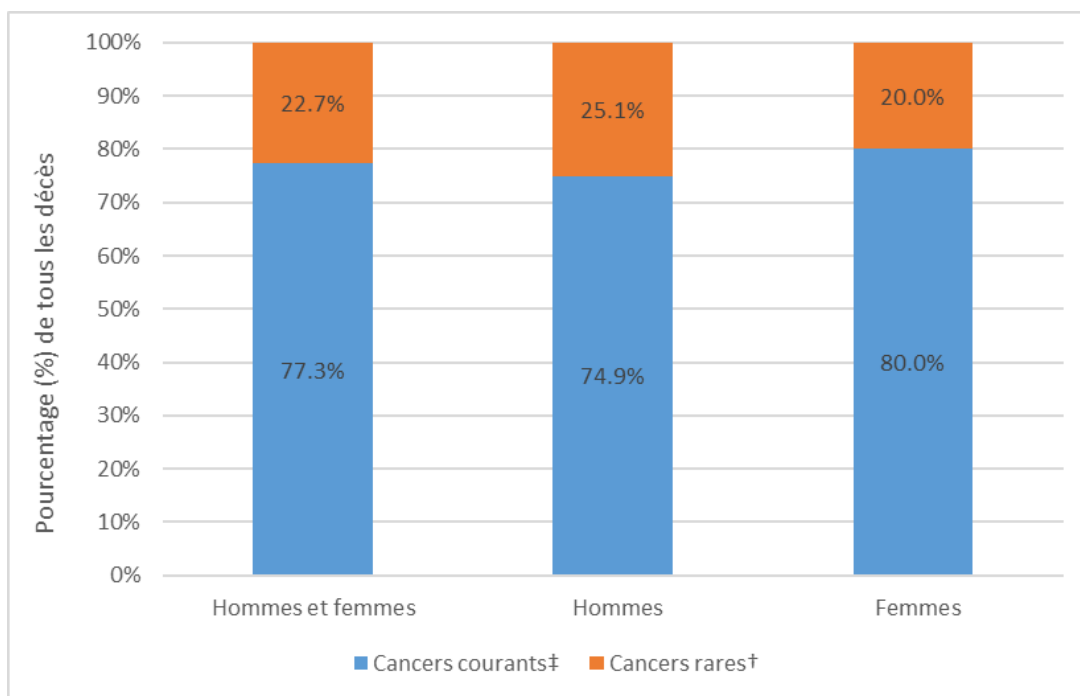
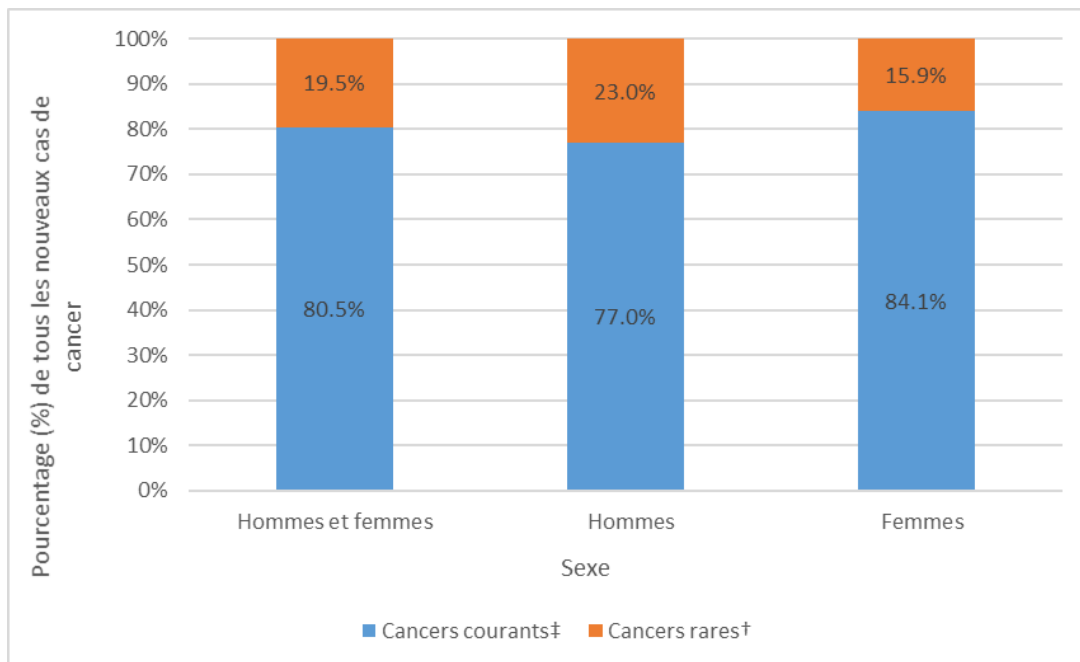
Les cancers rares représentaient environ 20 % de tous les nouveaux cas diagnostiqués entre 2012 et 2016, et environ 23 % de tous les décès attribuables à ces cancers en Ontario (Figure 4.1).

- Chez les hommes, les cancers rares représentaient 23 % des nouveaux cas et environ 25 % des décès.
- Chez les femmes, les cancers rares représentaient environ 16 % des nouveaux cas et 20 % des décès.

Si l'on utilise une définition similaire pour un cancer rare, mais sans tenir compte des types histologiques, la proportion de nouveaux cas considérés comme rares était plus élevée en Ontario qu'aux États-Unis, où 13 % des cancers diagnostiqués chez les adultes de 20 ans et plus étaient considérés comme rares en 2017.<sup>[4]</sup> Une analyse réalisée en Angleterre a révélé que les cancers rares contribuent à près de la moitié de tous les nouveaux cas (47 %).<sup>[5]</sup>

Il peut y avoir des différences avec les autres provinces et territoires par rapport à la fréquence des cancers enregistrés, car ils utilisent des méthodes différentes. Les provinces et territoires qui incluent des sous-types histologiques rares des cancers courants dans leurs définitions d'un cancer rare ont affiché un pourcentage plus élevé de cas considérés comme rares. Par exemple, une étude antérieure réalisée aux États-Unis indique que 20 % des cas étaient considérés comme rares,<sup>[6]</sup> 22 % en Europe,<sup>[3]</sup> et 25 % en Italie.<sup>[8]</sup> En outre, ces chiffres incluent les cancers diagnostiqués à tout âge, et devraient donc être légèrement plus élevés, car les cancers rares sont plus fréquents chez les jeunes (voir Figure 4.2).

**Figure 4.1** Proportion de nouveaux cas et de décès par cancer rare par rapport aux cancers courants par sexe, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Symboles :**

† comprend le cancer de l'œsophage, le lymphome hodgkinien, le cancer du larynx, le cancer des testicules et des cancers rares qui n'ont pas été examinés explicitement dans ce rapport.

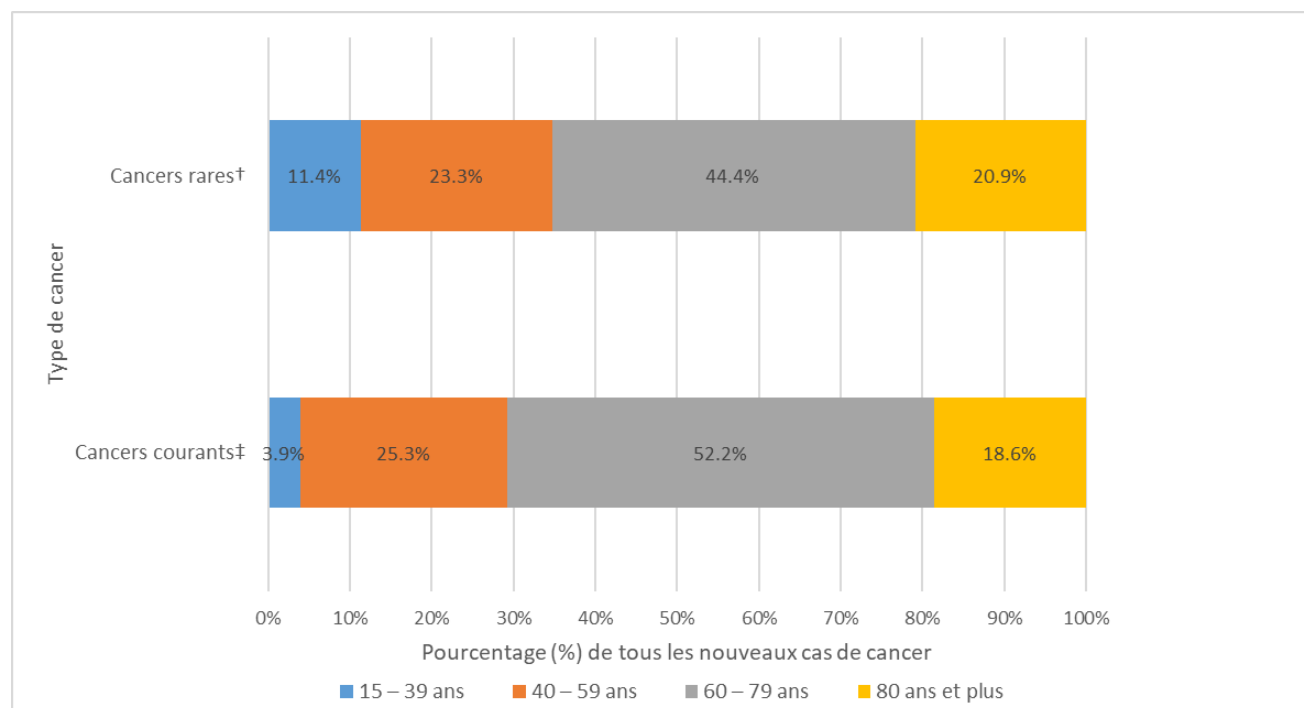
‡Sauf indication contraire, comprend les cancers autres que ceux considérés comme rares (p. ex., ceux ayant un taux d'incidence d'au moins 6 pour 100 000).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les personnes atteintes d'un cancer rare étaient près de trois fois plus susceptibles d'être âgées de 15 à 39 ans que celles atteintes d'un cancer courant (Figure 4.2). Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans (52,2 %), le pourcentage de cancers courants (52,2 %) était plus important que le pourcentage de cancers rares (44,4 %). On a observé des résultats similaires dans d'autres provinces et territoires.<sup>[8,9]</sup> En général, les cancers rares présentent une composante génétique, ce qui peut expliquer pourquoi ils surviennent plus souvent chez les personnes plus jeunes, car ils peuvent apparaître plus tôt que les cancers qui sont plus fortement liés au vieillissement.<sup>[9]</sup>

**Figure 4.2** Proportion de nouveaux cas de cancers rares par rapport aux cancers courants par groupe d'âge, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Symboles :**

† comprend le cancer de l'œsophage, le lymphome hodgkinien, le cancer du larynx, le cancer des testicules et des cancers rares qui n'ont pas été examinés explicitement dans ce rapport.

‡Sauf indication contraire, comprend les cancers autres que ceux considérés comme rares (p. ex., ceux ayant un taux d'incidence d'au moins 6 pour 100 000).

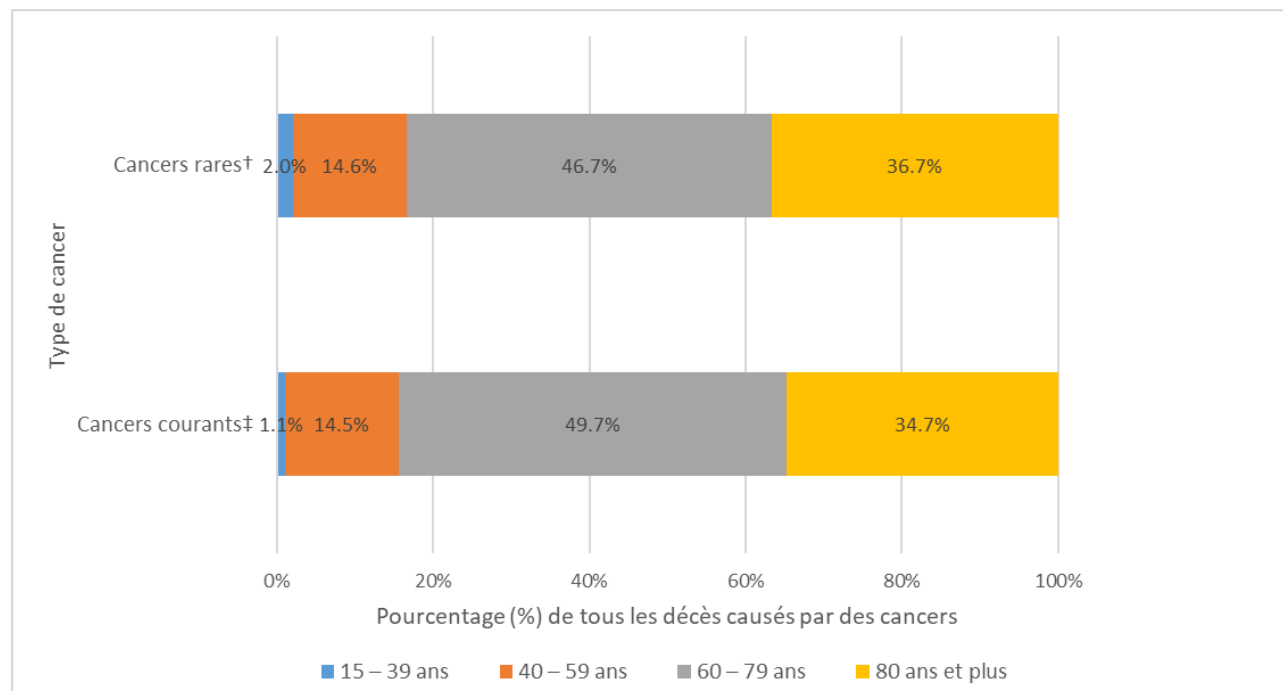
**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

MORTALITÉ SELON L'ÂGE

Les cancers rares chez les personnes âgées de 15 à 39 ans représentaient près du double de la proportion de décès par cancer (2 % contre 1,1 %) par rapport aux cancers courants dans le même groupe d'âge (Figure 4.3). Les proportions étaient généralement similaires dans tous les autres groupes d'âge, avec un peu moins de décès chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, et un nombre plus important de décès chez les personnes de 80 ans et plus par rapport aux personnes atteintes d'un cancer courant.

**Figure 4.3** Proportion de décès par cancer rare par rapport aux cancers courants par groupe d'âge, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.



## Symboles :

† comprend le cancer de l'œsophage, le lymphome hodgkinien, le cancer du larynx, le cancer des testicules et des cancers rares qui n'ont pas été examinés explicitement dans ce rapport.

‡Sauf indication contraire, comprend les cancers autres que ceux considérés comme rares (p. ex., ceux ayant un taux d'incidence d'au moins 6 pour 100 000).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Survie

Les statistiques sur la survie sont un indicateur clé du pronostic, de l'efficacité des programmes de lutte contre le cancer et du traitement du cancer. Le rapport de survie relative (RSR) indique la probabilité qu'une personne atteinte d'un cancer survive pendant un certain temps (p. ex., 5 ans) par rapport à une personne comparable (p. ex., une personne du même âge et du même sexe) au sein de la population générale. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le chapitre 7 : Survie au cancer.

Le rapport de survie relative à 5 ans était nettement plus faible pour les cancers rares (56,6 %) que pour les cancers courants (68,8 %) (Figure 4.4). Cela peut s'expliquer par le fait que les options thérapeutiques pour les cancers rares sont moins nombreuses et moins efficaces, et que les cancers rares sont plus susceptibles d'avoir un diagnostic tardif.<sup>[8]</sup> En revanche, le taux de survie plus élevé pour les cancers courants reflète plusieurs facteurs qui, ensemble, peuvent conduire à de meilleurs résultats :

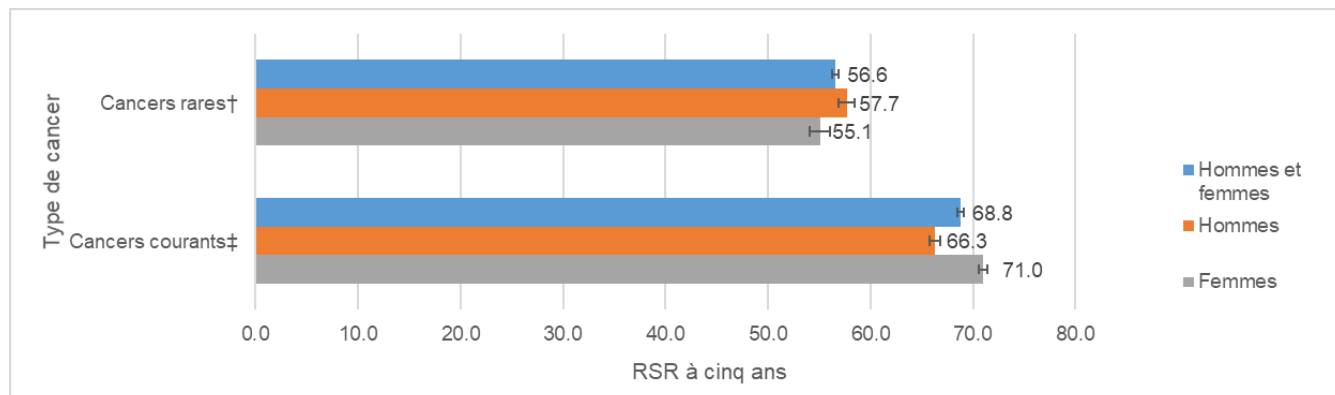
- Meilleures connaissances du traitement de ces cancers par les oncologues
- Disponibilité d'un plus grand nombre d'options thérapeutiques
- Financement accru pour la recherche
- Disponibilité des tests de dépistage pour certains cancers
- Efforts de plaidoyer plus importants et meilleur soutien aux patients

La survie relative à cinq ans pour les cancers rares était similaire à celle enregistrée en Europe (47 %)<sup>[3]</sup> et en Italie (55 %).<sup>[8]</sup>

## SURVIE SELON LE SEXE

En ce qui concerne les cancers rares, on ne constate pas de grande différence entre la survie chez les hommes et la survie chez les femmes (Figure 4.4). Toutefois, par rapport à la survie pour les cancers courants, la survie à 5 ans pour les cancers rares en Ontario était inférieure de 11 points de pourcentage chez les hommes, mais de 19,2 points de pourcentage chez les femmes. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus pour les cancers rares aux États-Unis.<sup>6</sup>

**Figure 4.4** Rapport de survie relative à 5 ans pour les cancers rares par rapport aux cancers courants par sexe, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviation :** RSR désigne le rapport de survie relative.

**Symboles :**

† comprend le cancer de l’œsophage, le lymphome hodgkinien, le cancer du larynx, le cancer des testicules et des cancers rares qui n’ont pas été examinés explicitement dans ce rapport.

‡Sauf indication contraire, comprend les cancers autres que ceux considérés comme rares (p. ex., ceux ayant un taux d’incidence d’au moins 6 pour 100 000).

**Remarque :** Analyse limitée au groupe d’âge de 15 à 99 ans.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, , Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l’Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le taux de survie plus faible pour les cancers rares peut être dû aux différences de stade au moment du diagnostic. Une étude a révélé que les cancers rares étaient plus souvent diagnostiqués à des stades avancés que les cancers courants.<sup>[6]</sup> Cela pourrait s’expliquer par leur fréquence moins importante, ce qui peut signifier qu’ils ne sont pas considérés comme un diagnostic lors de l’examen des symptômes.<sup>[6,10]</sup> En outre, les options thérapeutiques efficaces font souvent défaut pour les cancers rares, ce qui peut entraîner une survie plus faible.<sup>[3,11]</sup>

Pour certains cancers, comme ceux qui sont plus fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes, les différences de survie peuvent également être dues à des différences dans la biologie des tumeurs.<sup>[12]</sup>

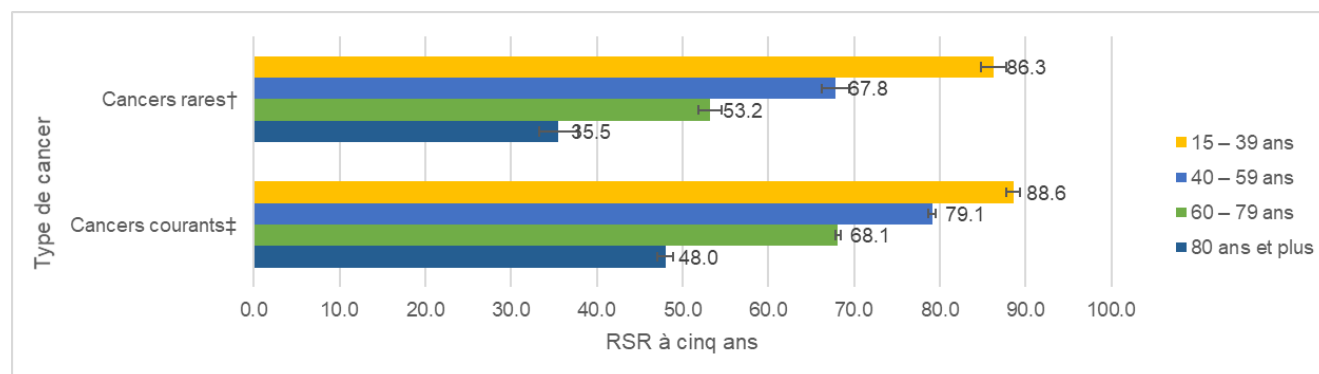
SURVIE SELON L’ÂGE

Chez les personnes âgées de 15 à 39 ans, il n’y avait pas de grande différence entre les taux de survie aux cancers rares et ceux aux cancers courants (Figure 4.5). Les différences entre les taux de survie ne

sont apparues que dans les groupes d'âge plus avancés, la différence augmentant généralement avec l'âge.

Les personnes atteintes d'un cancer rare diagnostiqué entre 40 et 59 ans présentaient un rapport de survie relative à 5 ans de 11,3 points de pourcentage de moins que celui des personnes atteintes d'un cancer courant. La différence de survie a augmenté de 14,9 points de pourcentage pour les personnes âgées de 60 à 79 ans, et de 20,4 points de pourcentage pour le groupe d'âge de 80 à 99 ans. L'absence de différence de survie dans le plus jeune groupe d'âge peut s'expliquer par le fait que la plupart des cancers chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes (p. ex., le cancer des testicules) sont rares, et qu'il est plus probable d'avoir des traitements efficaces par rapport aux rares cancers prévalant chez les adultes plus âgés (p. ex., le mésothéliome).<sup>[13,14]</sup>

**Figure 4.5** Rapport de survie relative à 5 ans pour les cancers rares par rapport aux cancers courants par groupe d'âge, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviation :** RSR désigne le rapport de survie relative.

**Symboles :**

† comprend le cancer de l'œsophage, le lymphome hodgkinien, le cancer du larynx, le cancer des testicules et des cancers rares qui n'ont pas été examinés explicitement dans ce rapport.

‡Sauf indication contraire, comprend les cancers autres que ceux considérés comme rares (p. ex., ceux ayant un taux d'incidence d'au moins 6 pour 100 000).

**Remarque :** Analyse limitée au groupe d'âge de 15 à 99 ans.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Prévalence

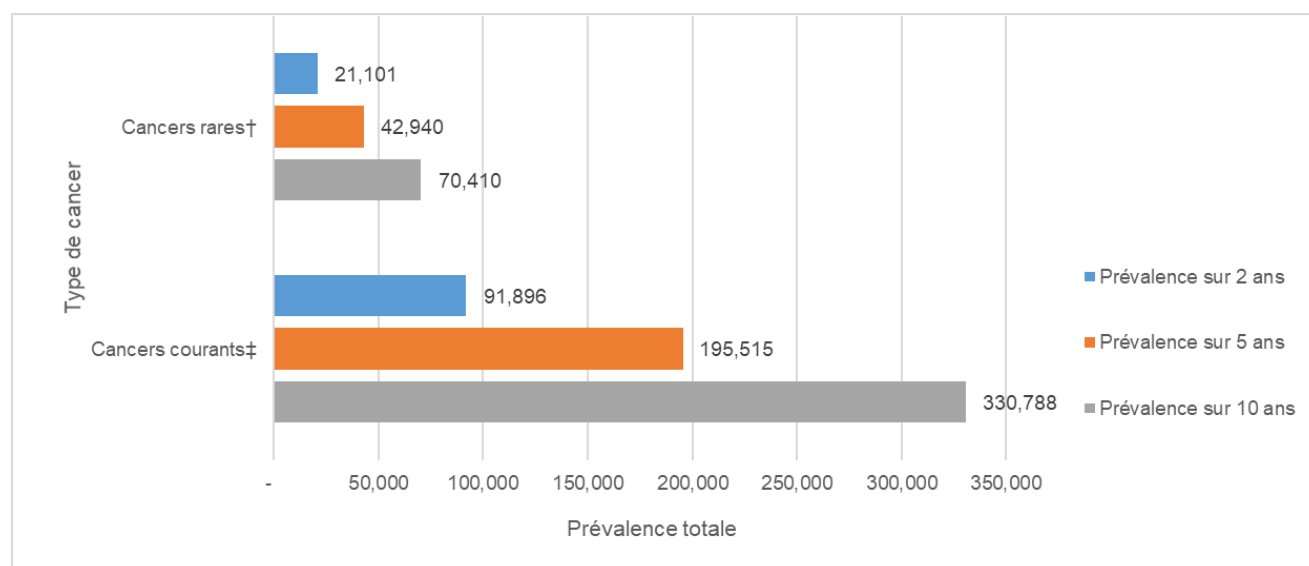
La prévalence du cancer reflète l'augmentation, la diminution ou la stabilité des taux d'incidence et de mortalité par cancer dans la population. Elle peut donc aider à décider de la répartition des ressources en matière de diagnostic, de traitement et de soins.

La prévalence du cancer décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (p. ex., le 1<sup>er</sup> janvier 2017) et chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'un certain nombre d'années précédentes (p. ex., 2 ans, 5 ans, 10 ans, 30 ans). Pour obtenir de plus de plus amples renseignements, consultez le chapitre 8 : Prévalence du cancer.

Les calculs de la prévalence présentés ici se basent sur le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer. Par conséquent, une personne n'est comptée qu'une seule fois, même si elle a reçu plus d'un diagnostic de cancer.

L'incidence et la survie étant plus faibles pour les cancers rares que pour les cancers courants, la prévalence devrait également être plus faible. Pour toutes les périodes de prévalence (c.-à-d., 2, 5 et 10 ans), les cancers rares représentent environ 18 % de tous les cas prévalents (Figure 4.6).

**Figure 4.6** Prévalence sur 2 ans, 5 ans et 10 ans des cancers rares par type de cancer, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

### Symboles :

† comprend le cancer de l'œsophage, le lymphome hodgkinien, le cancer du larynx, le cancer des testicules et des cancers rares qui n'ont pas été examinés explicitement dans ce rapport.

‡Sauf indication contraire, comprend les cancers autres que ceux considérés comme rares (p. ex., ceux ayant un taux d'incidence d'au moins 6 pour 100 000).

**Remarque :** Les calculs de la prévalence sont fondés sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Incidence et mortalité de certains cancers rares

Cette partie présente un sous-ensemble de certains cancers rares classés par famille (ou regroupement principal), similaire à la liste de RARECAREnet :

- Anus, canal anal et anorectum
- Appendice
- Os et articulations
- Sein (hommes)
- Œil et orbite
- Vésicule biliaire et autres voies biliaires
- Sarcome de Kaposi
- Glandes salivaires principales
- Mésothéliome
- Oreille moyenne
- Cavité nasale et sinus paranasaux
- Pénis
- Péritoine, épiploon et mésentère
- Plèvre
- Rétropéritoine
- Intestin grêle
- Tissus mous, y compris le cœur
- Thymus et médiastin
- Trachée
- Urètre et bassinnet du rein
- Vagin
- Vulve

Parmi les cancers rares présentés, celui qui était le plus fréquemment diagnostiqué concernait le groupe des cancers de la vésicule biliaire et des autres organes biliaires (5,6 pour 100 000), qui représentait moins de 1 % de tous les cancers diagnostiqués entre 2012 et 2016 (Tableau 4.1)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) des cancers rares suivants a nettement augmenté chez les hommes et les femmes :

- Os et articulations
- Œil et orbite
- Vésicule biliaire et autres voies biliaires
- Sarcome de Kaposi
- Glandes salivaires principales

- Mésothéliome
- Cavité nasale et sinus paranasaux
- Tissus mous, y compris le cœur
- Thymus et médiastin
- Urètre et bassinets du rein

En revanche, le TINA des cancers rares suivants était plus élevé chez les femmes que chez les hommes :

- Anus, canal anal et anorectum
- Appendice

Pour les deux sexes combinés ainsi que chez les femmes, les cancers des tissus mous (y compris le cœur) ont été la principale cause de décès par cancer, suivis par la vésicule biliaire et les autres organes biliaires. Cependant, chez les hommes, le mésothéliome était la principale cause de décès par cancer, suivi des sarcomes des tissus mous.



**Tableau 4.1** Dénombrement de l'incidence et de la mortalité et taux normalisés selon l'âge par type de cancer et par sexe, Ontario, 2012 à 2016

Type de cancer	Nouveaux cas	% de tous les nouveaux cas	TINA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TINA	Décès	% de tous les décès	TMNA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TMNA
<b>Hommes et femmes</b>								
Anus, canal anal et anorectum	1 359	0,3 %	2,3	2,2 – 2,4	212	0,2 %	0,4	0,3 – 0,4
Appendice	1 200	0,3 %	2,1	2,0 – 2,2	155	0,1 %	0,3	0,2 – 0,3
Os et articulations	741	0,2 %	1,3	1,2 – 1,4	284	0,2 %	0,5	0,4 – 0,5
Œil et orbite	804	0,2 %	1,4	1,3 – 1,5	88	0,1 %	0,1	0,1 – 0,2
Vésicule biliaire et autres voies biliaires	3 351	0,9 %	5,6	5,4 – 5,8	923	0,7 %	1,5	1,4 – 1,6
Sarcome de Kaposi	232	0,1 %	0,4	0,3 – 0,4	13	0,0 %	0,0	0,0 – 0,0
Glandes salivaires principales	1 222	0,3 %	2,1	1,9 – 2,2	235	0,2 %	0,4	0,3 – 0,4
Mésothéliome	1 147	0,3 %	1,9	1,8 – 2,0	816	0,6 %	1,3	1,3 – 1,4
Oreille moyenne	14	0,0 %	0,0	0,0 – 0,0	**	**	**	**
Cavité nasale et sinus paranasaux	567	0,1 %	1,0	0,9 – 1,0	123	0,1 %	0,2	0,2 – 0,2
Péritoine, épiploon et mésentère	352	0,1 %	0,6	0,5 – 0,7	167	0,1 %	0,3	0,2 – 0,3
Plèvre	60	0,0 %	0,1	0,1 – 0,1	13	0,0 %	0,0	0,0 – 0,0
Rétropéritoine	429	0,1 %	0,7	0,7 – 0,8	55	0,0 %	0,1	0,1 – 0,1
Intestin grêle	2 292	0,6 %	3,9	3,7 – 4,0	462	0,3 %	0,8	0,7 – 0,8
Tissus mous y compris le cœur	3 080	0,8 %	5,2	5,1 – 5,4	1 041	0,7 %	1,8	1,6 – 1,9
Thymus et médiastin	410	0,1 %	0,7	0,6 – 0,8	27	0,0 %	0,0	0,0 – 0,1
Trachée	162	0,0 %	0,3	0,2 – 0,3	21	0,0 %	0,0	0,0 – 0,1

Type de cancer	Nouveaux cas	% de tous les nouveaux cas	TINA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TINA	Décès	% de tous les décès	TMNA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TMNA
Uretere et bassinnet du rein	834	0,2 %	1,4	1,3 – 1,5	119	0,1 %	0,2	0,2 – 0,2
<b>Hommes</b>								
Anus, canal anal et anorectum	521	0,3 %	1,9	1,7 – 2,1	74	0,1 %	0,3	0,2 – 0,3
Appendice	510	0,3 %	1,8	1,7 – 2,0	64	0,1 %	0,2	0,2 – 0,3
Os et articulations	418	0,2 %	1,5	1,4 – 1,7	164	0,2 %	0,6	0,5 – 0,7
Sein (hommes)	437	0,2 %	1,6	1,5 – 1,8	80	0,1 %	0,3	0,2 – 0,4
Œil et orbite	440	0,2 %	1,6	1,4 – 1,8	43	0,1 %	0,2	0,1 – 0,2
Vésicule biliaire et autres parties biliaires	1 670	0,9 %	6,2	5,9 – 6,5	381	0,5 %	1,5	1,3 – 1,6
Sarcome de Kaposi	192	0,1 %	0,7	0,6 – 0,8	9	0,0 %	0,0	0,0 – 0,1
Glandes salivaires principales	744	0,4 %	2,8	2,6 – 3,0	155	0,2 %	0,6	0,5 – 0,7
Mésothéliome	894	0,5 %	3,4	3,2 – 3,6	666	0,9 %	2,5	2,3 – 2,7
Oreille moyenne	11	0,0 %	0,0	0,0 – 0,1	**	**	**	**
Cavité nasale et sinus paranasaux	335	0,2 %	1,2	1,1 – 1,4	73	0,1 %	0,3	0,2 – 0,3
Pénis	496	0,3 %	1,8	1,7 – 2,0	94	0,1 %	0,4	0,3 – 0,4
Péritoine, épiploon et mésentère	127	0,1 %	0,5	0,4 – 0,6	32	0,0 %	0,1	0,1 – 0,2
Plèvre	34	0,0 %	0,1	0,1 – 0,2	**	**	**	**
Rétropéritoine	224	0,1 %	0,8	0,7 – 0,9	30	0,0 %	0,1	0,1 – 0,2
Intestin grêle	1 203	0,6 %	4,4	4,1 – 4,6	251	0,3 %	0,9	0,8 – 1,1
Tissus mous y compris le cœur	1 764	0,9 %	6,5	6,2 – 6,8	535	0,7 %	2,0	1,8 – 2,2



Type de cancer	Nouveaux cas	% de tous les nouveaux cas	TINA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TINA	Décès	% de tous les décès	TMNA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TMNA
Thymus et médiastin	252	0,1 %	0,9	0,8 – 1,0	20	0,0 %	0,1	0,0 – 0,1
Trachée	94	0,0 %	0,3	0,3 – 0,4	13	0,0 %	0,0	0,0 – 0,1
Urètre et bassinnet du rein	482	0,2 %	1,8	1,6 – 2,0	71	0,1 %	0,3	0,2 – 0,3
<b>Femmes</b>								
Anus, canal anal et anorectum	838	0,4 %	2,7	2,5 – 2,9	138	0,2 %	0,4	0,4 – 0,5
Appendice	690	0,4 %	2,3	2,1 – 2,5	91	0,1 %	0,3	0,2 – 0,4
Os et articulations	323	0,2 %	1,1	1,0 – 1,2	120	0,2 %	0,4	0,3 – 0,5
Œil et orbite	364	0,2 %	1,2	1,1 – 1,3	45	0,1 %	0,1	0,1 – 0,2
Vésicule biliaire et autres voies biliaires	1 681	0,9 %	5,1	4,9 – 5,4	542	0,8 %	1,6	1,5 – 1,7
Sarcome de Kaposi	40	0,0 %	0,1	0,1 – 0,2	**	**	**	**
Glandes salivaires principales	478	0,2 %	1,5	1,4 – 1,7	80	0,1 %	0,2	0,2 – 0,3
Mésothéliome	253	0,1 %	0,8	0,7 – 0,9	150	0,2 %	0,5	0,4 – 0,5
Oreille moyenne	3	0,0 %	0,0	0,0 – 0,0	0	0,0 %	0,0	0,0 – 0,0
Cavité nasale et sinus paranasaux	232	0,1 %	0,7	0,6 – 0,8	50	0,1 %	0,1	0,1 – 0,2
Péritoine, épiploon et mésentère	225	0,1 %	0,7	0,6 – 0,8	135	0,2 %	0,4	0,3 – 0,5
Plèvre	26	0,0 %	0,1	0,1 – 0,1	**	**	**	**
Rétropéritoine	205	0,1 %	0,7	0,6 – 0,8	25	0,0 %	0,1	0,0 – 0,1
Intestin grêle	1 089	0,6 %	3,4	3,2 – 3,7	211	0,3 %	0,6	0,6 – 0,7
Tissus mous y compris le cœur	1 316	0,7 %	4,3	4,0 – 4,5	506	0,8 %	1,6	1,5 – 1,7

Type de cancer	Nouveaux cas	% de tous les nouveaux cas	TINA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TINA	Décès	% de tous les décès	TMNA <sup>†</sup>	Intervalle de confiance à 95 % du TMNA
Thymus et médiastin	158	0,1 %	0,5	0,4 – 0,6	7	0,0 %	0,0	0,0 – 0,0
Trachée	68	0,0 %	0,2	0,2 – 0,3	8	0,0 %	0,0	0,0 – 0,1
Urètre et bassinnet du rein	352	0,2 %	1,0	0,9 – 1,2	48	0,1 %	0,1	0,1 – 0,2
Vagin	493	0,3 %	1,5	1,4 – 1,7	99	0,1 %	0,3	0,2 – 0,4
Vulve	1 605	0,8 %	5,0	4,7 – 5,2	393	0,6 %	1,1	1,0 – 1,3

**Abbréviations :** TINA désigne le taux d'incidence normalisé selon l'âge; TMNA désigne le taux de mortalité normalisé selon l'âge; IC désigne l'intervalle de confiance.

**Symboles :**

\*\*Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6).

<sup>†</sup>Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le TINA des cancers rares a commencé à baisser plus tôt et de façon moins marquée (0,8 % par an depuis 1999) par rapport aux cancers courants (1,4 % par an depuis 2011) (Tableau 4.2). La diminution des cas de cancers rares reflète principalement une diminution chez les hommes, car le taux d'incidence chez les femmes est stable depuis 2008.

Voici les tendances récentes significatives qui ont été observées pour les cancers rares suivants (Tableau 4.2) :

- Augmentation du taux d'incidence : appendice, vésicule biliaire et autres voies biliaires, sein (homme), cavité nasale et sinus paranasaux, pénis, tissus mous y compris le cœur, thymus et médiastin, vulve.

Baisse du taux d'incidence : œil et orbite, plèvre, trachée, péritoine, épiploon et mésentère, vagin.

- Augmentation du taux de mortalité : anus, canal anal et anorectum, appendice, intestin grêle, tissus mous y compris le cœur, vulve.
- Baisse du taux de mortalité : cavité nasale et sinus paranasaux, cavité nasale et sinus paranasaux, vagin.

On a observé des changements de tendance à long terme depuis 1981 pour les cancers suivants :

- Augmentation du taux d'incidence : glandes salivaires principales, mésothéliome.
- Baisse du taux d'incidence : oreille moyenne.
- Augmentation du taux de mortalité : péritoine, épiploon et mésentère.
- Baisse du taux de mortalité : thymus et médiastin, trachée, uretère et bassinnet du rein.



**Tableau 4.2** Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge des cancers rares et courants par sexe, Ontario, 1981 à 2016

Type de cancer	Incidence – Hommes et femmes – période	Incidence – Hommes et femmes – VAP (%)	Incidence – Hommes – période	Incidence – Hommes – VAP (%)	Incidence – Femmes – période	Incidence – Femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes et femmes – période	Mortalité – Hommes et femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes – période	Mortalité – Hommes – VAP (%)	Mortalité – Femmes – période	Mortalité – Femmes – VAP (%)
Cancers courants	1981 – 2000	0,7*	1981 – 2007	0,4*	1981 – 2000	0,7*	1981 – 1988	0,3	1981 – 1988	0,3	1981 – 1985	1,1
	2000 – 2011	0,1	2007 – 2016	-2,1*	2000 – 2008	0,2	1988 – 2001	-0,8*	1988 – 2001	-1,2*	1985 – 2001	-0,4*
	2011 – 2016	-1,4*			2008 – 2011	2,0	2001 – 2016	-1,7*	2001 – 2016	-2,1*	2001 – 2016	-1,4*
					2011 – 2016	-0,6						
Cancers rares	1981 – 1991	0,4*	1981 – 1990	0,7*	1981 – 2008	-0,2*	1981 – 2002	0,4*	1981 – 2001	0,5*	1981 – 2002	0,4*
	1991 – 1996	-1,4	1990 – 2016	-0,8*	2008 – 2011	-3,3	2002 – 2016	-1,1*	2001 – 2016	-1,2*	2002 – 2016	-1,1*
	1996 – 1999	1,0			2011 – 2016	0,9						
	1999 – 2016	-0,8*										
Anus, canal anal et anorectum	1981 – 1995	-11	1981 – 2004	0,6	1981 – 1996	-1	1981 – 2016	1,7	1981 – 2016	0,8	1981 – 1993	-5,0
	1995 – 2004	3,6*	2004 – 2016	-5,1*	1996 – 2002	5,3					1993 – 2003	9,3
	2004 – 2012	-5,6*			2002 – 2016	-1,4*					2003 – 2006	-12,3

Type de cancer	Incidence – Hommes et femmes – période	Incidence – Hommes et femmes – VAP (%)	Incidence – Hommes – période	Incidence – Hommes – VAP (%)	Incidence – Femmes – période	Incidence – Femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes et femmes – période	Mortalité – Hommes et femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes – période	Mortalité – Hommes – VAP (%)	Mortalité – Femmes – période	Mortalité – Femmes – VAP (%)
	2012 – 2016	3,8									2006 – 2013	5,7
Appendice	1981 – 2003	3,2*	1981 – 2002	1,9	1981 – 2003	4*	1981 – 1998	-1,1	**		**	
	2003 – 2016	10,4*	2002 – 2016	9,5*	2003 – 2016	10,6*	1998 – 2016	8,6				
Os et articulations	1981 – 2016	-0,3	1981 – 2016	-0,2	1981 – 2016	-0,3	1981 – 2016	0,2	1981 – 2016	0,1	1981 – 2016	0,4
Sein (hommes)	n/a	n/a	1981 – 2016	0,7*	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 – 2016	-1,1	n/a	n/a
Œil et orbite	1981 – 2016	-0,3*	1981 – 2016	-0,2	1981 – 2016	-0,5*	1981 – 1988	2,8	1981 – 2016	-3,3	1981 – 1986	9,6
							1988 – 1995	-13,9			1986 – 1997	-12,2
							1995 – 2016	-0,4			1997 – 2016	0,9
Vésicule biliaire et autres voies biliaires	1981 – 2006	-0,9*	1981 – 2006	-0,2	1981 – 2005	-1,5*	1981 – 2009	-3,4	1981 – 2004	-2,5	1981 – 1995	-4,4
	2006 – 2016	3,8*	2006 – 2016	4,5*	2005 – 2016	2,8*	2009 – 2016	0,0	2004 – 2007	-12,6	1995 – 2016	-2,3
									2007 – 2016	2,1		
Sarcome de Kaposi	1981 – 1987	36,8*	1981 – 1987	40,8*	1981 – 2016	-2,6*	**		**	**		

Type de cancer	Incidence – Hommes et femmes – période	Incidence – Hommes et femmes – VAP (%)	Incidence – Hommes – période	Incidence – Hommes – VAP (%)	Incidence – Femmes – période	Incidence – Femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes et femmes – période	Mortalité – Hommes et femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes – période	Mortalité – Hommes – VAP (%)	Mortalité – Femmes – période	Mortalité – Femmes – VAP (%)
	1987 – 1994	2,7	1987 – 1994	3								
	1994 – 2000	-20,7*	1994 – 1999	-24*								
	2000 – 2016	-0,9	1999 – 2016	-1,6								
Glandes salivaires principales	1981 – 2016	1,2*	1981 – 2016	1,3*	1981 – 2016	0,9*	1981 – 2016	-0,5	1981 – 2016	-0,5	1981 – 2016	-0,9
Mésothéliome†	1981 – 2016	2,3*	1981 – 2006	3,6*	1981 – 2016	2,2*	2000 – 2005	4,7	2000 – 2005	4,3	2000 – 2016	2,0
			2006 – 2016	0,0			2005 – 2016	-0,9	2005 – 2016	-1,5		
Oreille moyenne	1981 – 2016	-4,3*	**		**		**		**		**	
Cavité nasale et sinus paranasaux	1981 – 2004	-1,6*	1981 – 2004	-1,6*	1981 – 2016	-0,4	1981 – 2016	-2,2	1981 – 2016	-2,3	1981 – 2016	-2,3
	2004 – 2016	1,9*	2004 – 2016	1,6								
Pénis	n/a	n/a	1981 – 2005	-1,3*	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 – 2016	-0,5	n/a	n/a
	n/a	n/a	2005 – 2016	3,5*	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a
Péritoine, épiploon et mésentère	1981 – 2008	4,1*	**		**		1981 – 2016	0,9	**		1981 – 2016	2,3
	2008 – 2012	45,7*										

Type de cancer	Incidence – Hommes et femmes – période	Incidence – Hommes et femmes – VAP (%)	Incidence – Hommes – période	Incidence – Hommes – VAP (%)	Incidence – Femmes – période	Incidence – Femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes et femmes – période	Mortalité – Hommes et femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes – période	Mortalité – Hommes – VAP (%)	Mortalité – Femmes – période	Mortalité – Femmes – VAP (%)
	2012 – 2016	-10,5*										
Plèvre	1981 – 2016	-2*	1981 – 2016	-2,4*	**		**		**		**	
Rétropéritoine	1981 – 2007	-2,1*	1981 – 2007	-4,4*	1981 – 2008	-0,2	1981 – 2001	-7,4	1981 – 2016	-4,9	1981 – 1995	-9,8
	2007 – 2011	65,7*	2007 – 2010	111,8	2008 – 2011	78,3	2001 – 2016	-0,6			1995 – 2016	-1,3
	2011 – 2016	-4,1	2010 – 2016	0,9	2011 – 2016	-7						
Intestin grêle	1981 – 2008	2,1*	1981 – 2016	3*	1981 – 2001	1,2*	1981 – 1991	-5,5	1981 – 1991	-3,7	1981 – 1991	-6,2
	2008 – 2011	13,7			2001 – 2016	5,4*	1991 – 2016	1,8	1991 – 2016	1,4	1991 – 2016	2,2
	2011 – 2016	0,4										
Tissus mous y compris le cœur	1981 – 2016	1*	1981 – 2016	1,2*	1981 – 2016	0,8*	1981 – 2016	1,4	1981 – 2016	1,2	1981 – 1996	1,3
											1996 – 1999	20,3
											1999 – 2003	-8,9
											2003 – 2016	1,3
Thymus et médiastin	1981 – 2016	0,3	1981 – 2016	0,1	1981 – 2016	0,4	1981 – 2016	-5,2	1981 – 2016	-4,3	**	

Type de cancer	Incidence – Hommes et femmes – période	Incidence – Hommes et femmes – VAP (%)	Incidence – Hommes – période	Incidence – Hommes – VAP (%)	Incidence – Femmes – période	Incidence – Femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes et femmes – période	Mortalité – Hommes et femmes – VAP (%)	Mortalité – Hommes – période	Mortalité – Hommes – VAP (%)	Mortalité – Femmes – période	Mortalité – Femmes – VAP (%)
Trachée	1981 – 2016	-3,2*	1981 – 2016	-3,8*	1981 – 2016	-2,1*	**		**		**	
Uretère et bassinet du rein	1981 – 2016	-0,3	1981 – 2016	-0,7*	1981 – 1997	-2,2	1981 – 2016	-1,9	1981 – 2016	-1,2	1981 – 2016	-2,6
					1997 – 2003	8,7						
					2003 – 2016	-2,4						
Vagin	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 – 2006	-1,5*	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 – 2016	-1,3
	n/a	n/a	n/a	n/a	2006 – 2016	5,5*	n/a	n/a	n/a	n/a		
Vulve	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 – 2003	-0,1	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 – 1989	4,8
	n/a	n/a	n/a	n/a	2003 – 2016	2,9*	n/a	n/a	n/a	n/a	1989 – 1992	-15,3
	n/a	n/a	n/a	n/a			n/a	n/a	n/a	n/a	1992 – 2016	2,7

**Abréviation :** VAMP désigne la variation annuelle moyenne en pourcentage.

**Symboles :**

\* Changements de tendance statistiquement significatifs

\*\* Cas trop peu nombreux pour mesurer la tendance

† Le mésothéliome a uniquement été inclus dans la 10<sup>e</sup> édition de la Classification internationale des maladies (CIM). Par conséquent, les tendances relatives à la mortalité ont commencé à se dessiner à partir de 2000.



**Remarques :**

1. Le dénombrement de l'incidence est fondé sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).
2. Les taux sont normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

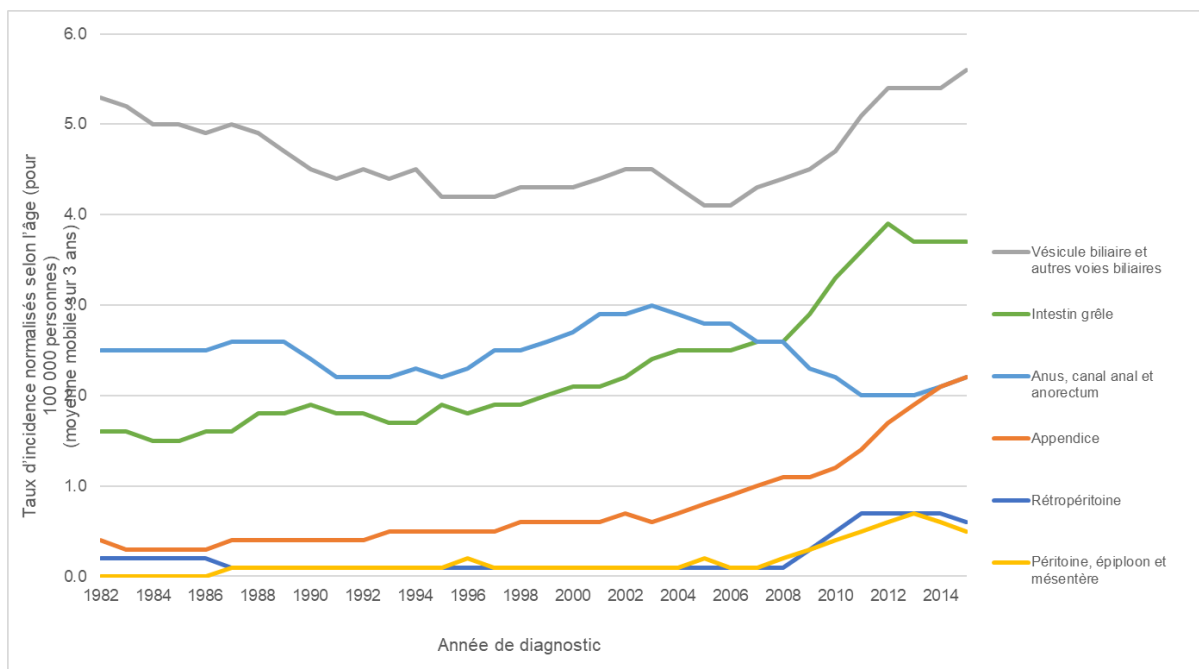
**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Cancers rares par système organique sélectionné

### APPAREIL DIGESTIF

Depuis 1981, le cancer rare le plus fréquent de l'appareil digestif est le groupe des cancers de la vésicule biliaire et autres voies biliaires. En 2016, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) de ces cancers était plus élevé chez les hommes (6,2 pour 100 000) que chez les femmes (5,1 pour 100 000) (Tableau 4.1) et, dans l'ensemble, il a été constamment plus élevé entre 1981 et 2016 (Figure 4.7). Bien que le TINA pour ce groupe de cancer ait diminué de 0,9 % par an entre 1981 et 2006, il a augmenté de 3,8 % par an après 2006 (Tableau 4.2). La baisse qui a eu lieu plus tôt concernait seulement les femmes. Toutefois, l'augmentation après 2006 est due au taux chez les hommes.

**Figure 4.7** Taux d'incidence normalisés selon l'âge des cancers rares de l'appareil digestif, en Ontario, 1981 à 2016 (moyenne mobile de 3 ans, 1982 à 2015)



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

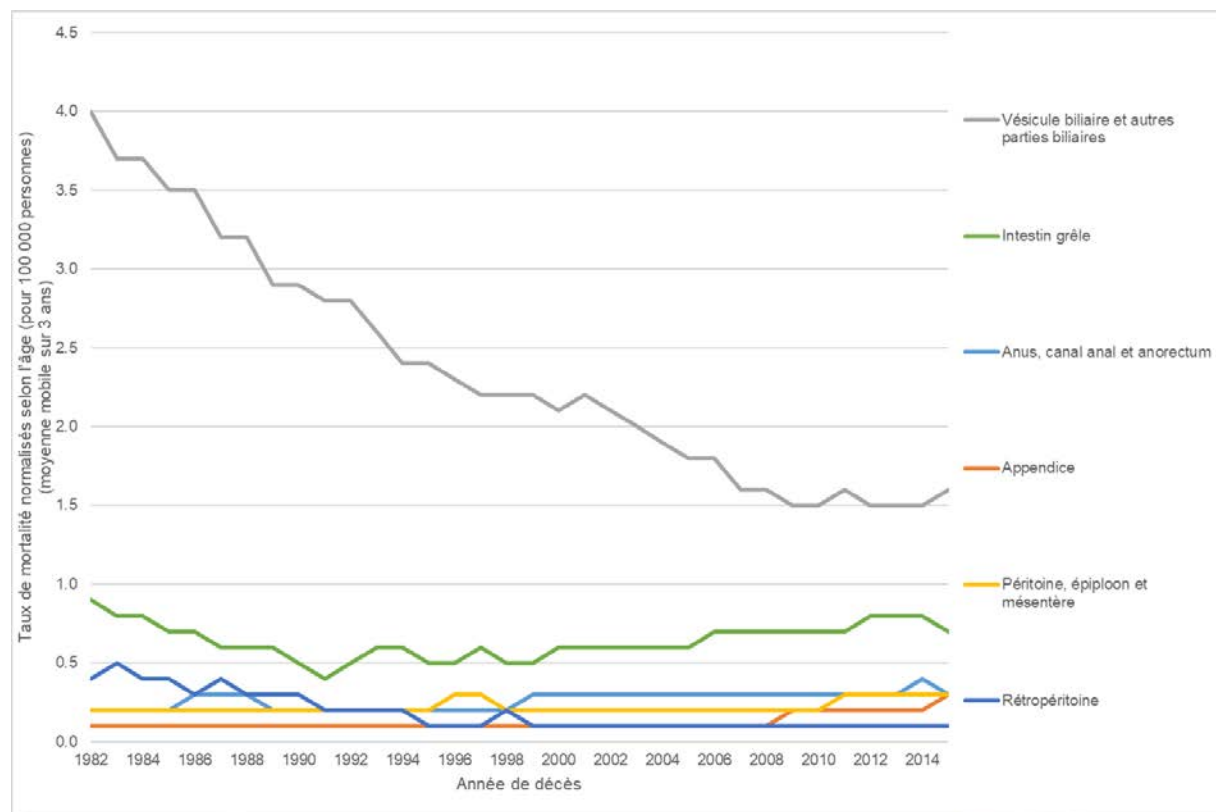
L'augmentation du cancer de la vésicule biliaire et des autres voies biliaires pourrait être due à l'augmentation des niveaux d'obésité. On estime que le risque de cancer de la vésicule biliaire est de 68 à 78 % plus élevé chez les femmes obèses et de 43 à 54 % plus élevé chez les hommes obèses par rapport aux personnes de poids normal.<sup>[15]</sup>

Le cancer de l'intestin grêle était le deuxième cancer gastro-intestinal rare le plus fréquent (Figure 4.7). Le TINA a augmenté de 3 % par an chez les hommes entre 1981 et 2016, et de 5,4 % par an chez les femmes entre 2001 et 2016 (Tableau 4.2). L'augmentation plus rapide de l'incidence du cancer de l'intestin grêle ces dernières années pourrait être due en partie à une détection accrue grâce aux nouvelles technologies, en particulier l'endoscopie par capsule.<sup>[16,17]</sup>

Les cancers de l'anus et de l'appendice sont deux des rares cancers pour lesquels le TINA était significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Tableau 4.1). L'incidence du cancer de l'anus a diminué entre 2004 et 2012, et est restée stable depuis 2012 (Tableau 4.2). Selon le sexe, le TINA a continué à baisser jusqu'en 2016, la baisse étant plus importante chez les hommes (5,1 %) que chez les femmes (1,4 %). Le cancer de l'appendice, en revanche, a augmenté, avec une hausse légèrement plus importante chez les femmes que chez les hommes (10,6 % depuis 2003 contre 9,5 % par an depuis 2002, respectivement). Une augmentation similaire du cancer de l'appendice a été observée aux États-Unis. Toutefois, les raisons de ces augmentations sont méconnues.<sup>[18]</sup>

L'incidence des cancers gastro-intestinaux rares en Ontario diffère considérablement de celle aux États-Unis, où le cancer gastro-intestinal rare le plus fréquent était celui de l'intestin grêle, suivi de l'anus, du canal anal et de l'anorectum.<sup>[4]</sup> La race peut jouer un rôle, car les cancers de l'intestin grêle et de l'anus aux États-Unis sont plus fréquents chez les Noirs et les Blancs hispaniques.<sup>[4]</sup>

**Figure 4.8** Taux de mortalité normalisés selon l'âge des cancers rares de l'appareil digestif, en Ontario, 1981 à 2016 (moyenne mobile de 3 ans, 1982 à 2015)



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les cancers de la vésicule biliaire et des autres voies biliaires, en tant que groupe, continuent d'être la première cause de décès parmi les cancers gastro-intestinaux (Figure 4.8), malgré la baisse du taux de mortalité de 3,4 % par an entre 1981 et 2009 (Tableau 4.2).

L'une des raisons fréquemment citées pour expliquer la baisse de l'incidence de la vésicule biliaire et de la mortalité est l'introduction de nouvelles technologies telles que la cholécystectomie par laparoscopie. Cela a permis d'améliorer le diagnostic de la cholélithiase (principal facteur de risque du cancer de la vésicule biliaire).<sup>[19-23]</sup> Certaines études ont toutefois souligné que, dans de nombreux territoires et provinces, la mortalité liée au cancer de la vésicule biliaire a diminué avant l'introduction de cette

procédure, et que la véritable raison est encore inconnue.<sup>[24]</sup> L'incidence de ce groupe de cancers montre une tendance à la hausse au cours des dix dernières années (Figure 4.7).

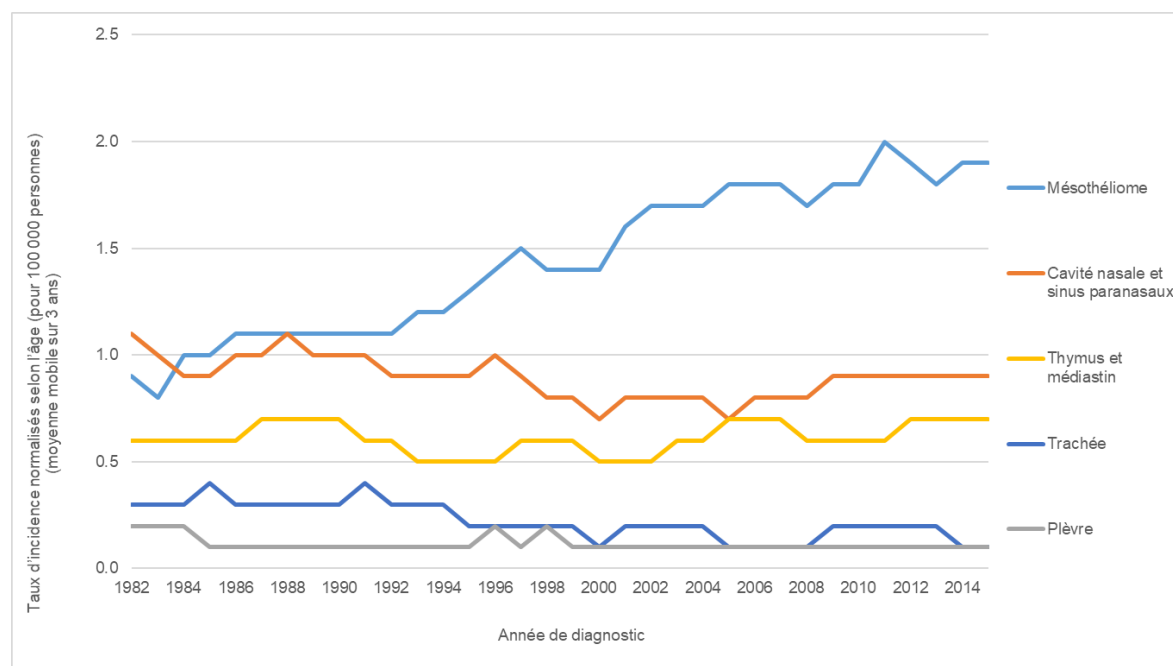
La deuxième principale cause de décès parmi les cancers gastro-intestinaux rares était le cancer de l'intestin grêle (Figure 4.8). Depuis 1991, le TMNA augmente de 1,8 % par an, le taux d'augmentation étant plus important chez les femmes (Tableau 4.2). Les raisons de l'augmentation du cancer de l'intestin grêle ne sont pas claires. Les facteurs de risque, l'étiologie et la biologie de ce type de cancer ne sont pas bien compris.<sup>[25]</sup>

En tant que groupe, les cancers du péritoine, de l'épiploon et du mésentère étaient les seuls cancers rares de l'appareil digestif pour lesquels le TMNA chez les femmes était plus élevé que le TMNA chez les hommes.

#### APPAREIL RESPIRATOIRE

Parmi les cancers rares de l'appareil respiratoire, le mésothéliome présentait le taux d'incidence le plus élevé, suivi par le groupe des cancers de la cavité nasale et des sinus paranasaux (Figure 4.9). Le taux de mésothéliome était plus de 4 fois plus élevé chez les hommes (3,4 pour 100 000) que chez les femmes (0,8 pour 100 000) entre 2012 et 2016 (Tableau 4.1). Le taux plus élevé chez les hommes est largement dû à l'exposition professionnelle à l'amiante.<sup>[26,27]</sup> L'incidence du mésothéliome a augmenté régulièrement depuis 1981, de 2,3 % par an (Tableau 4.2). Ce taux s'est stabilisé chez les hommes en 2006, mais continue d'augmenter chez les femmes.

**Figure 4.9** Taux d'incidence normalisés selon l'âge des cancers rares de l'appareil respiratoire, en Ontario, 1981 à 2016 (moyenne mobile de 3 ans, 1982 à 2015)



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

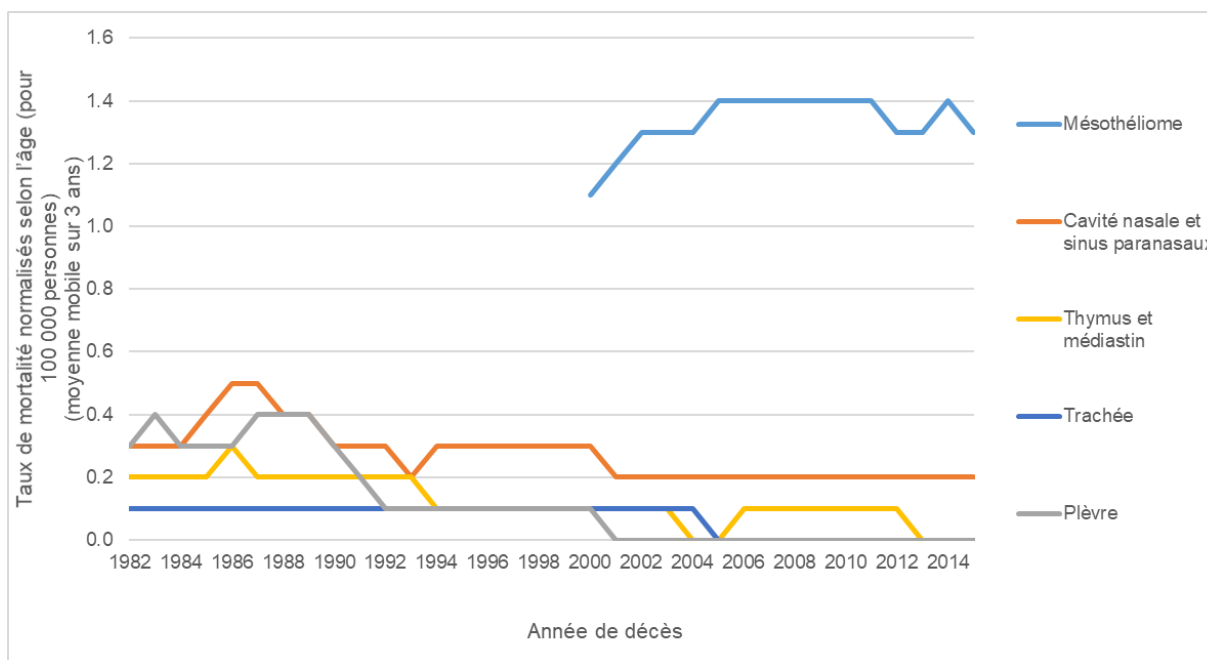
**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le taux d'incidence du cancer de la cavité nasale et des sinus paranasaux était similaire chez les hommes (1,4 pour 100 000) et les femmes (0,9 pour 100 000) (Tableau 4.1). Le taux d'incidence pour les deux sexes combinés a diminué de 1,4 % par an entre 1981 et 2001, avant d'augmenter de 2,4 % par an jusqu'en 2016 (Tableau 4.2). Ces tendances sont toutefois dues aux taux chez les hommes.

**Figure 4.10** Taux de mortalité normalisés selon l'âge des cancers rares de l'appareil respiratoire, en Ontario, 1981 à 2016 (moyenne mobile de 3 ans, 1982 à 2015)



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. Les données sur la mortalité par rapport au mésothéliome ne sont disponibles que depuis 2000. Par conséquent, les données pour l'année 2000 sont un taux sur une seule année plutôt qu'une moyenne sur trois ans.

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Au cours des 15 dernières années, le mésothéliome et le groupe des cancers de la cavité nasale et des sinus paranasaux ont enregistré les taux de mortalité les plus élevés parmi les cancers rares de l'appareil respiratoire (Figure 4.10). Les chiffres de la mortalité par mésothéliome ne sont disponibles que depuis 2000, avec l'introduction d'une nouvelle édition des codes de mortalité.

Après 2000, le taux de mortalité par mésothéliome a augmenté de 4,7 % par an jusqu'en 2005, puis s'est stabilisé (Tableau 4.2). Depuis 2005, le taux de mortalité chez les hommes a diminué de 1,5 % par an; le taux chez les femmes est resté stable depuis 2000. De 2012 à 2016, le taux de mortalité par mésothéliome chez les hommes était 5 fois plus élevé que celui des femmes.

La mortalité par cancer de la cavité nasale et des sinus paranasaux a diminué de 2,2 % par an depuis 1981, tandis que le cancer du thymus et du médiastin a diminué encore plus rapidement, de 5,2 % par an (Tableau 4.2). Le nombre de décès par cancers de la trachée et de la plèvre sont trop faibles pour que l'on puisse estimer les tendances au fil du temps.

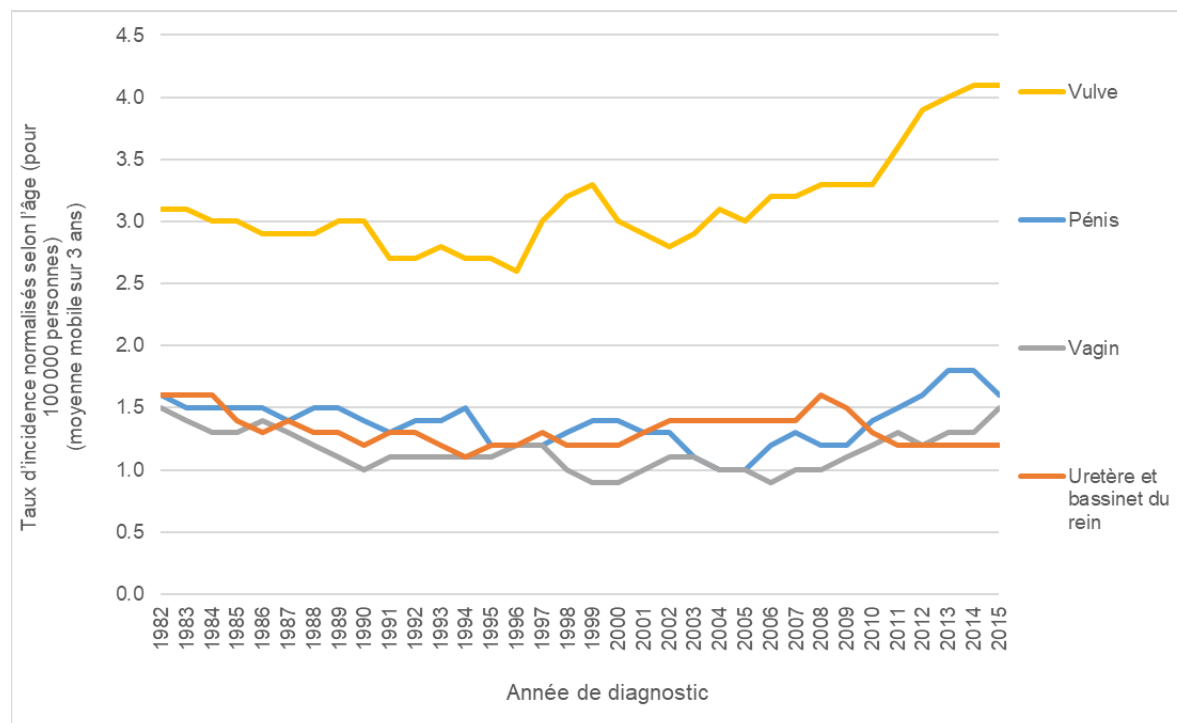
#### APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Depuis 1981, le cancer de la vulve présente le taux d'incidence le plus élevé parmi les cancers rares de l'appareil génito-urinaire (Figure 4.11). Le taux d'incidence du cancer de la vulve a augmenté de 2,9 % par an depuis 2003 (Tableau 4.2).

Le cancer du pénis, le deuxième cancer rare de l'appareil génito-urinaire le plus souvent diagnostiqué entre 2012 et 2016, a augmenté de 1,3 % par an depuis 2005 (Tableau 4.2).

L'augmentation de l'incidence des cancers de la vulve et du pénis peut s'expliquer par la prévalence accrue de l'infection par le virus du papillome humain (VPH)<sup>[28-30]</sup> et, pour le cancer du pénis, par la diminution des taux de circoncision chez les enfants.<sup>[31,32]</sup> Environ 40 % des cancers de la vulve<sup>[33]</sup> et au moins 20 % des cancers du pénis<sup>[34,35]</sup> seraient associés au VPH.

**Figure 4.11** Taux d'incidence normalisés selon l'âge des cancers rares de l'appareil génito-urinaire, en Ontario, 1981 à 2016 (moyenne mobile de 3 ans, 1982 à 2015)



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

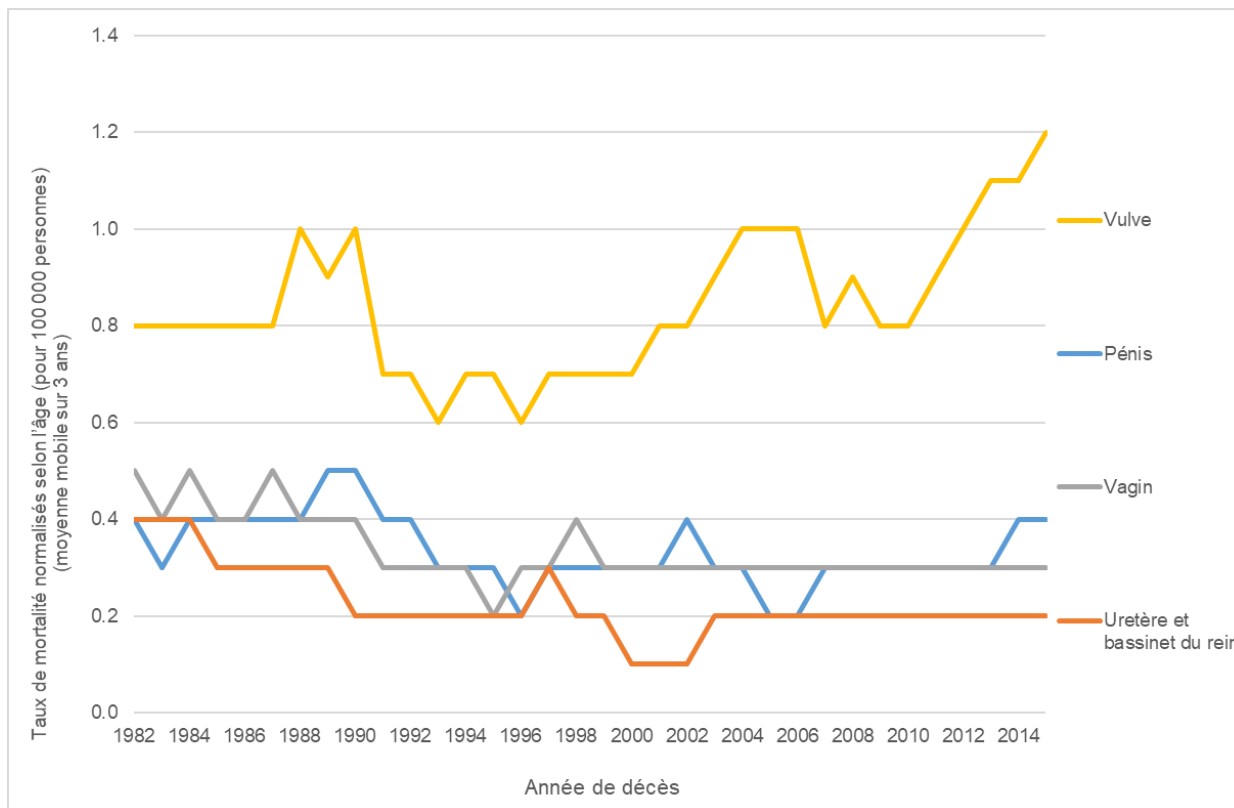
**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les tendances relatives au taux de mortalité pour les cancers rares de l'appareil génito-urinaire étaient similaires aux tendances touchant l'incidence. Le cancer de la vulve était la principale cause de décès par cancer (Figure 4.12). Après dix ans de stabilité des taux, la mortalité par cancer de la vulve a augmenté de 2,7 % par an entre 1992 et 2016 (Tableau 4.2). Le cancer de la vulve est le seul cancer rare de l'appareil génito-urinaire avec une tendance à la hausse de la mortalité enregistrée au cours de la période la plus récente.

La deuxième principale cause de décès parmi les cancers rares de l'appareil génito-urinaire est le cancer du pénis, pour lequel la tendance est restée stable depuis 1981 (Tableau 4.2). La mortalité par cancer du vagin a baissé de 1,3 % par an depuis 1981, tandis que la mortalité par cancer de l'uretère et du bassinets du rein a baissé de 1,9 % au cours de la même période.



**Figure 4.12** Taux de mortalité normalisés selon l'âge des cancers rares de l'appareil génito-urinaire, Ontario, 1981 à 2016 (moyenne mobile de 3 ans, 1982 à 2015)



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge en fonction de la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Survie à certains cancers rares

La survie relative à cinq ans pour les cancers rares varie de 11,5 % à 84,1 % (Tableau 4.3).

Les cancers suivants présentaient un rapport de survie à cinq ans inférieur à 40 % :

- le mésothéliome, les cancers de la plèvre, de la vésicule biliaire et des autres voies biliaires, de la trachée, du péritoine, de l'épiploon et du mésentère, de l'oreille moyenne.

Le mésothéliome est une maladie virulente et difficile à traiter, dont le taux de survie est faible.<sup>[36]</sup>

C'est également le seul cancer qui a montré une différence significative de survie entre les hommes (6,8 %) et les femmes (31,2 %) (Tableau 4.3). Il convient d'être prudent lorsque l'on compare les taux de survie des hommes et des femmes en raison de la faible précision de leurs estimations. Cet avantage qu'ont les femmes en matière de survie peut s'expliquer par une exposition plus faible à l'amiante, en particulier dans les milieux non professionnels. Les femmes sont plus susceptibles d'être exposées à une petite quantité d'amiante à cause d'un contact domestique, alors que les hommes sont plus susceptibles d'être exposés à l'amiante au travail.<sup>[37]</sup>

La faible survie au cancer de la trachée peut s'expliquer par des retards de diagnostic (dus à des symptômes non spécifiques) et le manque d'options thérapeutiques (notamment la chirurgie).<sup>[38-40]</sup>

Seuls quelques cancers rares présentaient un taux de survie à 5 ans supérieur à 80 % :

- sein (homme), thymus et médiastin, sarcome de Kaposi.

**Tableau 4.3** Rapport de survie relative à 5 ans pour les cancers rares par sexe et par type de cancer, Ontario, 2012 à 2016

Type de cancer	Hommes et femmes - RSR (%)	Hommes et femmes - IC à 95 %	Hommes - RSR (%)	Hommes - IC à 95 %	Femmes - RSR (%)	Femmes - IC à 95 %
Anus, canal anal et anorectum	67,1	62,4 – 71,3	65,1	57,0 – 72,1	68,3	62,4 – 73,4
Appendice	79,4	74,9 – 83,2	74,5	66,8 – 80,7	82,8	77,2 – 87,2
Os et articulations	62,4	56,3 – 67,8	60,6	52,4 – 67,8	63,9	54,7 – 71,7
Sein (hommes)	n/a	n/a	85,3	75,8 – 91,3	n/a	n/a
Œil et orbite	77,3	71,5 – 82,0	76,2	67,9 – 82,6	78,4	69,8 – 84,8
Vésicule biliaire et autres parties biliaires	19,3	17,1 – 21,6	20,1	16,9 – 23,5	18,4	15,5 – 21,5
Sarcome de Kaposi	84,6	72,3 – 91,8	83,7	70,3 – 91,4	88,2	36,2 – 98,5
Glandes salivaires principales	71,3	66,2 – 75,8	67,4	60,2 – 73,6	76,2	68,8 – 82,1
Mésotéliome	11,9	9,0 – 15,4	7,0	4,6 – 10,1	32,5	23,2 – 42,2
Oreille moyenne	24,9	3,2 – 57,1	26,9	3,0 – 61,2	**	**
Cavité nasale et sinus paranasaux	51,7	44,3 – 58,7	50,5	40,8 – 59,4	53,5	41,7 – 63,9
Pénis	n/a	n/a	72,9	63,7 – 80,1	n/a	n/a
Péritoine, épiploon et mésentère	22,7	15,1 – 31,4	32,8	17,1 – 49,4	18,5	10,4 – 28,3

Type de cancer	Hommes et femmes - RSR (%)	Hommes et femmes - IC à 95 %	Hommes - RSR (%)	Hommes - IC à 95 %	Femmes - RSR (%)	Femmes - IC à 95 %
Plèvre	18,7	4,0 – 41,7	17,5	1,3 – 49,9	**	**
Rétropéritoine	57,4	48,9 – 64,9	56,3	44,1 – 66,8	58,6	46,6 – 68,8
Intestin grêle	59,5	55,9 – 63,0	62,4	57,3 – 67,2	56,4	51,1 – 61,3
Tissus mous y compris le cœur	63,3	60,0 – 66,3	64,0	59,7 – 67,9	61,9	56,9 – 66,6
Thymus et médiastin	81,7	73,8 – 87,4	80,9	70,4 – 88,0	82,0	67,4 – 90,5
Trachée	30,2	13,1 – 49,3	29,6	6,9 – 57,5	20,7	4,3 – 45,5
Urètre et bassinnet du rein	50,6	44,0 – 56,8	50,3	41,5 – 58,5	50,5	40,5 – 59,7
Vagin	n/a	n/a	n/a	n/a	48,4	39,0 – 57,1
Vulve	n/a	n/a	n/a	n/a	68,4	64,0 – 72,4

**Abbréviations :** IC désigne l'intervalle de confiance; RSR désigne le rapport de survie relative.

**Symbole :** \*\* Cas trop peu nombreux pour calculer le rapport

**Remarque :** Analyse limitée au groupe d'âge de 15 à 99 ans.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Alors que la survie au cancer en général s'est améliorée au fil du temps en Ontario, l'amélioration de la survie aux cancers rares a été plus faible. Seuls 4 des cancers rares ont montré une augmentation significative de la survie à 5 ans entre les périodes de 1981 à 1985 et de 2012 à 2016 (Tableau 4.4) :

- Vésicule biliaire et autres voies biliaires – de 13,5 % à 21,1 %
- Rétropéritoine – de 32,3 % à 54,8 %
- Intestin grêle – de 31 % à 58,2 %
- Thymus et médiastin – de 29,9 % à 75,9 %

Étant donné que certaines de ces améliorations se sont également accompagnées d'une diminution de la mortalité (Tableau 4.2), il est probable qu'au moins une partie des progrès en matière de survie soient le signe d'une amélioration réelle du pronostic et non pas simplement le reflet du biais lié au temps de devancement associé à une détection plus précoce.

L'amélioration du cancer de la vésicule biliaire pourrait être le résultat des cholécystectomies accrues. L'utilisation de cette procédure a permis de diagnostiquer plus tôt le cancer de la vésicule biliaire, qui,

historiquement, avait tendance à être diagnostiqué à des stades plus tardifs avec une survie plus faible.<sup>[41,42]</sup>

**Tableau 4.4** Rapport de survie relative à 5 ans, normalisé selon l'âge, pour les cancers rares par période, Ontario, 1981 à 1985 et 2012 à 2016

Type de cancer	1981 à 1985 - RSR (%)	1981 à 1985 - IC à 95 %	2012 à 2016 - RSR (%)	2012 à 2016 - IC à 95 %
Anus, canal anal et anorectum	61,2	56,4 – 65,6	62,3	57,3 – 67,0
Appendice	55,5	42,3 – 66,9	69,2	62,0 – 75,3
Os et articulations	50,1	43,4 – 56,4	54,8	45,8 – 63,0
Sein (hommes)	70,5	60,6 – 78,4	84,8	75,6 – 90,7
Œil et orbite	73,2	65,8 – 79,3	75,2	68,1 – 80,9
Vésicule biliaire et autres voies biliaires*	13,6	11,4 – 15,9	21,1	18,6 – 23,6
Sarcome de Kaposi	67,8	55,9 – 77,1	81,5	69,0 – 89,3
Glandes salivaires principales	62,9	56,2 – 68,8	67,5	62,0 – 72,4
Mésothéliome	11,7	7,4 – 17,0	17,6	13,3 – 22,4
Oreille moyenne	28,6	17,3 – 40,9	**	**
Cavité nasale et sinus paranasaux	56,9	49,2 – 64	50,3	42,9 – 57,3
Pénis	70,9	60,4 – 79,0	73,3	64,4 – 80,3
Péritoine, épiploon et mésentère	**	**	23,6	15,7 – 32,5
Plèvre	16,1	7,5 – 27,6	**	**
Rétropéritoine*	32,3	20,1 – 45,1	54,5	43,9 – 64,0
Intestin grêle*	32,3	27,2 – 37,5	58,3	54,8 – 61,6
Tissus mous y compris le cœur	60,8	57,5 – 64,0	61,3	58,4 – 64,2
Thymus et médiastin*	31,6	22,1 – 41,5	73,6	61,2 – 82,6
Trachée	11,4	6,4 – 17,9	**	**
Urètre et bassinnet du rein	58,0	52,0 – 63,6	**	**
Vagin	50,7	42,7 – 58,2	48,9	39,4 – 57,7

Vulve	76,1	70,5 – 80,7	70,2	65,6 – 74,2
-------	------	-------------	------	-------------

**Abréviations :** IC désigne l'intervalle de confiance; RSR désigne le rapport de survie relative.

**Symboles :**

\*Le RSR a sensiblement augmenté au cours de la période la plus récente par rapport à la période précédente.

\*\* Observations insuffisantes pour calculer le rapport.

**Remarques :**

1. Analyse limitée au groupe d'âge de 15 à 99 ans.
2. Le dénombrement des cas est fondé sur le dénombrement des cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC) pour faciliter la comparaison au cours du temps.
3. La méthode des cohortes a été employée de 1981 à 1985. La méthode de la période a été employée de 2012 à 2016.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

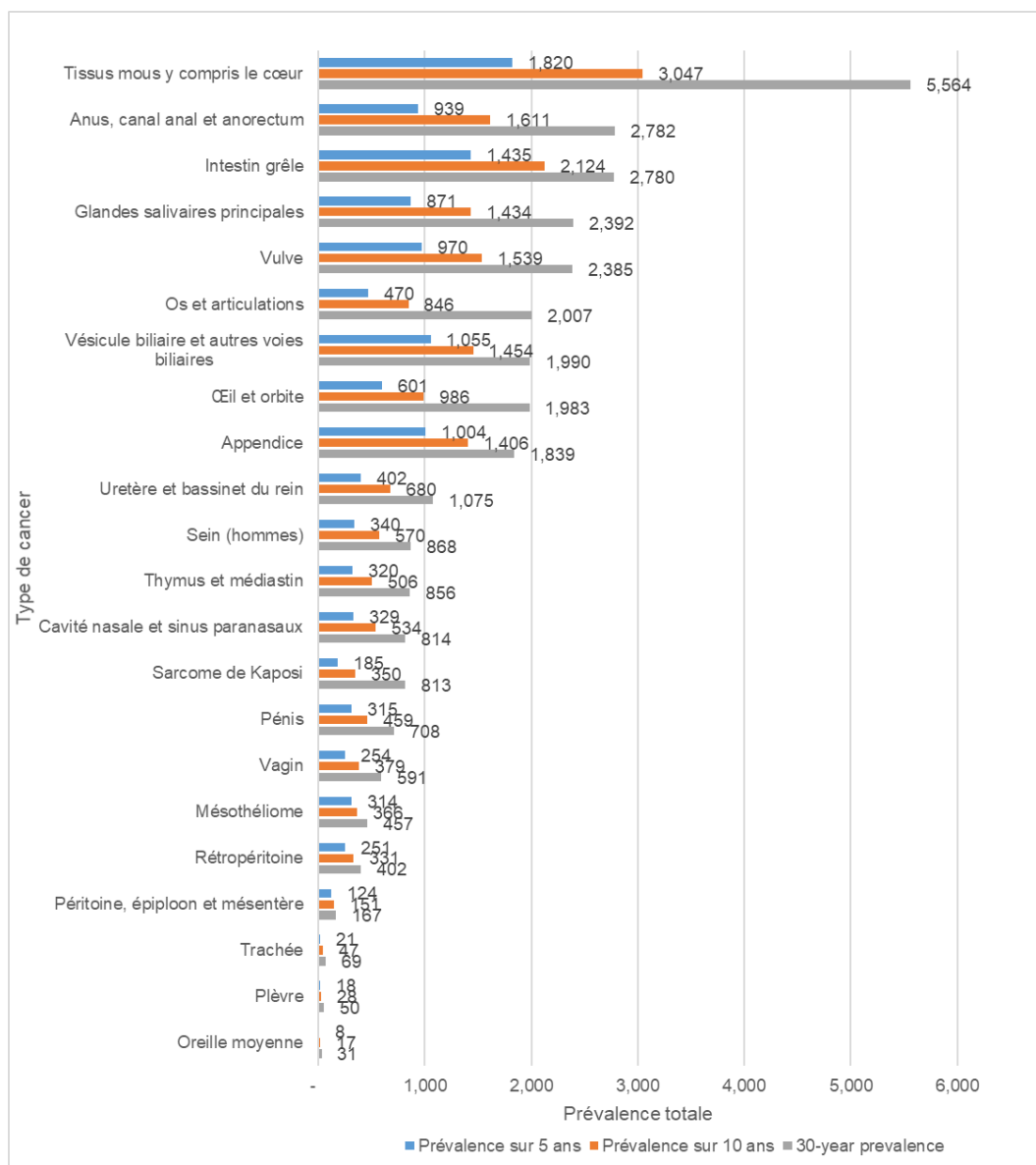
**Prévalence de certains cancers rares**

Étant donné la faible incidence et le faible taux de survie aux cancers rares, leur prévalence est également faible. Le taux de prévalence le plus élevé en tout temps a été enregistré pour les cancers des tissus mous (Figure 4.13), qui présentaient des taux d'incidence et des taux de survie moyens relativement élevés pour les cancers rares.

À la fin de l'année 2016, on estimait à 5 474 le nombre de survivants des cancers des tissus mous diagnostiqués au cours des 30 dernières années. Parmi les cancers rares, les cancers des tissus mous étaient également uniques en raison de la forte augmentation des cas prévalents entre l'estimation sur 10 ans et celle sur 30 ans. Toutefois, la plus forte augmentation de la prévalence, mesurée par la variation en pourcentage de 5 ans à 30 ans, a été enregistrée pour le sarcome de Kaposi. Cette augmentation reflète probablement le grand nombre de cas diagnostiqués dans les années 1980.

La plus petite différence de prévalence sur 5 ans par rapport à 30 ans a été observée pour le mésothéliome et le groupe des cancers du péritoine, de l'épiploon et du mésentère. Les chances de survie à long terme semblent être plus faibles pour ces cancers que pour d'autres cancers rares. Les cancers dont la prévalence est la plus faible en tout temps sont l'oreille moyenne, la plèvre et la trachée.

**Figure 4.13** Prévalence sur 5 ans, 10 ans et 30 ans des cancers rares par type de cancer, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les calculs de la prévalence sont fondés sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du CIRC/AIRC.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l’Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Conclusion

Les renseignements sur les facteurs de risque, les diagnostics rapides et les traitements efficaces sont encore limités pour les cancers rares. Les programmes de prévention et les tests de dépistage fondés sur des données probantes sont également limités. Ces limites font peser une charge supplémentaire sur les personnes atteintes de cancers rares, car elles sont souvent confrontées à des retards de diagnostic, à moins d'options thérapeutiques et à un taux de survie plus faible que les personnes atteintes de cancers plus courants. De plus, les médecins de première ligne sont souvent peu familiers avec les cancers rares, et il peut manquer de spécialistes pour les traiter.

La faible incidence et le peu de survivants signifient que les efforts de plaidoyer en faveur des personnes atteintes d'un cancer rare, de l'amélioration du diagnostic, du traitement et du développement de la recherche sont inadéquats. Ce chapitre montre que les cancers rares représentent environ 20 % de tous les cancers diagnostiqués chez les adolescents plus âgés et les adultes en Ontario. Cependant, lorsque l'on inclut les cancers infantiles et les sièges secondaires et sous-types de cancers courants, le nombre est encore plus élevé. De meilleures stratégies peuvent être nécessaires pour aider les personnes atteintes de cancers rares.

## Critères d'inclusion et d'exclusion

Les premières parties de ce chapitre présentent les cancers rares en tant que groupe, et incluent donc tout cancer qui répond à la définition de RARECARE. Toutefois, les parties suivantes de ce chapitre présentent certains cancers rares, qui ont été regroupés par site anatomique pour une interprétation plus facile.

### Exclusions de certains cancers rares dans l'analyse

Notre analyse exclut la présentation spécifique de plusieurs types de cancer considérés comme rares dans la liste de RARECAREnet, notamment :

- les tumeurs neuroendocrines
- les sarcomes
- certaines tumeurs du système nerveux central
- les tumeurs embryonnaires
- certains cancers hématologiques
- certains cancers rares de la peau

## Inclusions des cancers rares en tant que groupe dans l'analyse

Les cancers de l'œsophage, du larynx et des testicules, ainsi que le lymphome hodgkinien répondent à la définition d'un cancer rare et sont donc regroupés avec les cancers rares dans les premières parties de ce chapitre, qui comparent les cancers courants avec les cancers rares. Toutefois, en raison de leur importance, ils figurent également dans d'autres parties de ce rapport, faisant partie des 23 types de cancers qui nous intéressent.

## Exclusions fondées sur la méthode de classification

L'information génétique est de plus en plus utilisée pour regrouper les cancers selon des critères tels que le sous-type moléculaire, ce qui permet de classer des cancers encore plus courants en sous-types rares. Cependant, l'information génétique est limitée dans la plupart des données du registre des cas de cancer et, par conséquent, les cancers abordés dans ce chapitre sont classés exclusivement par site anatomique (p. ex., structure du corps).

## Exclusions fondées sur l'âge au moment du diagnostic

Les cancers diagnostiqués chez les enfants de moins de 15 ans sont exclus de ce chapitre, car tous les types de cancer chez les enfants répondent à la définition d'un cancer rare.

Consultez les Faits saillants : Incidence du cancer infantile pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence du cancer infantile par type de cancer. Pour des statistiques détaillées sur les cancers infantiles, consultez le rapport de surveillance du POGO à la page <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/> (en anglais seulement).

## Références

1. Boyd N, Dancey JE, Gilks CB, Huntsman DG. Rare cancers: a sea of opportunity. *Lancet Oncol.* Février 2016;17(2):e52-e61.
2. Very rare cancers--a problem neglected. *Lancet Oncol.* Avril 2001;2(4):189.
3. Gatta G, van der Zwan JM, Casali PG, Siesling S, Dei Tos AP, Kunkler I, et coll.; groupe de travail RARECARE. Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe. *Eur J Cancer.* Novembre 2011;47(17):2493-511.
4. American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2017.* Atlanta: American Cancer Society; 2017.
5. Public Health England, National Cancer Intelligence Network. Rare and less common cancers: incidence and mortality in England, 2010 to 2013. London: Public Health England; 2015.
6. DeSantis CE, Kramer JL, Jemal A. The burden of rare cancers in the United States. *CA Cancer J Clin.* Juillet-août 2017;67(4):261-72.
7. Tamaki T, Dong Y, Ohno Y, Sobue T, Nishimoto H, Shibata A. The burden of rare cancer in Japan: application of the RARECARE definition. *Cancer Epidemiol.* Octobre 2014;38(5):490-5.



8. Trama A, Mallone S, Ferretti S, Meduri F, Capocaccia R, Gatta G; groupe de travail RITA. The burden of rare cancers in Italy: the surveillance of rare cancers in Italy (RITA) project. *Tumori*. Septembre-octobre 2012;98(5):550-8.
9. Greenlee RT, Goodman MT, Lynch CF, Platz CE, Havener LA, Howe HL. The occurrence of rare cancers in U.S. adults, 1995-2004. *Public Health Rep*. Janvier-février 2010;125(1):28-43.
10. Katsuura Y, Cason G, Osborn J. Rare cause of neck pain: tumours of the posterior elements of the cervical spine. *BMJ Case Rep*. 15 décembre 2016;2016:bcr201617094.
11. Komatsubara KM, Carvajal RD. The promise and challenges of rare cancer research. *Lancet Oncol*. Février 2016;17(2):136-8.
12. Bleyer A, Barr R, Hayes-Lattin B, Thomas D, Ellis C, Anderson B; au nom de Biology and Clinical Trials Subgroups of the US National Cancer Institute Progress Review Group in Adolescent and Young Adult Oncology. The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults. *Nat Rev Cancer*. Avril 2008;8(4):288-98.
13. Terracini B, Coebergh JW, Gatta G, Magnani C, Stiller C, Verdecchia A, et coll. Childhood cancer survival in Europe: an overview. *Eur J Cancer*. Avril 2001;37(6):810-6.
14. Ellison LF, Pogany L, Mery LS. Childhood and adolescent cancer survival: a period analysis of data from the Canadian Cancer Registry. *Eur J Cancer*. Septembre 2007;43(13):1967-75.
15. Liu H, Zhang Y, Ai M, Wang J, Jin B, Teng Z, et coll. Body mass index can increase the risk of gallbladder cancer: a meta-analysis of 14 cohort studies. *Med Sci Monit Basic Res*. 2016;22:146-55.
16. Qualité des services de santé Ontario. Capsule endoscopy in the assessment of obscure gastrointestinal bleeding: an evidence-based analysis. *Série des évaluation des technologies de la santé* Février 2015;15(1):1-55.
17. Scott R, Enns R. Advances in capsule endoscopy. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. Septembre 2015;11(9):612-7.
18. Marmor S, Portschy PR, Tuttle TM, Virnig BA. The rise in appendiceal cancer incidence: 2000-2009. *J Gastrointest Surg*. Avril 2015;19(4):743-50.
19. Hariharan D, Saied A, Kocher HM. Analysis of mortality rates for gallbladder cancer across the world. *HPB (Oxford)*. Octobre 2008;10(5):327-31.
20. Shrikhande SV, Barreto SG, Singh S, Udwadia TE, Agarwal AK. Cholelithiasis in gallbladder cancer: coincidence, cofactor, or cause! *Eur J Surg Oncol*. Juin 2010;36(6):514-9.
21. Wood R, Fraser LA, Brewster DH, Garden OJ. Epidemiology of gallbladder cancer and trends in cholecystectomy rates in Scotland, 1968-1998. *Eur J Cancer*. Septembre 2003;39(14):2080-6.
22. Diehl AK, Beral V. Cholecystectomy and changing mortality from gallbladder cancer. *Lancet*. 25 juillet 1981;2(8239):187-9.

23. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. The recent decline in gallbladder cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer Prev.* Août 2003;12(4):265-7.
24. Le MD, Henson D, Young H, Albores-Saavedra J. Is gallbladder cancer decreasing in view of increasing laparoscopic cholecystectomy? *Ann Hepatol.* Juillet-septembre 2011;10(3):306-14.
25. Pan SY, Morrison H. Epidemiology of cancer of the small intestine. *World J Gastrointest Oncol.* 15 mars 2011;3(3):33-42.
26. Marinaccio A, Corfiati M, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Ferrante P, et coll.; groupe de travail ReNaM. The epidemiology of malignant mesothelioma in women: gender differences and modalities of asbestos exposure. *Occup Environ Med.* Avril 2018;75(4):254-62.
27. Lemen RA. Mesothelioma from asbestos exposures: epidemiologic patterns and impact in the United States. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2016;19(5-6):250-65.
28. Kurdgelashvili G, Dores GM, Srouf SA, Chaturvedi AK, Huycke MM, Devesa SS. Incidence of potentially human papillomavirus-related neoplasms in the United States, 1978 to 2007. *Cancer.* 15 juin 2013;119(12):2291-9.
29. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer.* 15 août 2017;141(4):664-70.
30. Chaturvedi AK. Beyond cervical cancer: burden of other HPV-related cancers among men and women. *J Adolesc Health.* Avril 2010;46(Suppl 4):S20-6.
31. Arya M, Li R, Pegler K, Sangar V, Kelly JD, Minhas S, et coll. Long-term trends in incidence, survival and mortality of primary penile cancer in England. *Cancer Causes Control.* Décembre 2013;24(12):2169-76.
32. Hansen BT, Orumaa M, Lie AK, Brennhovd B, Nygard M. Trends in incidence, mortality and survival of penile squamous cell carcinoma in Norway 1956-2015. *Int J Cancer.* 15 avril 2018;142(8):1586-93.
33. Saraiya M, Watson M, Wu X, King JB, Chen VW, Smith JS, et coll. Incidence of in situ and invasive vulvar cancer in the US, 1998-2003. *Cancer.* 15 novembre 2008;113(Suppl 10):2865-72.
34. Anic GM, Giuliano AR. Genital HPV infection and related lesions in men. *Prev Med.* 1<sup>er</sup> octobre 2011;53 Suppl 1:S36-41.
35. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV infection among men: a systematic review of the literature. *J Infect Dis.* 15 octobre 2006;194(8):1044-57.
36. Mutti L, Peikert T, Robinson BW, Scherpereel A, Tsao AS, de Perrot M, et coll. Scientific advances and new frontiers in mesothelioma therapeutics. *J Thorac Oncol.* Septembre 2018;13(9):1269-83.
37. Noonan CW. Environmental asbestos exposure and risk of mesothelioma. *Ann Transl Med.* 5 juin 2017;5(11):234 [11 p.].

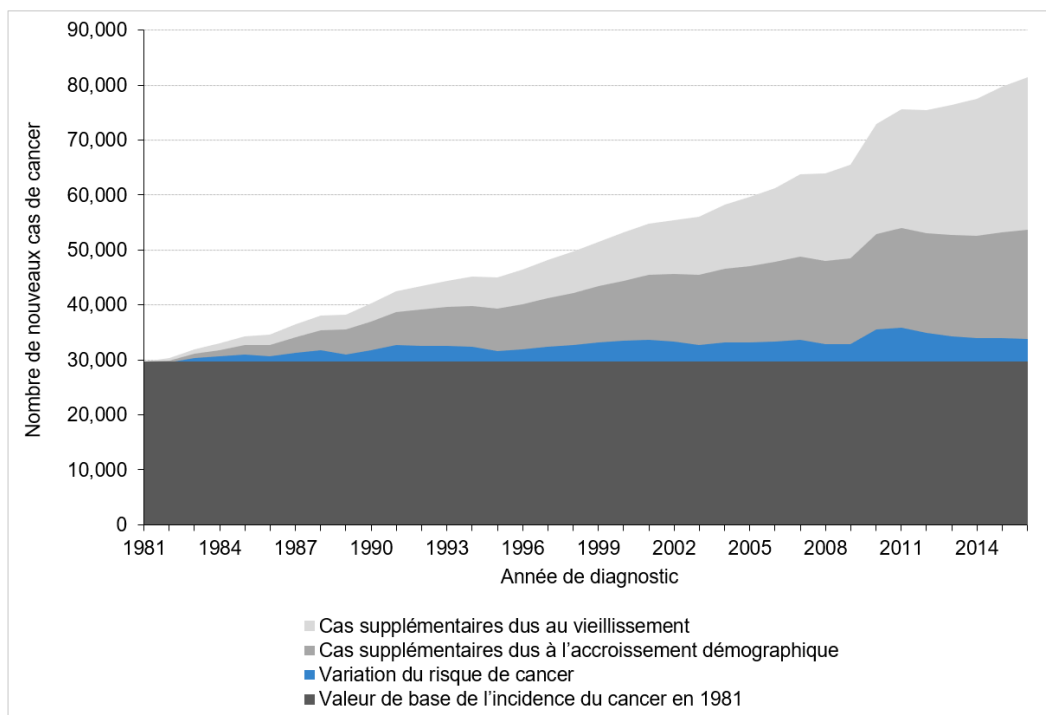
38. Gao H, He X, Du J, Yang S, Wang Y, Zhang J, et coll. Competing risk analysis of primary tracheal carcinoma based on SEER database. *Cancer Manag Res.* 24 janvier 2019;11:1059-65.
39. Honings J, van Dijck JA, Verhagen AF, van der Heijden HF, Marres HA. Incidence and treatment of tracheal cancer: a nationwide study in the Netherlands. *Ann Surg Oncol.* Février 2007;14(2):968-76.
40. Madariaga ML, Gaisser HA. Overview of malignant tracheal tumors. *Ann Cardiothorac Surg.* Mars 2018;7(2):244-54.
41. Steinert R, Nestler G, Sagynaliev E, Muller J, Lippert H, Reymond MA. Laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer. *J Surg Oncol.* 15 juin 2006;93(8):682-9.
42. Gourgiotis S, Kocher HM, Solaini L, Yarollahi A, Tsiambas E, Salemis NS. Gallbladder cancer. *Am J Surg.* Août 2008;196(2):252-64.

# Chapitre 5: Taux et tendances en matière d'incidence du cancer

L'incidence du cancer se rapporte au nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours d'une période donnée. Ce chapitre présente les taux et les tendances réels (non projetés) en matière d'incidence sur la base du dénombrement considéré comme complet à partir de 2016, dernière année disponible.

Au cours des trente dernières années, le vieillissement et la croissance de la population ont beaucoup plus contribué au nombre de nouveaux cas de cancer que les changements réels relatifs au risque du cancer et aux pratiques de lutte contre le cancer (Figure 5.1). En 2016, 81 409 nouveaux cas ont été diagnostiqués en Ontario, soit une augmentation de 175 % depuis 1981 (29 649 cas). Sur les 175 %, on constate qu'environ 94 % est attribuable au vieillissement de la population, 67 % à la croissance de la population et seulement 14 % aux changements relatifs au risque du cancer et aux pratiques de lutte contre le cancer.

**Figure 5.1** Incidence attribuable aux changements relatifs au risque du cancer, à la croissance et au vieillissement de la population, Ontario, 1981 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2010 et au-delà s'appuie sur les normes du National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (NCI SEER) afin de recenser les cancers primitifs multiples. Les comparaisons directes avec les taux de 2009 et les années précédentes sont présentées ici pour mettre en évidence les répercussions de ce changement apporté aux normes de dénombrement des cancers primitifs multiples, mais ne devraient généralement pas être effectuées.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Probabilité de développer un cancer

La probabilité de développer un cancer se rapporte au risque moyen de recevoir un diagnostic de cancer au cours de sa vie.

La probabilité de développer un certain type de cancer dépend de nombreux facteurs, y compris :

- les caractéristiques de la population (p. ex., démographie)
- la prévalence des facteurs de risque (p. ex., âge, antécédents familiaux de cancer, consommation de tabac, obésité)
- l'espérance de vie actuelle

En outre, dans le présent rapport, les probabilités font référence aux risques moyens de la population générale sans tenir compte des facteurs de risque personnels. En d'autres termes, une personne peut être exposée à un risque supérieur ou inférieur aux chiffres présentés ici.

En Ontario, 1 personne sur 2, soit 45,3 %, développera un cancer au cours de sa vie (sauf le cancer de la peau avec mélanome bénin) (Tableau 5.1). La probabilité de développer un cancer était quasiment identique chez les hommes et les femmes, malgré des variations selon le type de cancer :

- Chez les hommes, la probabilité est plus forte pour le cancer de la prostate (1 sur 8), le cancer du poumon (1 sur 12) et le cancer colorectal (1 sur 14).
- Chez les femmes, la probabilité est plus forte pour le cancer du sein (1 sur 8), le cancer du poumon (1 sur 14) et le cancer colorectal (1 sur 17).

**Tableau 5.1** Probabilité de développer un cancer au cours de sa vie, par type de cancer et sexe, Ontario, 2013 à 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – %	Hommes et femmes – 1 sur	Hommes – %	Hommes – 1 sur	Femmes – %	Femmes – 1 sur
<b>Tous les cancers</b>	<b>45,3 %</b>	<b>2</b>	<b>45,9 %</b>	<b>2</b>	<b>45,0 %</b>	<b>2</b>
Vessie	1,9 %	52	3,0 %	33	1,0 %	103
Cerveau	0,7 %	138	0,8 %	122	0,6 %	156
Sein (femme)	12,8 %	8	n/a	n/a	12,8 %	8
Col de l'utérus	0,6 %	157	n/a	n/a	0,6 %	157
Colorectal	6,5 %	15	7,0 %	14	6,0 %	17
Œsophage	0,6 %	168	0,9 %	113	0,3 %	310
Lymphome hodgkinien	0,2 %	421	0,3 %	397	0,2 %	448
Rein	1,5 %	66	2,0 %	51	1,1 %	92
Larynx	0,3 %	341	0,5 %	198	0,1 %	1052
Leucémie	1,9 %	53	2,3 %	44	1,5 %	65
Foie	1,0 %	101	1,3 %	75	0,7 %	150
Poumon	7,6 %	13	8,0 %	12	7,3 %	14
Mélanome	2,4 %	42	2,8 %	35	2,0 %	51
Myélome	1,1 %	95	1,2 %	80	0,9 %	112
Lymphome non hodgkinien	3,0 %	33	3,5 %	29	2,7 %	38
Cavité buccale et pharynx	1,3 %	79	1,8 %	57	0,8 %	123
Ovaire	1,6 %	62	n/a	n/a	1,6 %	62
Pancréas	1,7 %	60	1,7 %	59	1,6 %	62
Prostate	11,9 %	8	11,9 %	8	n/a	n/a
Estomac	1,2 %	83	1,5 %	65	0,9 %	113
Testicule	0,4 %	230	0,4 %	230	n/a	n/a
Thyroïde	1,8 %	57	0,9 %	110	2,6 %	38
Utérus	3,4 %	30	n/a	n/a	3,4 %	30

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

Statistique Canada, statistique de l'état civil - Base de données sur les naissances et les décès, estimation de la population (auparavant CANSIM 102-0504)

### Incidence par sexe et type de cancer

En 2016, 81 409 nouveaux cas du cancer ont été diagnostiqués en Ontario, pour un taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) de 544 pour 100 000 (Tableau 5.2).

Les quatre cancers les plus couramment diagnostiqués (cancers du poumon, du sein, de la prostate et cancer colorectal) étaient responsables de près de 50 % de tous les nouveaux cas de cancer en 2016.

Selon le sexe, les cancers du poumon, de la prostate et colorectal représentaient 44 % des nouveaux cas chez les hommes alors que les cancers du poumon, du sein et colorectal représentaient 49 % des nouveaux cas chez les femmes (Figure 5.2).

Les cancers de la peau avec mélanome bénin représentent le type de cancer le plus courant dans la plupart des provinces et territoires, mais ne sont pas intégrés dans le présent rapport car l'Ontario ne collecte généralement pas ces données. D'autres pays ont constaté une tendance à la hausse pour les cancers de la peau avec mélanome bénin.<sup>[1-3]</sup>



**Tableau 5.2** Dénombrement et taux d'incidence par type de cancer et sexe, Ontario, 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveaux cas	Hommes et femmes – % de cas	Hommes et femmes – TINA	Hommes et femmes – IC à 95 % du TINA	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – % de cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % du TINA	Femmes – Nouveaux cas	Femmes – % de cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % du TINA
<b>Tous les cancers</b>	<b>81 409</b>	<b>100,0 %</b>	<b>544,0</b>	<b>540,2 – 547,7</b>	<b>40 628</b>	<b>100,0 %</b>	<b>584,3</b>	<b>578,6 – 590,0</b>	<b>40 781</b>	<b>100,0 %</b>	<b>517,7</b>	<b>512,7 – 522,8</b>
<b>Cerveau et système nerveux</b>												
Cerveau et autre système nerveux – malin	1 105	1,4 %	7,6	7,1 - 8,0	620	1,5 %	8,9	8,3 - 9,7	485	1,2 %	6,4	5,8 - 7,0
Glioblastome	580	0,7 %	3,9	3,6 - 4,2	332	0,8 %	4,7	4,2 - 5,3	248	0,6 %	3,2	2,8 - 3,6
Méninges – malin	13	0,0 %	0,1	0,0 - 0,1	**	**	**	**	**	**	**	**
Cerveau et autre système nerveux – bénin	2 309	2,8 %	15,8	15,2 - 16,5	938	2,3 %	13,6	12,8 - 14,6	1 371	3,4 %	17,9	16,9 - 18,9
Méninges – bénin	947	1,2 %	6,4	6,0 - 6,8	300	0,7 %	4,4	3,9 - 4,9	647	1,6 %	8,2	7,6 - 8,9
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	512	0,6 %	3,5	3,2 - 3,9	253	0,6 %	3,6	3,2 - 4,1	259	0,6 %	3,5	3,1 - 4,0
<b>Sein et appareil génital</b>												
Sein (femme)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	11 192	27,4 %	145,2	142,5 - 148,0
Col de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	600	1,5 %	8,3	7,6 - 9,0
Ovaire	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 243	3,0 %	16,1	15,3 - 17,1
Prostate	n/a	n/a	n/a	n/a	8 414	20,7 %	118	115,5 - 120,5	n/a	n/a	n/a	n/a
Testicule	n/a	n/a	n/a	n/a	467	1,1 %	6,9	6,3 - 7,5	n/a	n/a	n/a	n/a
Utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	2 824	6,9 %	36,3	34,9 - 37,6
Utérus – endomètre	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	2 577	6,3 %	33,1	31,8 - 34,4
Utérus – sarcome de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	84	0,2 %	1,2	0,9 - 1,4



Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveaux cas	Hommes et femmes – % de cas	Hommes et femmes – TINA	Hommes et femmes – IC à 95 % du TINA	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – % de cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % du TINA	Femmes – Nouveaux cas	Femmes – % de cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % du TINA
<b>Appareil digestif</b>												
Colorectal	8 525	10,5 %	56,6	55,4 - 57,8	4 706	11,6 %	68	66,0 - 69,9	3 819	9,4 %	46,6	45,1 - 48,1
Côlon à l'exclusion du rectum	5 840	7,2 %	38,5	37,6 - 39,5	3 069	7,6 %	44,5	42,9 - 46,1	2 771	6,8 %	33,4	32,2 - 34,7
Côlon – côté gauche	2 119	2,6 %	14,1	13,5 - 14,7	1 247	3,1 %	18	17,0 - 19,0	872	2,1 %	10,9	10,2 - 11,6
Côlon – côté droit	3 268	4,0 %	21,4	20,7 - 22,2	1 604	3,9 %	23,3	22,1 - 24,4	1 664	4,1 %	19,8	18,8 - 20,8
Rectum et jonction recto-sigmoïde	2 663	3,3 %	17,9	17,2 - 18,6	1 631	4,0 %	23,4	22,3 - 24,6	1 032	2,5 %	13,0	12,2 - 13,8
Jonction recto-sigmoïde	599	0,7 %	4,0	3,7 - 4,3	355	0,9 %	5,1	4,6 - 5,7	244	0,6 %	3,0	2,6 - 3,4
Rectum	2 064	2,5 %	13,9	13,3 - 14,5	1 276	3,1 %	18,3	17,3 - 19,3	788	1,9 %	10,0	9,3 - 10,8
Œsophage	808	1,0 %	5,3	5,0 - 5,7	606	1,5 %	8,7	8,0 - 9,4	202	0,5 %	2,5	2,1 - 2,8
Œsophage – adénocarcinome	494	0,6 %	3,3	3,0 - 3,6	407	1,0 %	5,8	5,3 - 6,4	87	0,2 %	1,1	0,9 - 1,3
Œsophage – carcinome squameux	226	0,3 %	1,5	1,3 - 1,7	137	0,3 %	1,9	1,6 - 2,3	89	0,2 %	1,1	0,9 - 1,3
Foie	1 270	1,6 %	8,4	7,9 - 8,9	889	2,2 %	12,7	11,9 - 13,5	381	0,9 %	4,6	4,1 - 5,1
Pancréas	2 056	2,5 %	13,5	12,9 - 14,1	1 096	2,7 %	15,9	14,9 - 16,8	960	2,4 %	11,5	10,8 - 12,3
Estomac	1 529	1,9 %	10,1	9,6 - 10,7	978	2,4 %	14,2	13,3 - 15,1	551	1,4 %	6,8	6,2 - 7,4
<b>Tête et cou</b>												
Larynx	414	0,5 %	2,7	2,5 - 3,0	346	0,9 %	4,9	4,4 - 5,4	68	0,2 %	0,8	0,7 - 1,1
Cavité buccale et pharynx	1 690	2,1 %	11,4	10,8 - 11,9	1 163	2,9 %	16,6	15,6 - 17,6	527	1,3 %	6,6	6,1 - 7,2
Lèvre et cavité buccale	776	1,0 %	5,2	4,8 - 5,6	450	1,1 %	6,5	5,9 - 7,1	326	0,8 %	4,0	3,6 - 4,5
Hypopharynx	93	0,1 %	0,6	0,5 - 0,8	73	0,2 %	1,1	0,8 - 1,3	20	0,0 %	0,3	0,2 - 0,4
Nasopharynx	128	0,2 %	0,9	0,8 - 1,1	95	0,2 %	1,4	1,1 - 1,7	33	0,1 %	0,5	0,3 - 0,6

Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveaux cas	Hommes et femmes – % de cas	Hommes et femmes – TINA	Hommes et femmes – IC à 95 % du TINA	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – % de cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % du TINA	Femmes – Nouveaux cas	Femmes – % de cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % du TINA
Oropharynx	629	0,8 %	4,2	3,9 - 4,6	503	1,2 %	7,1	6,5 - 7,7	126	0,3 %	1,6	1,3 - 1,9
Thyroïde	3 013	3,7 %	21,4	20,7 - 22,2	780	1,9 %	11,3	10,5 - 12,1	2 233	5,5 %	31,2	29,9 - 32,5
Thyroïde – anaplasique	15	0,0 %	0,1	0,1 - 0,2	8	0,0 %	0,1	0,1 - 0,2	7	0,0 %	0,1	0,0 - 0,2
Thyroïde – folliculaire	96	0,1 %	0,7	0,5 - 0,8	22	0,1 %	0,3	0,2 - 0,5	74	0,2 %	1,0	0,8 - 1,3
Thyroïde – médullaire	39	0,0 %	0,3	0,2 - 0,4	16	0,0 %	0,2	0,1 - 0,4	23	0,1 %	0,3	0,2 - 0,5
Thyroïde – papillaire	2 790	3,4 %	19,9	19,2 - 20,6	708	1,7 %	10,3	9,5 - 11,1	2 082	5,1 %	29,2	27,9 - 30,4
<b>Hématologique</b>												
Leucémie	2 396	2,9 %	16,1	15,4 - 16,7	1 447	3,6 %	21,0	20,0 - 22,2	949	2,3 %	11,9	11,2 - 12,7
Leucémie aiguë lymphoïde	205	0,3 %	1,5	1,3 - 1,7	123	0,3 %	1,8	1,5 - 2,1	82	0,2 %	1,2	0,9 - 1,5
Leucémie monocyttaire aiguë	81	0,1 %	0,6	0,4 - 0,7	52	0,1 %	0,8	0,6 - 1,0	29	0,1 %	0,4	0,3 - 0,5
Leucémie aiguë myéloïde	651	0,8 %	4,4	4,0 - 4,7	372	0,9 %	5,5	4,9 - 6,1	279	0,7 %	3,5	3,1 - 3,9
Leucémie lymphoïde chronique	811	1,0 %	5,3	5,0 - 5,7	512	1,3 %	7,3	6,7 - 8,0	299	0,7 %	3,6	3,2 - 4,1
Leucémie myéloïde chronique	350	0,4 %	2,4	2,1 - 2,6	214	0,5 %	3,1	2,7 - 3,6	136	0,3 %	1,7	1,4 - 2,0
Lymphome	4 772	5,9 %	32,2	31,3 - 33,1	2 622	6,5 %	38,1	36,6 - 39,6	2 150	5,3 %	27,2	26,1 - 28,4
Lymphome hodgkinien	412	0,5 %	2,9	2,7 - 3,2	222	0,5 %	3,2	2,8 - 3,7	190	0,5 %	2,7	2,3 - 3,1
Lymphome non hodgkinien	4 360	5,4 %	29,2	28,4 - 30,1	2 400	5,9 %	34,8	33,4 - 36,3	1 960	4,8 %	24,6	23,5 - 25,7
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	2 319	2,8 %	15,5	14,9 - 16,2	1 276	3,1 %	18,6	17,5 - 19,6	1 043	2,6 %	13,0	12,2 - 13,8

Type de cancer	Hommes et femmes – Nouveaux cas	Hommes et femmes – % de cas	Hommes et femmes – TINA	Hommes et femmes – IC à 95 % du TINA	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – % de cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % du TINA	Femmes – Nouveaux cas	Femmes – % de cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % du TINA
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	2 041	2,5 %	13,7	13,1 - 14,3	1 124	2,8 %	16,3	15,3 - 17,3	917	2,2 %	11,5	10,8 - 12,3
Myélome	1 387	1,7 %	9,1	8,7 - 9,6	762	1,9 %	11,1	10,3 - 11,9	625	1,5 %	7,6	7,0 - 8,3
<b>Mélanome</b>												
Mélanome de la peau	3 851	4,7 %	25,9	25,0 - 26,7	2 230	5,5 %	32,5	31,1 - 33,9	1 621	4,0 %	20,8	19,8 - 21,9
Mélanome (non cutané)	191	0,2 %	1,3	1,1 - 1,5	93	0,2 %	1,3	1,1 - 1,6	98	0,2 %	1,3	1,0 - 1,5
Mélanome des muqueuses	44	0,1 %	0,3	0,2 - 0,4	14	0,0 %	0,2	0,1 - 0,3	30	0,1 %	0,4	0,2 - 0,5
Mélanome oculaire	147	0,2 %	1,0	0,8 - 1,2	79	0,2 %	1,1	0,9 - 1,4	68	0,2 %	0,9	0,7 - 1,1
<b>Thorax</b>												
Poumon	9 958	12,2 %	65,1	63,8 - 66,4	4 922	12,1 %	70,8	68,8 - 72,8	5 036	12,3 %	61,2	59,5 - 62,9
Poumon – adénocarcinome	4 308	5,3 %	28,3	27,5 - 29,2	1 883	4,6 %	26,9	25,7 - 28,1	2 425	5,9 %	29,9	28,7 - 31,1
Poumon – grandes Cellules	130	0,2 %	0,9	0,7 - 1,0	67	0,2 %	0,9	0,7 - 1,2	63	0,2 %	0,8	0,6 - 1,0
Poumon – petites Cellules	943	1,2 %	6,2	5,8 - 6,6	495	1,2 %	7,0	6,4 - 7,6	448	1,1 %	5,5	5,0 - 6,1
Poumon – Cellules squameuses	1 688	2,1 %	10,9	10,4 - 11,5	1 063	2,6 %	15,2	14,3 - 16,1	625	1,5 %	7,5	6,9 - 8,1
<b>Appareil urinaire</b>												
Vessie	4 237	5,2 %	27,7	26,9 - 28,6	3 195	7,9 %	46,7	45,0 - 48,3	1 042	2,6 %	12,5	11,8 - 13,3
Rein	2 438	3,0 %	16,5	15,8 - 17,2	1 590	3,9 %	22,7	21,6 - 23,9	848	2,1 %	10,9	10,1 - 11,6

**Abréviations :** TINA désigne le taux d'incidence normalisé selon l'âge; IC désigne l'intervalle de confiance.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et sont normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011.

2. Seuls certains sièges secondaires et sous-types histologiques des principaux cancers sont indiqués. Par conséquent, leur nombre peut ne pas correspondre au total pour le type de cancer.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

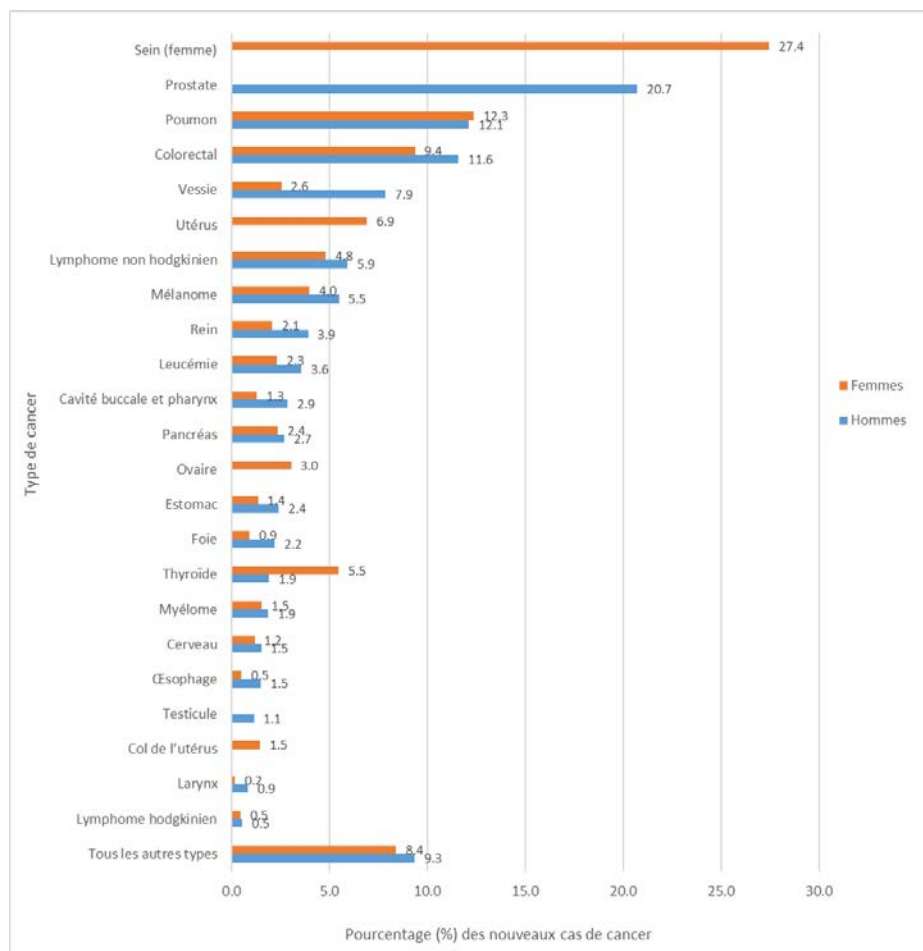
**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

En 2016, les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) les plus élevés des cancers survenant chez les deux sexes étaient le cancer du poumon (65,1 pour 100 000), le cancer colorectal (56,6 pour 100 000) et le lymphome (32,2 pour 100 000).

Le TINA de tous les cancers confondus était significativement plus élevé chez les hommes (584,3 pour 100 000) que chez les femmes (517,7 pour 100 000) (Tableau 5.2).

- Chez les hommes, les cancers les plus couramment diagnostiqués étaient les cancers de la prostate (8 414, soit 20,7 % de tous les nouveaux cas chez les hommes), du poumon (4 922, soit 12,1 %) et colorectal (4 706, soit 11,6 %).
- Chez les femmes, les principaux types de cancer étaient les cancers du sein (11 192, soit 27,4 % de tous les nouveaux cas chez les femmes), du poumon (5 036, soit 12,3 %) et colorectal (3 819, soit 9,4 %).

**Figure 5.2** Proportion des nouveaux cas par sexe et type de cancer, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les chiffres de l'incidence reposent sur les règles relatives aux sièges primaires multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En matière d'incidence entre les hommes et les femmes, on constate la plus grande différence pour les cancers suivants : cancers du larynx, de la vessie, de l'œsophage, du foie et des voies biliaires intrahépatiques, de la cavité buccale et du pharynx, de l'estomac et du rein. En particulier, le risque de chaque type de cancer est associé à la consommation de tabac ou d'alcool,<sup>[4,5]</sup> et en Ontario, la consommation de tabac et d'alcool est plus fréquente chez les hommes.<sup>[6]</sup>

- Cancer du larynx : Le taux chez les hommes était plus de 6 fois supérieur à celui des femmes. Les fumeurs ont sept fois plus de risque de développer un cancer du larynx,<sup>[7]</sup> alors que la forte consommation d'alcool fait plus que doubler le risque.<sup>[4]</sup>
- Cancer de la vessie : Le taux chez les hommes était près de 4 fois supérieur à celui des femmes. L'un des principaux facteurs de risque de cancer de la vessie est le tabagisme, les fumeurs ayant 2 à 3 fois plus de risque de développer un cancer de la vessie que les non-fumeurs.<sup>[8,9]</sup>
- Cancer de l'œsophage : Le taux global chez les hommes était plus de 3 fois supérieur à celui des femmes; le taux d'adénocarcinome de l'œsophage des hommes était plus que 5 fois supérieur à celui des femmes. Le tabagisme fait plus que doubler le risque de cancer de l'œsophage.<sup>[7]</sup> La consommation d'alcool et l'obésité (également plus fréquentes chez les hommes) constituent d'autres facteurs de risque de cancer de l'œsophage.<sup>[10]</sup>
- Cancer du foie : Le taux chez les hommes était près de trois fois supérieur à celui des femmes. La consommation de tabac et d'alcool sont toutes deux associées à un risque plus accru de développer un cancer du foie.<sup>[4]</sup> L'hépatite virale chronique est un autre facteur de risque important pour le cancer du foie.<sup>[11]</sup>
- Cancer de l'estomac : Le taux chez les hommes était le double de celui des femmes. Une consommation excessive d'alcool est associée à une hausse de 20 % du risque du cancer de l'estomac.<sup>[4]</sup>
- Cancer de la cavité buccale et du pharynx : Le taux chez les hommes était plus que deux fois celui des femmes; les taux des cancers de l'oropharynx chez les hommes plus de quatre fois celui des femmes. La consommation de tabac et d'alcool représente un risque important pour le cancer de la cavité buccale et le cancer du pharynx.<sup>[12]</sup> La consommation d'alcool augmente le risque de plus de 5 fois.<sup>[4]</sup>

- Cancer du rein : Le taux chez les hommes était le double de celui des femmes. La forte consommation d'alcool est associée à un risque accru de cancer du rein.[4]

Pour la plupart de tous les cancers, le taux d'incidence était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le cancer de la thyroïde fait exception; le TINA chez les femmes était de 31,2 pour 100 000 par rapport à seulement 11,3 pour 100 000 chez les hommes. L'incidence plus élevée du cancer de la thyroïde chez les femmes peut s'expliquer notamment par les raisons suivantes :

- une plus grande probabilité d'investigation diagnostique chez les femmes parce qu'elles ont plus de risque de développer une maladie de la thyroïde,[13] ainsi qu'une plus grande tendance à consulter un médecin et à se rendre plus activement aux consultations médicales.[14-16]
- les différences biologiques qui existent dans les niveaux d'hormones des hommes et des femmes (telles que les hormones stimulées par la thyroïde et les stéroïdes sexuels).[17-19]

Alors que l'incidence des types de cancer de la thyroïde moins agressifs, comme le carcinome papillaire, est nettement plus élevée que chez les hommes (Tableau 5.2), le taux des types plus agressifs (tels que les cancers thyroïdiens anaplasiques et médullaires) est généralement similaire entre les sexes. On observe la même situation dans d'autres provinces et territoires.<sup>[13,20]</sup> Le résultat est identique pour les taux de mortalité du cancer de la thyroïde entre les sexes (consultez le chapitre 6 : Taux et tendance en matière de mortalité par cancer).

Les taux d'incidence des tumeurs non malignes du cerveau et du système nerveux ainsi que de l'adénocarcinome étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Bien que l'on constate également un taux plus élevé de tumeurs cérébrales non malignes chez les femmes dans de nombreux autres provinces et territoires,<sup>[21-24]</sup> les raisons de ces différences entre les sexes sont méconnues.

### Incidence par âge

Entre 2014 et 2016, l'âge médian au moment du diagnostic du cancer s'élevait à 67 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Tableau 5.3). L'âge médian au moment du diagnostic a varié selon le type de cancer. Sur les 23 types de cancer, les cancers des testicules et du col de l'utérus ainsi que le lymphome hodgkinien présentaient l'âge médian le plus bas (tous âgés de moins de 50 ans). Toutefois, ces types de cancer sont rares chez les enfants de 0 à 14 ans.

Les types de cancer infantile sont uniques. Les types de cancer infantile ayant l'âge médian le plus bas au moment du diagnostic comprennent le neuroblastome, le rétinoblastome ainsi que les tumeurs hépatiques. Par ailleurs, le neuroblastome, les leucémies ainsi que les tumeurs du système nerveux central sont des types de cancer les plus courants chez les enfants de moins d'un an.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence du cancer infantile, consultez le coup de projecteur : L'incidence du cancer infantile, Tableau 5.S1 ou le rapport de surveillance du POGO à l'adresse <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/> (en anglais seulement).

À l'exception du cancer de la thyroïde, les âges médians de tous les types de cancer ont été inférieurs à 60 ans.

**Tableau 5.3** Âge médian au moment du diagnostic par type du cancer et sexe, Ontario, 2014 à 2016

Type de cancer	Âge (années) – Hommes et femmes	Âge (années) – Hommes	Âge (années) – Femmes
<b>Tous les cancers</b>	67	68	66
Vessie	73	73	73
Cerveau	61	60	62
Sein (femme)	63	n/a	63
Col de l'utérus	49	n/a	49
Colorectal	70	69	72
Œsophage	69	68	72
Lymphome hodgkinien	38	37,5	38
Rein	64	64	65
Larynx	68	68	69
Leucémie	68	68	68
Foie	68	67	72
Poumon	71	72	71
Mélanome	66	68	63
Myélome	71	71	72
Lymphome non hodgkinien	68	67	69
Cavité buccale et pharynx	64	63	66
Ovaire	63	n/a	63
Pancréas	71	70	74
Prostate	68	68	n/a
Estomac	70	70	70
Testicule	34	34	n/a
Thyroïde	51	55	50
Utérus	64	n/a	64

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En 2016, plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués concernaient des personnes âgées de 60 à 79 ans (Tableau 5.4). La répartition des types de cancer par groupe d'âge varie considérablement.



## Personnes âgées de 0 à 39 ans

Cinq pour cent de tous les nouveaux cas surviennent chez des personnes de moins de 40 ans, le cancer du sein (femmes) et le cancer de la thyroïde étant les principaux cancers.

Le groupe de moins de 40 ans représentait également la majorité des nouveaux cas du lymphome hodgkinien (53,6 %) et du cancer des testicules (64,2 %).

En 2016, environ 0,5 % de tous les nouveaux cancers sont survenus chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. Les types de cancer infantile sont uniques. Les plus courants sont les leucémies (32,5 %), les tumeurs du système nerveux central (23,7 %) et les lymphomes (12,8 %) (consultez le coup de projecteur : L'incidence du cancer infantile, Tableau 5.S1).

Pour obtenir davantage de renseignements sur l'incidence du cancer infantile, consultez le rapport de surveillance du POGO à l'adresse <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/> (en anglais seulement).

## COUP DE PROJECTEUR : Incidence du cancer infantile

**Tableau 5.S1** : Dénombrement et taux d'incidence du cancer infantile, selon le type de cancer, de 0 à 14 ans, Ontario, 2012 à 2016

Type de cancer/tumeur (groupe de diagnostic ICCC)	Nombre	%	Taux d'incidence selon l'âge	TINA	IC à 95 % du TINA
Tous les cancers combinés	2 021	100,0 %	184,1	185,3	174,4 - 196,9
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs, et syndromes myélodysplasiques	656	32,5 %	59,7	60,3	57,5 - 63,2
II. Lymphomes et tumeurs réticulo-endothéliales	258	12,8 %	23,5	23,4	21,7 - 25,3
III. SNC et diverses tumeurs intracrâniennes et intrarachidiennes	478	23,7 %	43,5	43,6	41,2 - 46,1
IV. Neuroblastome et autres tumeurs du système nerveux périphérique	137	6,8 %	13,4	13,8	12,4 - 15,3
V. Rétinoblastome	46	2,3 %	10,6	10,7	8,9 - 12,8
VI. Tumeurs du rein	82	4,1 %	9,4	9,5	8,3 - 10,9
VII. Tumeurs du foie	27	1,3 %	5,3	5,4	4,3 - 6,9
VIII. Tumeurs osseuses malignes	75	3,7 %	7,9	7,8	6,8 - 9,0
IX. Sarcome des tissus mous et autres sarcomes extraosseux	129	6,4 %	11,7	11,8	10,6 - 13,2

Type de cancer/tumeur (groupe de diagnostic ICCC)	Nombre	%	Taux d'incidence selon l'âge	TINA	IC à 95 % du TINA
X. Tumeurs germinales, tumeurs trophoblastiques, et tumeurs des gonades	64	3,2 %	5,8	5,9	5,1 - 6,9
XI. et XII. Autres et tumeurs malignes non spécifiées	69	3,4 %	6,3	6,3	5,4 - 7,3

**Abbréviations :** TINA désigne le taux d'incidence normalisé selon l'âge; IC désigne l'intervalle de confiance; SNC désigne le système nerveux central, CICI désigne la classification internationale des cancers infantiles

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 1 000 000 personnes.
2. La base de données du système Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS) classe le cancer infantile selon la troisième édition de la classification internationale des cancers infantiles qui comporte 12 principaux groupes de diagnostics.
3. L'incidence pédiatrique est présentée sur une période de 5 ans en raison des variations de l'incidence annuelle et du potentiel de déclaration de nombre peu élevé.

**Analyse :** Health Analytics, Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)

**Source :** Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS, 16 octobre 2019), POGO

**Personnes de 40 à 59 ans**

Sur l'ensemble des nouveaux cas, 23,9 % sont survenus chez des personnes âgées de 40 à 59 ans, le cancer colorectal et le cancer du sein (femmes) étant les principaux cancers.

Près de la moitié de l'ensemble des nouveaux cas de cancer de la thyroïde sont survenus chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, et 41,8 % des nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont survenus chez les femmes de ce groupe d'âge.

**Personnes âgées de 60 à 79 ans**

Sur l'ensemble de tous les nouveaux cas, 52,1 % sont survenus chez les personnes de 60 à 79 ans.

Ce groupe d'âge risquait le plus de recevoir un diagnostic des cancers les plus courants :

- 46 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer du sein
- 51,1 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer colorectal
- 62,6 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer du poumon
- 69,5 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer de la prostate

## Personnes âgées de 80 ans et plus

Sur l'ensemble des nouveaux cas, 18,9 % se sont produits chez les personnes âgées de 80 ans ou plus, le cancer de la prostate et le cancer du sein (femmes) étant les principaux cancers.



**Tableau 5.4** Dénombrement et taux d'incidence par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2016

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – Nouveaux cas	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – Nouveaux cas	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – Nouveaux cas	80 ans et plus – Taux selon l'âge	80 ans et plus – IC à 95 %
<b>Tous les cancers</b>	<b>4 091</b>	<b>59,6</b>	<b>57,7 - 61,4</b>	<b>19 496</b>	<b>493,1</b>	<b>486,2 - 500,1</b>	<b>42 396</b>	<b>1 662,6</b>	<b>1 646,8 - 1 678,5</b>	<b>15 426</b>	<b>2 559,7</b>	<b>2 519,4 - 2 600,4</b>
<b>Cerveau et système nerveux</b>												
Cerveau et autre système nerveux – malin*	210	3,1	2,7 - 3,5	308	7,8	6,9 - 8,7	441	17,3	15,7 - 19,0	146	24,2	20,5 - 28,5
Glioblastome	34	0,5	0,3 - 0,7	173	4,4	3,7 - 5,1	307	12,0	10,7 - 13,5	66	11,0	8,5 - 13,9
Méninges – malin	**	**	**	**	**	**	7	0,3	0,1 - 0,6	**	**	**
Cerveau et autre système nerveux – bénin	372	5,4	4,9 - 6,0	742	18,8	17,4 - 20,2	824	32,3	30,1 - 34,6	371	61,6	55,5 - 68,2
Méninges – bénin	55	0,8	0,6 - 1,0	298	7,5	6,7 - 8,4	395	15,5	14,0 - 17,1	199	33,0	28,6 - 37,9
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	127	1,8	1,5 - 2,2	177	4,5	3,8 - 5,2	170	6,7	5,7 - 7,7	38	6,3	4,5 - 8,7
<b>Sein et appareil génital</b>												
Sein (femme)	463	13,6	12,4 - 14,9	4 103	205,4	199,1 - 211,8	5 143	384,5	374,1 - 395,2	1 483	404,7	384,4 - 425,9
Col de l'utérus	176	5,2	4,4 - 6,0	251	12,6	11,1 - 14,2	135	10,1	8,5 - 11,9	38	10,4	7,3 - 14,2
Ovaire	87	2,6	2,0 - 3,2	423	21,2	19,2 - 23,3	555	41,5	38,1 - 45,1	178	48,6	41,7 - 56,3
Prostate	**	**	**	1425†	72,9	69,1 - 76,7	5 845	482,1	469,8 - 494,6	1 140	482,5	454,9 - 511,4
Testicule	300	8,7	7,7 - 9,7	133	6,8	5,7 - 8,1	26	2,1	1,4 - 3,1	8	3,4	1,5 - 6,7
Utérus	62	1,8	1,4 - 2,3	901	45,1	42,2 - 48,1	1 600	119,6	113,8 - 125,6	261	71,2	62,9 - 80,4
Utérus – endomètre	46	1,4	1,0 - 1,8	820	41,0	38,3 - 44,0	1 501	112,2	106,6 - 118,0	210	57,3	49,8 - 65,6
Utérus – sarcome de l'utérus	**	**	**	50	2,5	1,9 - 3,3	25	1,9	1,2 - 2,8	**	**	**

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – Nouveaux cas	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – Nouveaux cas	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – Nouveaux cas	80 ans et plus – Taux selon l'âge	80 ans et plus – IC à 95 %
<b>Appareil digestif</b>												
Colorectal	168	2,4	2,1 - 2,8	1 856	46,9	44,8 - 49,1	4 353	170,7	165,7 - 175,9	2 148	356,4	341,5 - 371,8
Côlon à l'exclusion du rectum*	99	1,4	1,2 - 1,8	1 049	26,5	24,9 - 28,2	3 035	119,0	114,8 - 123,3	1 657	274,9	261,9 - 288,5
Côlon – côté gauche*	55	0,8	0,6 - 1,0	506	12,8	11,7 - 14,0	1 114	43,7	41,2 - 46,3	444	73,7	67,0 - 80,9
Côlon – côté droit*	36	0,5	0,4 - 0,7	451	11,4	10,4 - 12,5	1 756	68,9	65,7 - 72,2	1 025	170,1	159,8 - 180,8
Rectum et jonction recto-sigmoïde	69	1,0	0,8 - 1,3	806	20,4	19,0 - 21,8	1 316	51,6	48,9 - 54,5	472	78,3	71,4 - 85,7
Jonction recto-sigmoïde	13	0,2	0,1 - 0,3	166	4,2	3,6 - 4,9	286	11,2	10,0 - 12,6	134	22,2	18,6 - 26,3
Rectum	56	0,8	0,6 - 1,1	640	16,2	15,0 - 17,5	1 030	40,4	38,0 - 42,9	338	56,1	50,3 - 62,4
Œsophage	8	0,1	0,1 - 0,2	160	4,0	3,4 - 4,7	484	19,0	17,3 - 20,7	156	25,9	22,0 - 30,3
Œsophage – adénocarcinome	**	**	**	110†	2,8	2,3 - 3,4	293	11,5	10,2 - 12,9	85	14,1	11,3 - 17,4
Œsophage – carcinome squameux	**	**	**	40†	1,0	0,7 - 1,4	145	5,7	4,8 - 6,7	39	6,5	4,6 - 8,8
Foie	22	0,3	0,2 - 0,5	242	6,1	5,4 - 6,9	732	28,7	26,7 - 30,9	274	45,5	40,2 - 51,2
Pancréas	26	0,4	0,2 - 0,6	358	9,1	8,1 - 10,0	1 101	43,2	40,7 - 45,8	571	94,7	87,1 - 102,8
Estomac	34	0,5	0,3 - 0,7	320	8,1	7,2 - 9,0	808	31,7	29,5 - 33,9	367	60,9	54,8 - 67,5
<b>Tête et cou</b>												
Larynx	**	**	**	80†	2	1,6 - 2,5	276	10,8	9,6 - 12,2	55	9,1	6,9 - 11,9
Cavité buccale et pharynx	40	0,6	0,4 - 0,8	535	13,5	12,4 - 14,7	885	34,7	32,5 - 37,1	230	38,2	33,4 - 43,4
Hypopharynx	**	**	**	20	0,5	0,3 - 0,8	60	2,4	1,8 - 3,0	10†	1,7	0,8 - 3,1
Lèvre et cavité buccale	25	0,4	0,2 - 0,5	200	5,1	4,4 - 5,8	389	15,3	13,8 - 16,8	162	26,9	22,9 - 31,4

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – Nouveaux cas	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – Nouveaux cas	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – Nouveaux cas	80 ans et plus – Taux selon l'âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Nasopharynx	11	0,2	0,1 - 0,3	71	1,8	1,4 - 2,3	39	1,5	1,1 - 2,1	7	1,2	0,5 - 2,4
Oropharynx	**	**	**	230†	5,8	5,1 - 6,6	361	14,2	12,7 - 15,7	36	6,0	4,2 - 8,3
Thyroïde	737	10,7	10,0 - 11,5	1 363	34,5	32,7 - 36,4	832	32,6	30,4 - 34,9	81	13,4	10,7 - 16,7
Thyroïde – anaplasique	**	**	**	**	**	**	9	0,4	0,2 - 0,7	**	**	**
Thyroïde – folliculaire	30	0,4	0,3 - 0,6	29	0,7	0,5 - 1,1	30†	1,2	0,8 - 1,7	**	**	**
Thyroïde – médullaire	10†	0,1	0,1 - 0,3	15	0,4	0,2 - 0,6	15	0,6	0,3 - 1,0	**	**	**
Thyroïde – papillaire	691	10,1	9,3 - 10,8	1 293	32,7	30,9 - 34,5	744	29,2	27,1 - 31,4	62	10,3	7,9 - 13,2
<b>Hématologique</b>												
Leucémie*	265	3,9	3,4 - 4,4	470	11,9	10,8 - 13,0	1 138	44,6	42,1 - 47,3	523	86,8	79,5 - 94,5
Leucémie aiguë lymphoïde	127	1,8	1,5 - 2,2	34	0,9	0,6 - 1,2	32	1,3	0,9 - 1,8	12	2,0	1,0 - 3,5
Leucémie monocyttaire aiguë*	11	0,2	0,1 - 0,3	18	0,5	0,3 - 0,7	40	1,6	1,1 - 2,1	12	2,0	1,0 - 3,5
Leucémie aiguë myéloïde*	65	0,9	0,7 - 1,2	126	3,2	2,7 - 3,8	307	12,0	10,7 - 13,5	153	25,4	21,5 - 29,7
Leucémie lymphoïde chronique	7	0,1	0,0 - 0,2	149	3,8	3,2 - 4,4	489	19,2	17,5 - 21,0	166	27,5	23,5 - 32,1
Leucémie myéloïde chronique*	38	0,6	0,4 - 0,8	75	1,9	1,5 - 2,4	148	5,8	4,9 - 6,8	89	14,8	11,9 - 18,2
Lymphome*	499	7,3	6,6 - 7,9	1 090	27,6	26,0 - 29,3	2 255	88,4	84,8 - 92,2	928	154,0	144,2 - 164,2
Lymphome hodgkinien	221	3,2	2,8 - 3,7	98	2,5	2,0 - 3,0	70	2,7	2,1 - 3,5	23	3,8	2,4 - 5,7
Lymphome non hodgkinien*	278	4,0	3,6 - 4,6	992	25,1	23,6 - 26,7	2 185	85,7	82,1 - 89,4	905	150,2	140,5 - 160,3
LNH extraganglionnaire*	169	2,5	2,1 - 2,9	497	12,6	11,5 - 13,7	1 118	43,8	41,3 - 46,5	535	88,8	81,4 - 96,6

Type de cancer	0 à 39 ans – Nouveaux cas	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – Nouveaux cas	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – Nouveaux cas	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – Nouveaux cas	80 ans et plus – Taux selon l'âge	80 ans et plus – IC à 95 %
LNH ganglionnaire*	109	1,6	1,3 - 1,9	495	12,5	11,4 - 13,7	1 067	41,8	39,4 - 44,4	370	61,4	55,3 - 68,0
Myélome	11	0,2	0,1 - 0,3	243	6,1	5,4 - 7,0	757	29,7	27,6 - 31,9	376	62,4	56,2 - 69,0
<b>Mélanome</b>												
Mélanome de la peau*	254	3,7	3,3 - 4,2	1 017	25,7	24,2 - 27,4	1 762	69,1	65,9 - 72,4	818	135,7	126,6 - 145,4
Mélanome (non cutané)	14	0,2	0,1 - 0,3	53	1,3	1,0 - 1,8	96	3,8	3,0 - 4,6	28	4,6	3,1 - 6,7
Mélanome des muqueuses	**	**	**	10†	0,3	0,1 - 0,5	24	0,9	0,6 - 1,4	11	1,8	0,9 - 3,3
Mélanome oculaire	15†	0,2	0,1 - 0,4	45	1,1	0,8 - 1,5	72	2,8	2,2 - 3,6	17	2,8	1,6 - 4,5
<b>Thorax</b>												
Poumon – adénocarcinome	46	0,7	0,5 - 0,9	1 404	35,5	33,7 - 37,4	6 231	244,4	238,3 - 250,5	2 277	377,8	362,5 - 393,7
Poumon – grandes cellules	19	0,3	0,2 - 0,4	727	18,4	17,1 - 19,8	2 781	109,1	105,0 - 113,2	781	129,6	120,7 - 139,0
Poumon – petites cellules	**	**	**	20†	0,5	0,3 - 0,8	94	3,7	3,0 - 4,5	16	2,7	1,5 - 4,3
Poumon – cellules squameuses	**	**	**	160†	4	3,4 - 4,7	650	25,5	23,6 - 27,5	132	21,9	18,3 - 26,0
Poumon – adénocarcinome	**	**	**	140†	3,5	3,0 - 4,2	1 169	45,8	43,3 - 48,5	377	62,6	56,4 - 69,2
<b>Appareil urinaire</b>												
Vessie	37	0,5	0,4 - 0,7	520	13,2	12,0 - 14,3	2 436	95,5	91,8 - 99,4	1 244	206,4	195,1 - 218,2
Rein	111	1,6	1,3 - 1,9	775	19,6	18,3 - 21,1	1 267	49,7	47,4 - 52,9	285	47,3	42,9 - 54,2

**Abréviation :** CI désigne l'intervalle de confiance.

**Symboles :**

\*Tendance à la hausse significative du taux selon l'âge à mesure que l'âge augmente.

\*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6).

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité; le taux et l'intervalle de confiance associés ont été ajustés pour refléter le nombre arrondi.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes.
2. Exclut les cas n'indiquant pas l'âge.
3. Seuls certains sièges secondaires et les sous-types histologiques des principaux cancers sont indiqués. Par conséquent, leur dénombrement peut ne pas correspondre au total pour le type de cancer.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



L'incidence du cancer s'est accrue avec l'âge, d'un taux de 59,6 pour 100 000 chez les personnes diagnostiquées à l'âge de 39 ans ou moins à 2 559,7 pour 100 000 chez les personnes diagnostiquées à l'âge de 80 ans ou plus. Les taux variaient selon le type de cancer. Les taux d'incidence des types de cancer suivants ont augmenté de manière significative avec l'âge :

- Cancers malins du cerveau et d'autres systèmes nerveux
- Cancer du côlon (y compris le côté droit du côlon)
- Leucémie (y compris la leucémie myéloïde aiguë, la leucémie monocyttaire aiguë, la leucémie myéloïde chronique)
- Lymphome (y compris le lymphome non hodgkinien et le lymphome non hodgkinien extraganglionnaire)
- Mélanome de la peau

Le cancer des testicules et la leucémie lymphoïde aiguë ont montré des diminutions non significatives avec l'âge, tandis que tous les autres types de cancer ont augmenté de manière non significative avec l'âge.

### Tendances en matière d'incidence par type de cancer

De 1981 à 2000, le taux d'incidence du cancer pour tous les cancers confondus a augmenté de 0,5 % par an, est resté stable jusqu'en 2011 puis a diminué de 1,2 % par an jusqu'en 2016 (Tableau 5.5). Chez les hommes, le taux d'incidence a augmenté de 0,8 % par an entre 1981 et 1992, est resté stable puis a commencé à diminuer en 2007 de 1,6 % par an jusqu'en 2016. Bien que le taux d'incidence du cancer chez les femmes n'ait pas affiché une diminution similaire, ce taux s'est stabilisé ces dernières années après une augmentation régulière de 0,4 % par an entre 1981 et 2012.

**Tableau 5.5** Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer et par sexe, Ontario, 1981 à 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Tous les cancers	1981 - 2000	0,5*	1981 - 1992	0,8*	1981 - 2012	0,4*
	2000 - 2011	-0,1	1992 - 2007	-0,1	2012 - 2016	-0,4
	2011 - 2016	-1,2*	2007 - 2016	-1,6*		

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Cerveau et autre système nerveux – malin	1981 - 2009	-0,3*	1981 - 2016	-0,5*	2000 - 2016	-1,2*
	2009 - 2016	-2,0*				
Glioblastome	1981 - 2001	2,0*	1981 - 2016	0,9*	1981 - 2001	2,0*
	2001 - 2005	-4,5			2001 - 2005	-6,8
	2005 - 2016	2,3*			2005 - 2016	3,5*
Méninges – malin	1981 - 1998	2,4*	1981 - 1995	4,7*	1981 - 1999	1,4
	1998 - 2016	-7,3*	1995 - 2016	-5,6*	1999 - 2016	-8,0*
Cerveau et autre système nerveux – bénin	**	**	**	**	**	**
Méninges – bénin	**	**	**	**	**	**
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	**	**	**	**	**	**
Sein (femme)	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 1992	2,0*
	n/a	n/a	n/a	n/a	1992 - 2016	-0,2*
Col de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 2004	-2,1*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2004 - 2016	-0,9
Ovaire	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 2002	0,3*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2002 - 2016	-1,2*
Prostate	n/a	n/a	1981 - 1993	4,9*	n/a	n/a
	n/a	n/a	1993 - 2007	1,2*	n/a	n/a
	n/a	n/a	2007 - 2016	-5,9*	n/a	n/a
Testicule	n/a	n/a	1981 - 2016	1,3*	n/a	n/a
Utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 1989	-2,4*
	n/a	n/a	n/a	n/a	1989 - 2005	0,5*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2005 - 2011	4,0*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2011 - 2016	1,0
Utérus – endomètre	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 1990	-2,6*
	n/a	n/a	n/a	n/a	1990 - 2005	0,7*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2005 - 2011	4,8*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2011 - 2016	1,0
Utérus – sarcome de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 2016	1,0*
Colorectal	1981 - 1996	-0,7*	1981 - 2008	-0,3*	1981 - 1996	-1,2*
	1996 - 2000	0,9	2008 - 2016	-2,7*	1996 - 2000	1,6

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
	2000 - 2008 2008 - 2016	-0,9* -2,3*			2000 - 2016	-1,7*
Côlon à l'exclusion du rectum	1981 - 1985	1,2	1981 - 2008	-0,4*	1981 - 2009	-0,8*
	1985 - 1995	-1,1*	2008 - 2016	-2,4*	2009 - 2016	-2,5*
	1995 - 2008	-0,4*				
	2008 - 2016	-2,4*				
Côlon – côté gauche	1981 - 2004	-1,0*	1981 - 2004	-0,7*	1981 - 2009	-1,3*
	2004 - 2008	2,0	2004 - 2008	2,5	2009 - 2016	-3,3*
	2008 - 2012	-5,6*	2008 - 2012	-6,1*		
	2012 - 2016	-2,0	2012 - 2016	-1,7		
Côlon – côté droit	1981 - 2010	0,1	1981 - 2010	0,2	1981 - 2011	-0,1
	2010 - 2016	-2,4*	2010 - 2016	-2,2*	2011 - 2016	-3,3*
Rectum et jonction recto-sigmoïde	1981 - 1997	-0,6*	1981 - 1997	-0,3	1981 - 1996	-1,4*
	1997 - 2001	3,7*	1997 - 2001	3,5	1996 - 2000	4,1
	2001 - 2016	-1,9*	2001 - 2016	-2,0*	2000 - 2016	-1,6*
Jonction recto-sigmoïde	1981 - 1991	4,3*	1981 - 2001	2,6*	1981 - 1991	4,0*
	1991 - 1996	-3,2	2001 - 2016	-3,6*	1991 - 1996	-5,0
	1996 - 2000	9,5			1996 - 2000	12,0
	2000 - 2016	-3,9*			2000 - 2016	-4,3*
Rectum	1981 - 1985	0,2	1981 - 1995	-1,4*	1981 - 1991	-3,1*
	1985 - 1991	-3,3*	1995 - 2006	0,9*	1991 - 2016	-0,1
	1991 - 2008	0,4*	2006 - 2016	-2,1*		
	2008 - 2016	-1,8*				
Œsophage	1981 - 2007	0,1	1981 - 2006	0,3	1981 - 2016	-0,7*
	2007 - 2011	3,3	2006 - 2011	3,1		
	2011 - 2016	-4,4*	2011 - 2016	-4,8*		
Œsophage – adénocarcinome	1981 - 1996	5,0*	1981 - 1991	6,8*	1981 - 2016	3,1*
	1996 - 2012	2,8*	1991 - 2012	3,0*		
	2012 - 2016	-2,8	2012 - 2016	-4,1		

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Œsophage – carcinome squameux	1981 - 2016	-2,2*	1981 - 2016	-2,4*	1981 - 2016	-2,0*
Foie	1981 - 1999 1999 - 2007 2007 - 2011 2011 - 2016	4,9* 2,6* 10,9* 0,0	1981 - 2012 2012 - 2016	4,6* 0,7	1981 - 2008 2008 - 2012 2012 - 2016	3,4* 14,7* -3,0
Pancréas	1981 - 2003 2003 - 2016	-0,8* 1,5*	1981 - 2004 2004 - 2016	-1,3* 2,2*	1981 - 2006 2006 - 2012 2012 - 2016	-0,4* 2,9* -2,1
Estomac	1981 - 1993 1993 - 2008 2008 - 2012 2012 - 2016	-2,5* -1,5* 2,0 -1,5	1981 - 2008 2008 - 2016	-1,9* 0,5	1981 - 1998 1998 - 2016	-2,9* -0,1
Larynx	1981 - 1991 1991 - 2016	-0,9 -2,6*	1981 - 2016	-2,3*	1981 - 1988 1988 - 2016	3,2 -2,9*
Cavité buccale et pharynx	1981 - 2004 2004 - 2012 2012 - 2016	-1,8* 2,3* -1,8	1981 - 2006 2006 - 2012 2012 - 2016	-2,1* 4,2* -2,8	1981 - 2003 2003 - 2016	-1,0* 0,5
Hypopharynx	1981 - 2016	-2,4*	1981 - 2016	-2,3*	1981 - 2016	-3,2*
Lèvre et cavité buccale	1981 - 1990 1990 - 2003 2003 - 2012 2012 - 2016	-1,1 -3,7* 2,7* -3,8	1981 - 2005 2005 - 2012 2012 - 2016	-3,6* 3,5 -5,8	1981 - 2003 2003 - 2016	-1,1* 1,4*
Nasopharynx	1981 - 2016	-0,1	1981 - 2016	0,0	1981 - 2016	-0,4
Oropharynx	1981 - 1998 1998 - 2016	-0,6 2,4*	1981 - 1998 1998 - 2016	-0,7 3,0*	1981 - 2016	-0,1
Thyroïde	1981 - 1998 1998 - 2002 2002 - 2012 2012 - 2016	4,7* 12,9* 6,8* -2,0	1981 - 1997 1997 - 2012 2012 - 2016	4,1* 7,7* 1,3	1981 - 1998 1998 - 2002 2002 - 2012 2012 - 2016	4,9* 14,5* 6,4* -3,0*
Thyroïde – anaplasique	1981 - 2016	-0,6	1981 - 2016	2,1*	1981 - 2016	-1,6*
Thyroïde – folliculaire	1981 - 2016	-0,9*	1981 - 2016	-0,9*	1981 - 2016	-0,9*
Thyroïde – médullaire	1981 - 2016	2,0*	**	**	1981 - 2016	1,4*
Thyroïde – papillaire	1981 - 2012 2012 - 2016	9,1* -2,9	1981 - 2012 2012 - 2016	8,5* 2,2	1981 - 1998 1998 - 2002 2002 - 2012 2012 - 2016	8,0* 14,3* 8,1* -3,6*

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Leucémie	1981 - 2016	0,2*	1981 - 2016	0,1	1981 - 2016	0,1
Leucémie aiguë lymphoïde	1981 - 2016	0,8*	1981 - 2016	0,7*	1981 - 2016	0,8*
Leucémie monocytaire aiguë	1981 - 2016	2,7*	1981 - 2016	2,4*	1981 - 2016	2,7*
Leucémie aiguë myéloïde	1981 - 2016	0,8*	1981 - 2016	0,8*	1981 - 2016	0,6*
Leucémie lymphoïde chronique	1981 - 2000	0,3	1981 - 1999	0,0	1981 - 2007	1,1*
	2000 - 2004	6,3	1999 - 2003	6,9	2007 - 2016	-2,1
	2004 - 2016	-2,1*	2003 - 2016	-1,8*		
Leucémie myéloïde chronique	1981 - 2004	-0,9*	1981 - 1997	0,7	1981 - 2003	-1,1*
	2004 - 2016	1,9*	1997 - 2002	-6,0	2003 - 2016	2,0*
			2002 - 2016	2,1*		
Lymphome	1981 - 1998	1,6*	1981 - 2009	1,2*	1981 - 1998	1,7*
	1998 - 2008	0,5	2009 - 2016	2,8*	1998 - 2008	0,4
	2008 - 2016	2,6*			2008 - 2016	2,1*
Lymphome hodgkinien	1981 - 2016	-0,4*	1981 - 2016	-0,7*	1981 - 2016	-0,1
Lymphome non hodgkinien	1981 - 1998	2,0*	1981 - 2009	1,5*	1981 - 1998	1,9*
	1998 - 2008	0,5	2009 - 2016	3,0*	1998 - 2008	0,5
	2008 - 2012	4,1*			2008 - 2016	2,3*
	2012 - 2016	1,2				
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	1981 - 2007	7,2*	1981 - 2007	7,2*	1981 - 2007	6,7*
	2007 - 2012	36,9*	2007 - 2012	38,1*	2007 - 2011	42,7*
	2012 - 2016	0,3	2012 - 2016	0,1	2011 - 2016	4,1
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	1981 - 1990	2,7*	1981 - 2007	1,3*	1981 - 1998	1,8*

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
	1990 - 2007	0,7*	2007 - 2011	-9,7*	1998 - 2008	-0,5
	2007 - 2011	-8,8*	2011 - 2016	-0,1	2008 - 2012	-9,0*
	2011 - 2016	-1,2			2012 - 2016	-0,7
Myélome	1981 - 2004	0,7*	1981 - 2004	0,6*	1981 - 2001	0,8*
	2004 - 2008	-3,0	2004 - 2008	-3,3	2001 - 2008	-1,4
	2008 - 2012	5,8*	2008 - 2012	7,2*	2008 - 2016	3,0*
	2012 - 2016	1,0	2012 - 2016	0,1		
Mélanome de la peau	1981 - 1987	5,2*	1981 - 1988	5,7*	1981 - 1987	4,1*
	1987 - 1992	-1,4	1988 - 1992	-1,4	1987 - 1992	-2,4
	1992 - 2016	2,2*	1992 - 2016	2,3*	1992 - 2016	2,0*
Mélanome (non cutané)	1981 - 2016	0,5	1981 - 2016	0,6*	1981 - 2007	-0,5
					2007 - 2016	4,0
Mélanome des muqueuses	1981 - 2006	-0,6	**	**	**	**
	2006 - 2010	43,8	**	**	**	**
	2010 - 2016	-4,8	**	**	**	**
Mélanome oculaire	1981 - 2016	-0,2	1981 - 2016	0,0	1981 - 2016	-0,5
Poumon	1981 - 1989	1,3*	1981 - 1989	-0,1	1981 - 1985	6,5*
	1989 - 2008	-0,8*	1989 - 2008	-2,1*	1985 - 1998	1,9*
	2008 - 2012	0,8	2008 - 2012	0,6	1998 - 2012	0,5*
	2012 - 2016	-2,8*	2012 - 2016	-4,2*	2012 - 2016	-0,8
Poumon – adénocarcinome	1981 - 1992	4,3*	1981 - 1992	3,1*	1981 - 1992	5,8*
	1992 - 2008	-0,4	1992 - 2008	-1,5*	1992 - 2008	0,7*
	2008 - 2012	8,6*	2008 - 2012	8,4*	2008 - 2012	8,7*
	2012 - 2016	0,1	2012 - 2016	-1,2	2012 - 2016	1,2
Poumon – grandes Cellules	1981 - 2000	0,6	1981 - 2000	-0,6	1981 - 1999	3,0*
	2000 - 2004	-15,5*	2000 - 2004	-17,9*	1999 - 2016	-9*
	2004 - 2016	-7,3*	2004 - 2016	-6,8*		

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Poumon – petites Cellules	1981 - 1988	7,0*	1981 - 1990	3,5*	1987 - 1997	2,4*
	1988 - 2011	-0,4*	1990 - 2016	-1,7*	1997 - 2016	-0,4
	2011 - 2016	-3,1*				
Poumon – Cellules squameuses	1981 - 1988	0,3	1981 - 1988	-0,6	1981 - 1995	1,5*
	1988 - 2008	-3,5*	1988 - 2008	-4,4*	1995 - 2007	-2,6*
	2008 - 2012	4,1	2008 - 2012	3,2	2007 - 2012	4,8*
	2012 - 2016	-2,3	2012 - 2016	-2,5	2012 - 2016	-1,9
Vessie <sup>†</sup>	1989 - 2003	-0,5	1989 - 2016	-1,4*	1989 - 2003	-0,5
	2003 - 2016	-2,1*			2003 - 2016	-2,8*
Rein	1981 - 1989	5,3*	1981 - 1989	4,6*	1981 - 1986	9,1*
	1989 - 1996	-0,7	1989 - 2001	0,0	1986 - 2016	1,1*
	1996 - 2016	1,7*	2001 - 2016	2,2*		

**Symboles :**

\* Changement statistiquement significatif en matière de tendance

\*\* Cas trop peu nombreux pour calculer le rapport.

†La tendance du cancer de la vessie commence en 1989 en raison des changements de classification et exclut les carcinomes in situ.

**Remarques :**

1. La présentation des tendances au fil du temps se fonde sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).
2. Les taux sont normalisés à la population canadienne de 2011.
3. Seuls certains sièges secondaires et sous-types histologiques des cancers majeurs sont indiqués. Par conséquent, leur dénombrement peut ne pas correspondre au total pour le type de cancer.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Tendances récentes en matière d'incidence pour les quatre cancers les plus courants

### CANCER DU SEIN

Depuis 1992, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) pour les femmes atteintes d'un cancer du sein en Ontario a régulièrement baissé de 0,2 % par an, probablement en raison du nombre décroissant de femmes atteintes d'un cancer non détecté. Ces augmentations et diminutions du taux d'incidence sont caractéristiques lorsqu'on introduit une nouvelle méthode de diagnostic précoce.

Par ailleurs, l'utilisation du traitement hormonal substitutif (THS), associé à un risque accru de cancer du sein chez les femmes ménopausées, ont commencé à baisser au Canada au début des années 2000.<sup>[25,26]</sup> Cela peut également expliquer la baisse continue du taux d'incidence du cancer du sein au cours des années suivantes.

### CANCER COLORECTAL

Le TINA du cancer colorectal chez les hommes a diminué de 2,7 % de 2008 à 2016. À titre individuel, les taux d'incidence pour les cancers du côlon et du rectum chez les hommes ont également diminué au cours de cette période.

- Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer colorectal a été stable entre 1996 et 2000 puis a baissé après 2000 à un taux de 1,7 % par an. Ces tendances peuvent refléter les tendances divergentes suivantes pour les sièges secondaires du cancer colorectal : une augmentation du cancer de la jonction rectosigmoïde entre 1996 et 2000.
- Une baisse globale du cancer du côlon entre 1981 et 2016 chez les femmes.

### CANCER DU POUMON

Chez les hommes, le TINA du cancer du poumon a été stable de 2008 à 2012 et a depuis baissé de 4,2 % par an. Le taux d'incidence chez les femmes a augmenté au début des années 1980 jusqu'en 2012, malgré le ralentissement de la tendance à la hausse après 1995. Depuis 2012, le taux des femmes est resté stable.

La baisse du taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes et la lente stabilisation du taux d'incidence chez les femmes au cours des vingt dernières années reflètent les différences de taux de tabagisme historiques entre les sexes.<sup>[27]</sup>

Alors que le tabagisme est la principale cause du cancer du poumon, les expositions au radon, à l'amiante, à la fumée secondaire et à la pollution d'air en sont d'autres.

La tendance à la hausse des adénocarcinomes pulmonaires chez les femmes a été constatée dans d'autres provinces et territoires.<sup>[28-30]</sup> La latence plus longue de l'effet de l'arrêt du tabac peut expliquer



cette tendance. Une fois qu'une personne arrête de fumer, son risque de développer d'autres sous-types de cancer du poumon diminue plus rapidement que son risque d'adénocarcinomes.<sup>[29]</sup>

Étant donné les différences historiques des taux de tabagisme entre les hommes et les femmes, le taux croissant d'adénocarcinomes chez les femmes peut correspondre au décalage entre le renoncement au tabac et la réduction du risque d'adénocarcinome chez les femmes. Enfin, la tendance à la baisse du taux chez les hommes a permis de surpasser celui des femmes.

#### CANCER DE LA PROSTATE

Le TINA du cancer de la prostate a augmenté de 1,2 % par an de 1993 à 2007, puis a baissé de 5,9 % par an entre 2007 et 2016. Ces augmentations et baisses brusques du taux d'incidence sont courantes lorsque l'on introduit une nouvelle méthode de diagnostic précoce, le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) du cancer de la prostate. La diminution à partir de 2011 peut également refléter l'effet des recommandations de la US Preventive Services Task Force contre l'utilisation du test de l'APS pour le dépistage systématique des hommes en bonne santé.<sup>[31]</sup>

#### Changements notables des tendances pour d'autres cancers

#### CANCER DU FOIE

Les taux d'incidence du cancer du foie ont fortement augmenté entre 1981 et 2011, malgré leur stabilisation ces dernières années. Chez les hommes, le TINA a augmenté à un taux de 4,6 % par an de 1981 à 2012 et est resté stable depuis lors. La tendance a été plus prononcée chez les femmes, avec un taux qui a augmenté de 3,4 % de 1981 à 2008, de 14,7 % par an de 2008 à 2012 et s'est stabilisé plus récemment.

Une augmentation du taux d'incidence du cancer du foie peut être due à :

- une hausse de l'immigration en provenance de pays où certains facteurs de risque (p. ex., hépatite B et C, exposition aux aflatoxines) sont plus courants.<sup>[32]</sup>
- une prévalence plus importante de l'infection de l'hépatite C causée par un partage des seringues.<sup>[33]</sup>
- une prévalence plus importante de l'obésité et du diabète.<sup>[33]</sup>

#### MYÉLOME

Le TINA du myélome a augmenté de 5,8 % par an entre 2008 et 2012 avant de se stabiliser ces dernières années. Cette augmentation est principalement due à l'augmentation du taux chez les hommes, qui a augmenté de 7,2 % par an entre 2008 et 2012. Le taux chez les femmes s'est accru de 3 % par an depuis 2008.

Les tendances à la hausse dans d'autres provinces et territoires suggèrent que l'augmentation des taux de myélome pourrait être due à l'amélioration des diagnostics et à un meilleur enregistrement des cas.<sup>[34]</sup>

#### CANCER DE LA THYROÏDE

Le TINA du cancer de la thyroïde a significativement augmenté au cours de la période de 1981 à 2016. La plus forte augmentation est survenue entre 1998 et 2002, à 12,9 % par an. Cela est principalement dû à l'augmentation du taux de 14,5 % par an. Le taux d'incidence global a continué d'augmenter entre 2002 et 2012, mais à un rythme plus lent de 6,8 % par an, avant de se stabiliser ces dernières années. Depuis 2012, le TINA a diminué de 3 % par an chez les femmes.

L'augmentation du taux d'incidence a été attribuée à l'utilisation accrue des ultrasons et de l'aspiration par aiguille fine, ce qui peut avoir amélioré la détection des tumeurs subcliniques (c.-à-d., les tumeurs précoces qui n'entraînent pas de symptômes).<sup>[35-38]</sup> On a observé un changement similaire dans la tendance chez les femmes dans d'autres provinces et territoires,<sup>[39]</sup> qui ont constaté une stabilisation des taux d'incidence de la thyroïde chez les femmes au cours de ces dernières années.

#### CANCER DE L'UTÉRUS

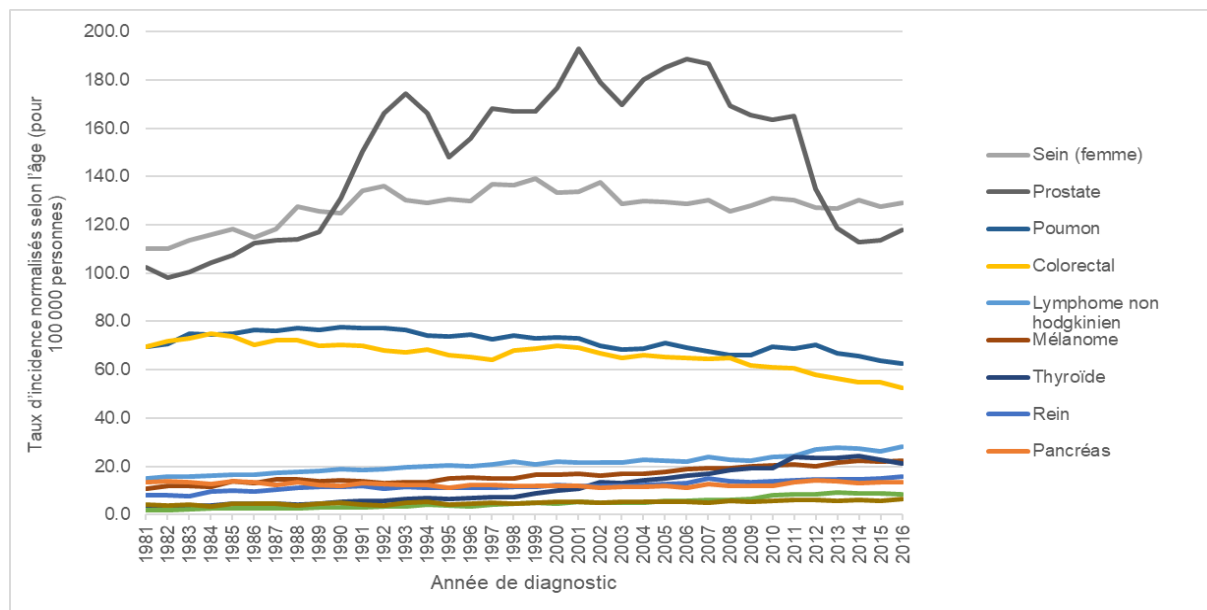
Après une période de baisse des taux d'incidence, le TINA du cancer de l'utérus a augmenté de 4 % de 2005 à 2011 avant de se stabiliser ces dernières années. Cette augmentation est principalement attribuable à l'augmentation des taux d'incidence du cancer de l'endomètre au cours de la même période (4,8 % par an entre 2005 et 2011).

Compte tenu de l'augmentation de l'incidence du cancer de l'endomètre dans d'autres provinces et territoires, les tendances pourraient être liées à l'augmentation des taux d'obésité et d'hormonothérapie ainsi qu'à la diminution des taux de grossesse. Tous ces facteurs augmentent l'exposition aux œstrogènes, un facteur de risque clé du cancer de l'endomètre.<sup>[40]</sup>

#### **Tendance en matière d'incidence depuis trente-cinq ans**

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) de 1981 à 2016 pour certains cancers sont illustrés à la Figure 5.3. Ces cancers représentent les quatre cancers les plus courants en Ontario (cancers du sein, de la prostate, du poumon et colorectal) ainsi que ceux dont les tendances récentes ont significativement augmenté en matière de TINA.

**Figure 5.3** Taux d'incidence normalisés selon l'âge par type de cancer pour certains cancers, Ontario, 1981 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 100 000 personnes et normalisés selon la répartition de l'âge de la population canadienne de 2011.
2. La présentation des tendances au fil du temps se fonde sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples de CIRC/AIRC.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

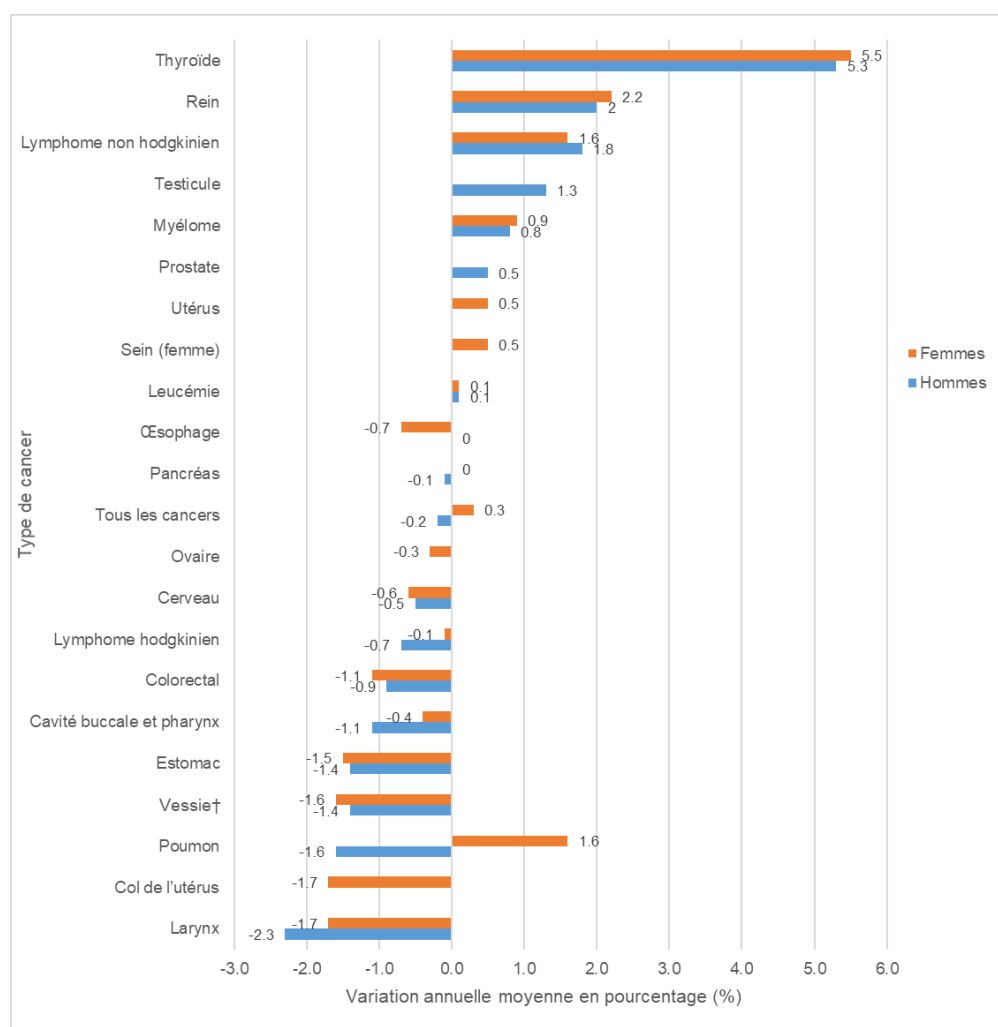
Au cours des 35 dernières années (1981 à 2016), la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) en matière de TINA chez les hommes (Figure 5.4) :

- a augmenté le plus pour le cancer de la thyroïde (5,3 %), du foie (4,2 %), le mélanome (2,6 %), et le cancer du rein (2 %).
- est restée stable pour les cancers de l'œsophage, du pancréas et de la prostate, la leucémie, le myélome et tous les cancers confondus.
- a diminué le plus pour le cancer du larynx (2,3 %), du poumon (1,6 %), de la vessie (1,4 %) et de l'estomac (1,4 %).

Pour les femmes, la VAMP :

- a augmenté le plus pour les cancers de la thyroïde (5,5 %), du foie (3,9 %) et du rein (2,2 %) et le mélanome (1,7 %).
- est restée stable pour le cancer du pancréas, le lymphome hodgkinien et la leucémie.
- a diminué le plus pour le cancer du larynx (1,7 %), du col de l'utérus (1,7 %), de la vessie (1,6 %) et de l'estomac (1,5 %).

**Figure 5.4** Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer et par sexe, Ontario, 1981 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviation :** VAMP désigne la variation annuelle moyenne en pourcentage.

## Symboles :

† Exclut les carcinomes *in situ*.

## Remarques :

1. La tendance du cancer de la vessie commence en 1989 en raison des variations de classification; la VAMP concerne la période de 1989 à 2016.
2. Les taux sont normalisés selon la population canadienne de 2011.
3. La présentation des tendances au fil du temps se fonde sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).
4. Les VAMP pour les types de cancer suivants n'étaient pas statistiquement significatives chez les hommes : tous les cancers de l'œsophage, du pancréas et de la prostate, leucémie et myélome.
5. Les VAMP pour les types de cancer suivants n'étaient pas statistiquement significatives chez les femmes : lymphome hodgkinien, cancer du pancréas et leucémie.

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Tendances d'incidence par âge

Au cours des 35 dernières années, les taux d'incidence du cancer ont augmenté chez les jeunes et les personnes d'âge moyen et ont diminué chez les personnes âgées.

### Personnes âgées de 0 à 39 ans

Chez les personnes de moins de 40 ans, le taux d'incidence du cancer s'est accru de 0,5 % par an entre 1981 et 2001, puis de 1,5 % par an entre 2001 et 2011 avant de se stabiliser au cours des dernières années (Figure 5.5).

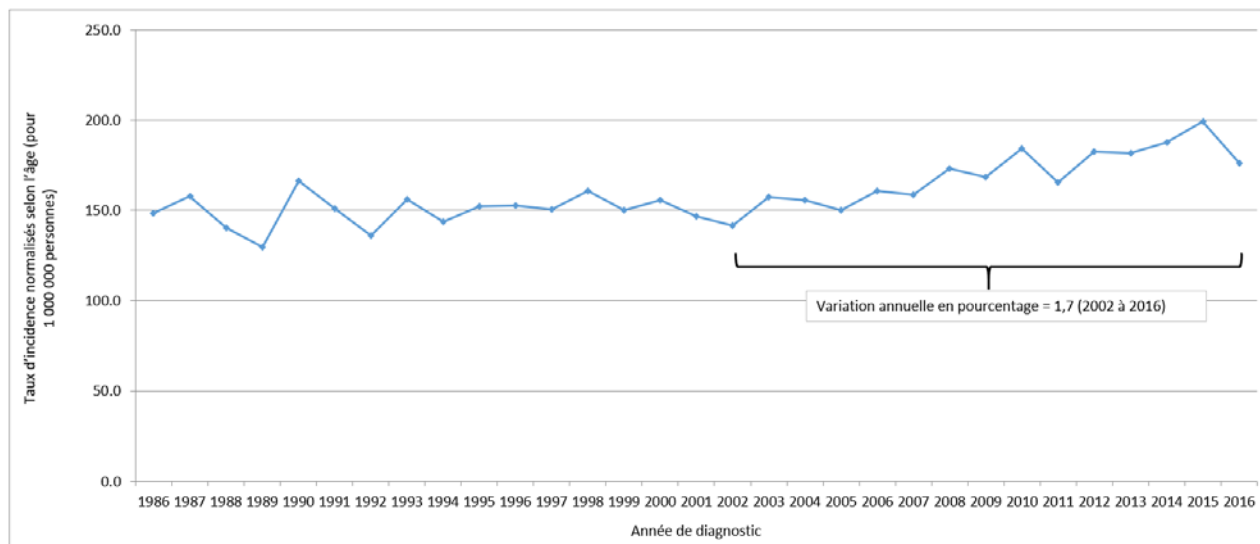
On observe différentes tendances chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, le taux s'est accru de 1,8 % par an entre 1981 et 1991, est resté stable jusqu'en 2001 et s'est accru de 1,1 % par an depuis lors. Chez les femmes, le taux s'est accru de 0,3 % par an entre 1981 et 1996, puis de 1,8 % par an entre 1996 et 2009, et est resté stable depuis. L'augmentation de l'incidence chez les hommes est probablement due à l'augmentation des taux de cancers des testicules et de la thyroïde, et du lymphome non hodgkinien de ce groupe d'âge (données non indiquées).

Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) a augmenté de 0,8 % au cours de la période de 1986 à 2016 et s'est accrue de 1,7 % par an entre 2002 à 2016 (consultez le coup de projecteur : Tendance de l'incidence du cancer infantile, Figure 5.S1).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence du cancer infantile, consultez le rapport de surveillance du POGO à l'adresse <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/> (en anglais seulement).

## COUP DE PROJECTEUR : Tendence de l'incidence du cancer infantile

**Figure 5.S1:** Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer chez les enfants, tous cancers confondus, 0 à 14 ans, Ontario, 1986 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviations :** VAMP désigne la variation annuelle moyenne en pourcentage; VAP désigne la variation annuelle en pourcentage.

### Remarques :

1. Les taux sont pour 1 000 000 personnes.
2. Seuls les changements de tendances de la VAP sont indiqués.

**Analyse :** Health Analytics, Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)

**Source :** Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS, 16 octobre 2019), POGO

### Personnes âgées de 40 à 59 ans

Chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, le taux de cancer s'est accru de 0,5 % par an de 1981 à 2007 puis a diminué de 0,5 % par an à partir de 2007. Alors que la tendance chez les hommes est identique, le taux des femmes augmente de 0,4 % par an depuis 1981.

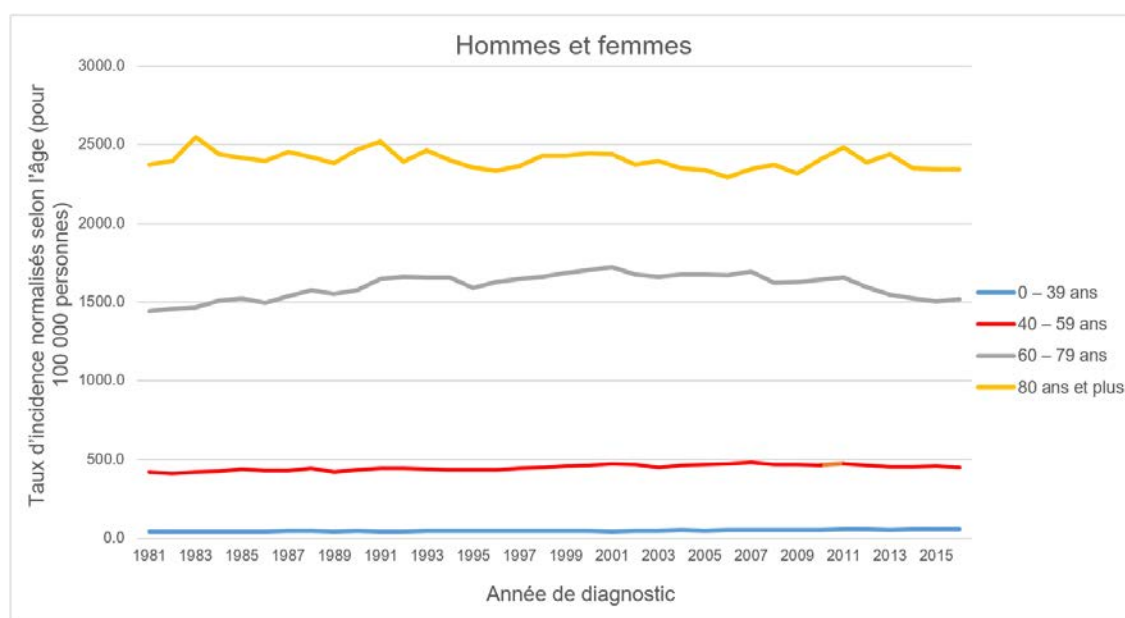
### Personnes âgées de 60 à 79 ans

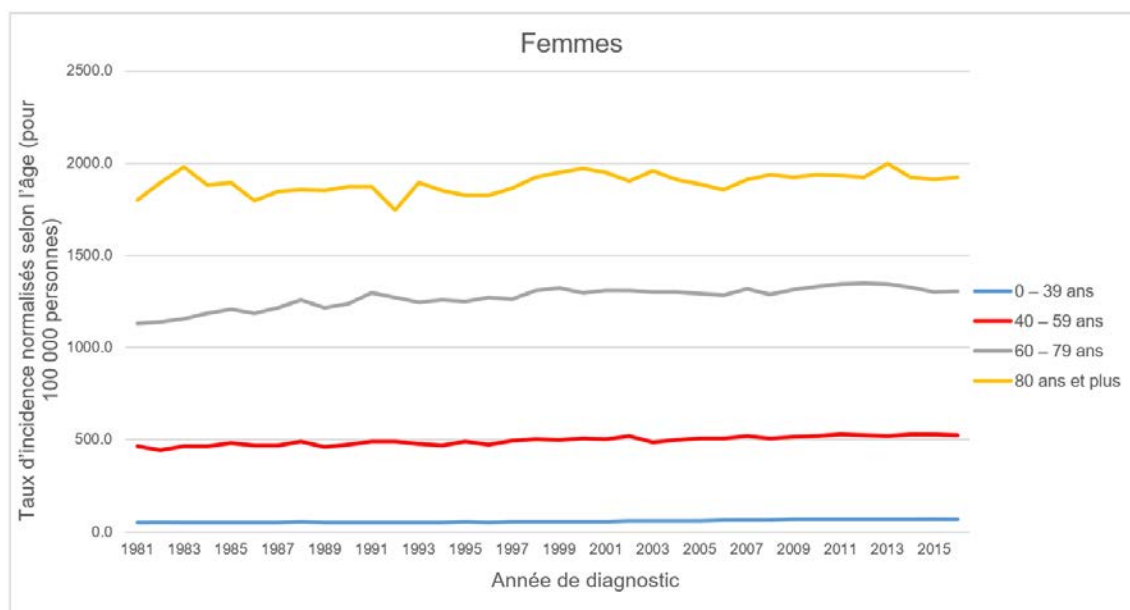
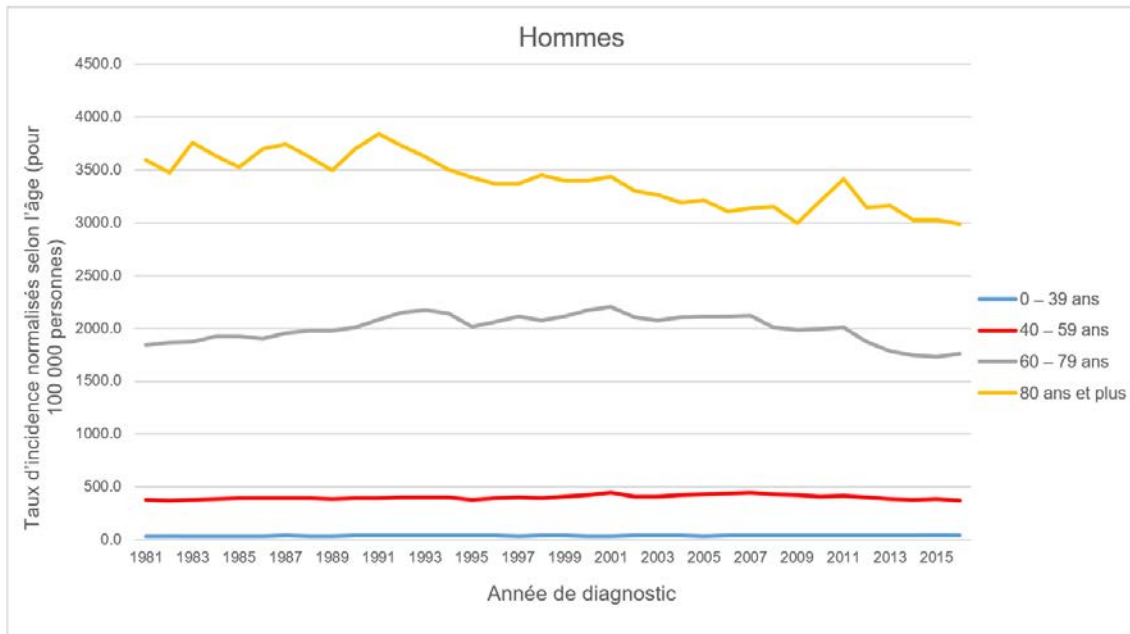
Pour les personnes âgées de 60 à 79 ans, le taux s'est accru de 1,2 % par an de 1981 et de 1992, est resté stable de 1992 à 2007, et a depuis diminué de 1,3 % par an. Le taux chez les hommes était similaire, bien que le taux de diminution ait été plus important au cours de la période la plus récente (2007 à 2016), à 2,3 % par an. Les femmes de ce groupe d'âge n'ont affiché aucune diminution du taux d'incidence; leur taux a augmenté de 1 % par an entre 1981 et 1991, puis de 0,3 % par an entre 1991 et 2012 avant de se stabiliser au cours de la période la plus récente.

### Personnes âgées de 80 ans et plus

Dans le groupe d'âge le plus âgé (ceux de 80 ans et plus), le taux d'incidence a baissé régulièrement tout au long de la période de 0,1 % par an. Alors que le taux des hommes a connu deux périodes de baisse, de 1,1 % par an entre 1991 et 2007 et 1,9 % par an à partir de 2011, le taux des femmes a augmenté lentement de 0,1 % par an depuis 1981.

**Figure 5.5** Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge, par sexe et groupe d'âge, Ontario, 1981 à 2016





Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviation :** VAP désigne la variation annuelle en pourcentage

**Remarques :** Les taux sont pour 100 000 personnes. Seuls les changements significatifs des tendances de la VAP sont illustrés.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



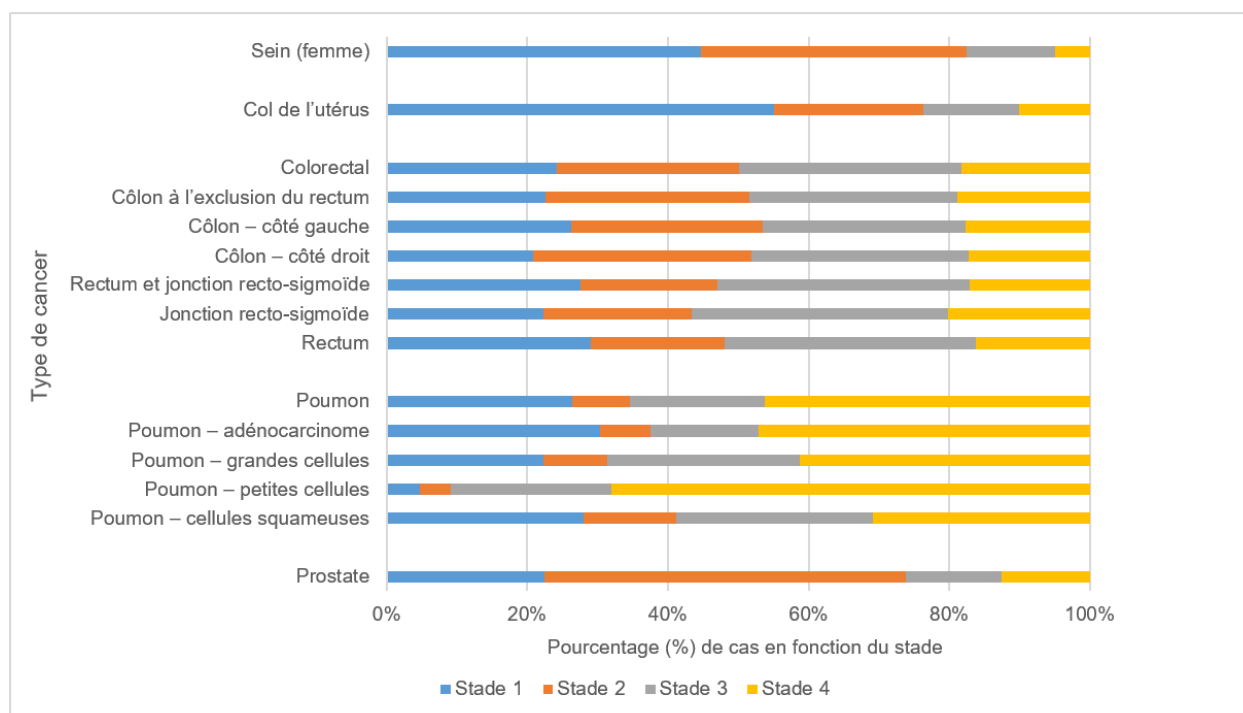
## Incidence par stade

La « stadification du cancer » désigne le classement des personnes en groupes selon l'étendue de la maladie. « Stade au moment du diagnostic » représente l'étendue de la maladie au moment du diagnostic initial. Un groupe de stade (c.-à-d., 0, 1, 2, 3 ou 4) est basé sur des caractéristiques distinctes d'une tumeur qui décrivent l'étendue de la propagation d'un cancer dans le corps. La connaissance du stade de la maladie aide les médecins à planifier un traitement approprié et à déterminer l'issue probable ou l'évolution de la maladie. Les renseignements sur le stade au moment du diagnostic constituent l'un des facteurs les plus importants pour prédire l'issue d'une personne atteinte de cancer.

Un cancer diagnostiqué à un stade précoce a plus de chance d'être traité avec succès. Si le cancer s'est propagé, le traitement devient plus difficile et les chances de survie d'une personne sont généralement beaucoup plus faibles.

Le groupe de stade est utile comme comparateur au sein de différents types de cancer et entre eux, ainsi que pour comparer les tendances au fil du temps. Des renseignements précis sur le stade au niveau de la population aident les fournisseurs de soins de santé, les administrateurs, les chercheurs et les décideurs à planifier, évaluer et promouvoir la qualité des soins afin d'améliorer les résultats du cancer.

**Figure 5.6** Proportion de nouveaux cas par stade au moment du diagnostic et type de cancer pour certains cancers, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les cas qui ne présentent aucune donnée de groupe de stade ont été exclus de cette analyse. Le nombre de cas est comme suit : prostate n = 7 596 (stade inconnu exclu = 23); sein n = 10 329 (stade inconnu exclu = 59); colorectal n = 6 988 (stade inconnu exclu = 164); poumon n = 8 259 (stade inconnu exclu = 27); col de l'utérus n = 526 (stade inconnu exclu = moins de 6).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En Ontario, on dispose de données sur le stade au moment du diagnostic à l'échelle de la population avec un degré d'exhaustivité élevé pour cinq cancers : les cancers du sein (femme), de la prostate, colorectal, du poumon, et du col de l'utérus (consultez les sources de données pour connaître les notes importantes sur ces données).

La majorité des cas de cancer du sein, de la prostate et du col de l'utérus, et la moitié de tous les cas de cancer colorectal par stade ont été diagnostiqués au stade 1 ou 2 (Figure 5.6). Cela peut être dû en partie au fait que le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal est disponible, ce qui augmente la probabilité de détecter ces cancers à des stades précoces. La répartition du stage a varié par type de cancer :

- La majorité des cas de cancer du sein à stades ont été diagnostiqués au stade 1 (44,7 %) ou au stade 2 (37,7 %) en 2016.
- Le cancer du col de l'utérus était encore plus susceptible d'être diagnostiqué au stade 1 (55,1 %) que le cancer du sein. Les femmes diagnostiquées à un stade ultérieur sont moins susceptibles d'avoir fait l'objet d'un dépistage systématique.<sup>[41]</sup> Malgré l'efficacité des programmes de dépistage à réduire des nouveaux cas et décès par cancer du col de l'utérus, 10,1 % des cas sont toujours diagnostiqués au stade 4.
- La majorité des cas de cancer colorectal à stades ont été diagnostiqués au stade 2 (26 %) ou au stade 3 (31,5 %). La répartition du stade était similaire pour les sièges secondaires du cancer colorectal; cependant, une plus grande proportion de cancers du rectum (35,7 %) et de la jonction rectosigmoïde (36,5 %) ont été diagnostiqués au stade 3.
- Les cas de cancers de la prostate sont plus probablement diagnostiqués au stade 2 (51,3 %), suivis par le stade 1 (22,5 %).
- Les cas de cancers du poumon sont plus probablement diagnostiqués au stade 4 qui représentait 46,3 % de tous les cas de cancer du poumon à stades. De tous les sous-types de cancer du poumon, le cancer du poumon à petites cellules présentait la plus grande proportion (68,1 %) des cas diagnostiqués au stade 4.

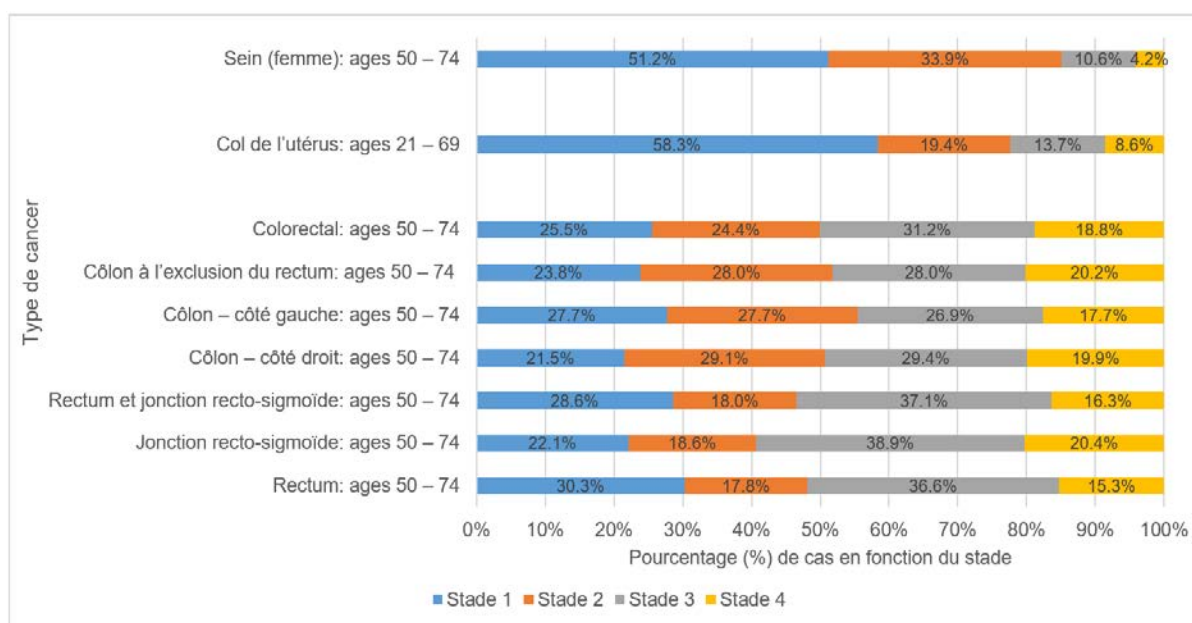
#### [Incidence par stade parmi les cas pouvant participer au programme de dépistage](#)

Parmi les personnes appartenant aux groupes d'âge admissibles au dépistage pour les programmes de dépistage du sein, du col de l'utérus et colorectal de la population de l'Ontario, une plus grande proportion de cas a été diagnostiquée au stade 1 (Figure 5.7) par rapport à tous les âges (Figure 5.6) :

- 51 % des cas de cancer du sein diagnostiqués au stade 1 chez les femmes âgées de 50 à 74 ans (groupe d'âge admissible au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein) par rapport aux 45 % chez les femmes de tous les âges.
- 58 % des cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués au stade 1 chez les femmes âgées de 21 à 69 ans (groupe d'âge admissible au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus) par rapport aux 55 % chez les femmes de tous les âges.
- 26 % des cas de cancer colorectal diagnostiqués au stade 1 chez les femmes âgées de 50 à 74 ans (groupe admissible au ContrôleCancerColorectal) par rapport aux 24 % chez les personnes de tous âges confondus.

La faible proportion des cancers colorectaux au stade 1 peuvent s'expliquer en partie par des taux de participation au dépistage plus faibles (par rapport aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus) et un dépistage inapproprié des personnes présentant des symptômes. Pour le cancer colorectal, une diminution des diagnostics au stade 4 est plus importante qu'une augmentation au stade 1, car les cancers aux stades 1 à 3 présentent un pronostic relativement bon par rapport à ceux au stade 4. Cependant, tous les cancers diagnostiqués dans les groupes d'âge admissibles au dépistage ne sont pas des cancers détectés lors d'un dépistage.

**Figure 5.7** Proportion de nouveaux cas par stade au moment du diagnostic et type de cancer pour les groupes d'âge admissibles aux programmes de dépistage, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** Les cas qui ne présentent aucune donnée de groupe de stade ont été exclus de cette analyse. Le nombre de cas est comme suit : sein n = 6 492 (stade inconnu exclu = 20); colorectal n = 3 842 (stade inconnu exclu = 48); col de l'utérus n = 464 (stade inconnu exclu = moins de 6).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

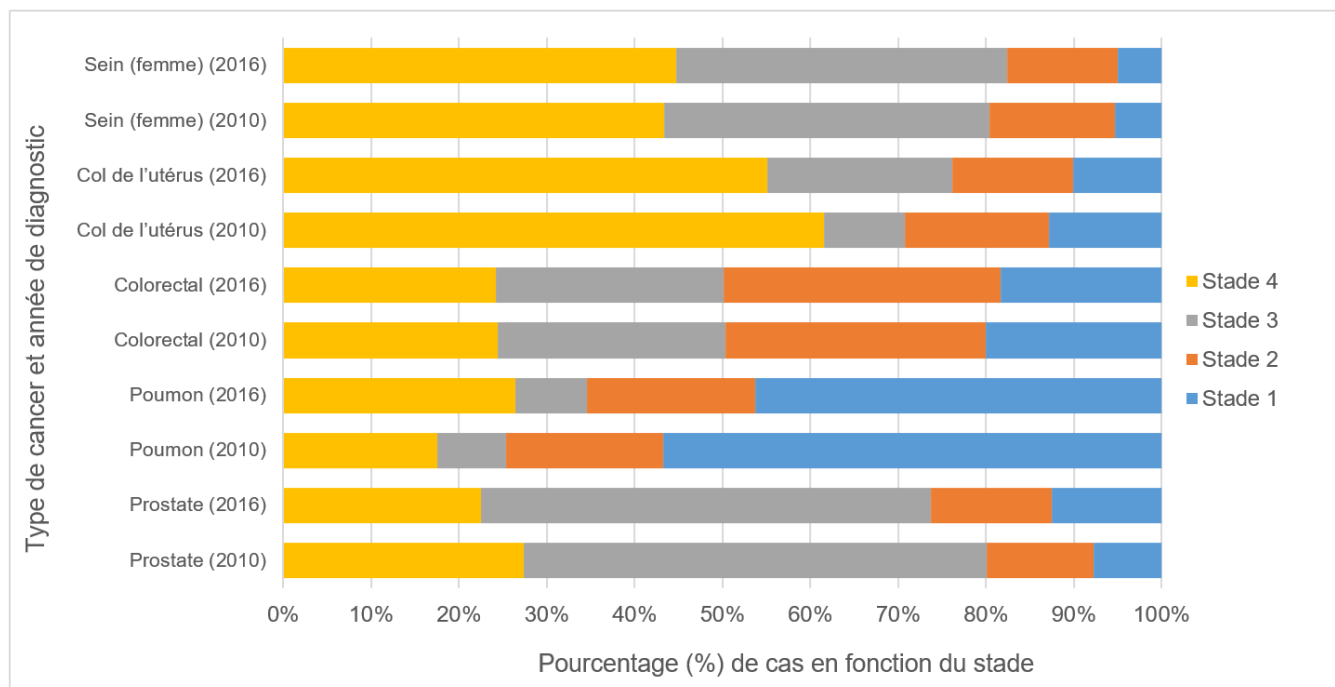
**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario).

### Tendance en matière de répartition des stades

La répartition du stade au diagnostic des cancers colorectal, du sein (femmes), de la prostate, du poumon, et du col de l'utérus a changé au cours de la période 2010 à 2016 (Figure 5.8).

- La proportion de cas de cancer de la prostate diagnostiqués au stade 1 est passée de 27 % en 2010 à 22 % en 2016. D'autre part, la proportion des cas diagnostiqués au stade 4 a augmenté de 8 % en 2010 à 13 % en 2016. Ce changement dans la répartition par stade peut être en partie dû au fait que le dépistage du cancer de la prostate a été moins opportuniste suite à une recommandation contre l'utilisation l'antigène prostatique spécifique (APS).<sup>[31,42]</sup> Cela aurait entraîné une diminution des cas à un stade précoce et probablement, une augmentation des cas symptomatiques à des stades ultérieurs.
- La proportion de cas de cancer du poumon diagnostiqués au stade 1 a augmenté, passant de 18 % en 2010 à 26 % en 2016, tandis que la proportion de cas diagnostiqués au stade 4 a diminué, passant de 57 % en 2010 à 46 % en 2016. Certaines données suggèrent que ce déplacement vers le bas du stade au diagnostic peut refléter une détection plus précoce résultant des récentes campagnes de sensibilisation au cancer du poumon<sup>43</sup>.
- La répartition du stade est restée relativement identique pour les cancers colorectaux. La proportion de cas diagnostiqués à un stade précoce n'a pas changé au cours de la période de 2010 à 2016. La proportion des cas diagnostiqués à des stades ultimes est légèrement passée de 20 % diagnostiqués au stade 4 en 2010 à 18 % en 2016, et de 30 % diagnostiqués au stade 3 en 2010 à 32 % en 2016.
- La proportion de cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués au stade 1 a baissé, passant de 62 % en 2010 à 55 % en 2016, tandis que la proportion de cas diagnostiqués au stade 2 a augmenté, passant de 9 % en 2010 à 21 % en 2016. Toutefois, la proportion globale des cas à un stade précoce (stades 1 et 2) a augmenté de 71 % à 76 %.
- La répartition par stade des cas de cancer du sein est restée relativement stable, la proportion des cas à un stade précoce augmentant légèrement (de 43 % à 45 % pour les cas de stade 1 et 37 % à 38 % pour les cas de stade 2) au cours de la période de 2010 à 2016.

**Figure 5.8** Proportion des nouveaux cas par stade au moment du diagnostic et type de cancer, Ontario, 2010 par rapport à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. Nombre de cas pour 2010 : prostate = 8 767 (stade inconnu exclu = 51); sein n = 8 433 (stade inconnu exclu = 59); colorectal n = 7 391 (stade inconnu exclu = 206); poumon n = 7 946 (stade inconnu exclu = 84); col de l'utérus n = 195 (stade inconnu exclu = moins de 6).
2. Nombre de cas pour 2016 : prostate = 7 596 (stade inconnu exclu = 23); sein n = 10 329 (stade inconnu exclu = 59); colorectal n = 6 988 (stade inconnu exclu = 164); poumon n = 8 259 (stade inconnu exclu = 27); col de l'utérus n = 526 (stade inconnu exclu = moins de 6).
3. Les cas non répartis par stade ont été exclus de cette analyse.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Références**

1. Perera E, Gnaneswaran N, Staines C, Win AK, Sinclair R. Incidence and prevalence of non-melanoma skin cancer in Australia: a systematic review. *Australas J Dermatol.* Novembre 2015;56(4):258-67.

2. Flohil SC, Seubring I, van Rossum MM, Coebergh JW, de Vries E, Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: a 37-year Dutch observational study. *J Invest Dermatol*. Avril 2013;133(4):913-8.
3. Oh CM, Cho H, Won YJ, Kong HJ, Roh YH, Jeong KH, et coll. Nationwide trends in the incidence of melanoma and non-melanoma skin cancers from 1999 to 2014 in South Korea. *Cancer Res Treat*. Juillet 2018;50(3):729-37.
4. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et coll. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 3 février 2015;112(3):580-93.
5. Gallaway MS, Henley SJ, Steele CB, Momin B, Thomas CC, Jamal A, et coll. Surveillance for cancers associated with tobacco use - United States, 2010-2014. *MMWR Surveill Summ*. 2 novembre 2018;67(12):1-42.
6. Action Cancer Ontario. Indice de qualité du système de prévention : l'équité en santé. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.
7. Action Cancer Ontario. Facteurs de risque du cancer en Ontario : résumé des données. Toronto : Action Cancer Ontario; 2013.
8. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA*. 17 août 2011;306(7):737-45.
9. Hemelt M, Yamamoto H, Cheng KK, Zeegers MP. The effect of smoking on the male excess of bladder cancer: a meta-analysis and geographical analyses. *Int J Cancer*. 15 janvier 2009;124(2):412-9.
10. Lundell LR. Etiology and risk factors for esophageal carcinoma. *Dig Dis*. Novembre 2010;28(4-5):641-4.
11. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective [Internet]. Troisième rapport d'experts. London: World Cancer Research Fund International; 2018. Disponible à l'adresse : [dietandcancerreport.org](http://dietandcancerreport.org)
12. Silverman S Jr. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers: the outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc*. Novembre 2001;132 Suppl 1:7s-11s.
13. Rahbari R, Zhang L, Kebebew E. Thyroid cancer gender disparity. *Future Oncol*. Novembre 2010;6(11):1771-9.
14. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. Septembre 2009;76(3):356-60.
15. Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep*. Septembre à octobre 1982;97(5):417-37.
16. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. Février 2000;49(2):147-52.

17. Rasmussen NG, Hornnes PJ, Hegedus L, Feldt-Rasmussen U. Serum thyroglobulin during the menstrual cycle, during pregnancy, and post partum. *Acta Endocrinol (Copenh)*. Août 1989;121(2):168-73.
18. Pacchiarotti A, Martino E, Bartalena L, Buratti L, Mammoli C, Strigini F, et coll. Serum thyrotropin by ultrasensitive immunoradiometric assay and serum free thyroid hormones in pregnancy. *J Endocrinol Invest*. Avril 1986;9(2):185-9.
19. Knudsen N, Bulow I, Laurberg P, Perrild H, Ovesen L, Jorgensen T. Low goitre prevalence among users of oral contraceptives in a population sample of 3712 women. *Clin Endocrinol (Oxf)*. Juillet 2002;57(1):71-6.
20. Grubbs EG, Rich TA, Li G, Sturgis EM, Younes MN, Myers JN, et coll. Recent advances in thyroid cancer. *Curr Probl Surg*. Mars 2008;45(3):156-250.
21. Jazayeri SB, Rahimi-Movaghar V, Shokrane F, Saadat S, Ramezani R. Epidemiology of primary CNS tumors in Iran: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev*. Juin 2013;14(6):3979-85.
22. Kohler BA, Ward E, McCarthy BJ, Schymura MJ, Ries LA, Ehemann C, et coll. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2007, featuring tumors of the brain and other nervous system. *J Natl Cancer Inst*. 4 mai 2011;103(9):714-36.
23. Ostrom QT, Gittleman H, Truitt G, Boscia A, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS statistical report: primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2011-2015. *Neuro Oncol*. 1<sup>er</sup> octobre 2018;20suppl 4:iv1-iv86.
24. Zakaria D, Shaw A, Woods R, De P, Davis F. Case-completeness of nonmalignant central nervous system tumors in the Canadian Cancer Registry, 2011-2015. *J Registry Manag*. Automne 2018;45(3):117-31.
25. Glass AG, Lacey JV Jr., Carreon JD, Hoover RN. Breast cancer incidence, 1980-2006: combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography, and estrogen receptor status. *J Natl Cancer Inst*. 1<sup>er</sup> août 2007;99(15):1152-61.
26. De P, Neutel CI, Olivotto I, Morrison H. Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada. *J Natl Cancer Inst*. 6 octobre 2010;102(19):1489-95.
27. Ferrence RG. Sex differences in cigarette smoking in Canada, 1900-1978: a reconstructed cohort study. *Can J Public Health*. Mai et juin 1988;79(3):160-5.
28. Lortet-Tieulent J, Soerjomataram I, Ferlay J, Rutherford M, Weiderpass E, Bray F. International trends in lung cancer incidence by histological subtype: adenocarcinoma stabilizing in men but still increasing in women. *Lung Canc*. Avril 2014;84(1):13-22.
29. Lewis DR, Check DP, Caporaso NE, Travis WD, Devesa SS. US lung cancer trends by histologic type. *Cancer*. 15 septembre 2014;120(18):2883-92.
30. Meza R, Meernik C, Jeon J, Cote ML. Lung cancer incidence trends by gender, race and histology in the United States, 1973-2010. *PLoS One*. 30 mars 2015;10(3):e0121323.

31. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 17 juillet 2012;157(2):120-34.
32. McDermott S, DesMeules M, Lewis R, Gold J, Payne J, Lafrance B, et coll. Cancer incidence among Canadian immigrants, 1980-1998: results from a national cohort study. *J Immigr Minor Health.* Février 2011;13(1):15-26.
33. Dyer Z, Peltekian K, van Zanten SV. Review article: the changing epidemiology of hepatocellular carcinoma in Canada. *Aliment Pharmacol Ther.* Juillet 2005;22(1):17-22.
34. 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.* Janvier 2016;6(1):e009584.
35. Kent WD, Hall SF, Isotalo PA, Houlden RL, George RL, Groome PA. Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease. *CMAJ.* 20 novembre 2007;177(11):1357-61.
36. Davies L, Welch HG. Epidemiology of head and neck cancer in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Septembre 2006;135(3):451-7.e3.
37. Hall SF, Irish J, Groome P, Griffiths R. Access, excess, and overdiagnosis: the case for thyroid cancer. *Cancer Med.* Février 2014;3(1):154-61.
38. Pole JD, Zuk AM, Wasserman JD. Diagnostic and treatment patterns among children, adolescents, and young adults with thyroid cancer in Ontario: 1992-2010. *Thyroid.* Août 2017;27(8):1025-33.
39. Ward EM, Sherman RL, Henley SJ, Jemal A, Siegel DA, Feuer EJ, et coll. Annual report to the nation on the status of cancer, featuring cancer in men and women age 20–49 years. *J Natl Cancer Inst.* Décembre 2019;111(12):1279-97.
40. Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Bray F, Jemal A. International patterns and trends in endometrial cancer incidence, 1978–2013. *J Natl Cancer Inst.* Avril 2018;110(4):354-61.
41. Kupets RW, Gao J, Green D. Screening history in women with cervical cancer. Session d'affiche présentée lors de la conférence : Towards an Accord for Change. 2017 CAHSPR Conference; 24 au 26 mai 2017; Toronto, Ontario.
42. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et coll.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ.* 4 novembre 2014;186(16):1225-34.
43. Kennedy MP, Cheyne L, Darby M, Plant P, Milton R, Robson JM, et coll. Lung cancer stage-shift following a symptom awareness campaign. *Thorax.* Décembre 2018;73(12):1128-1136.



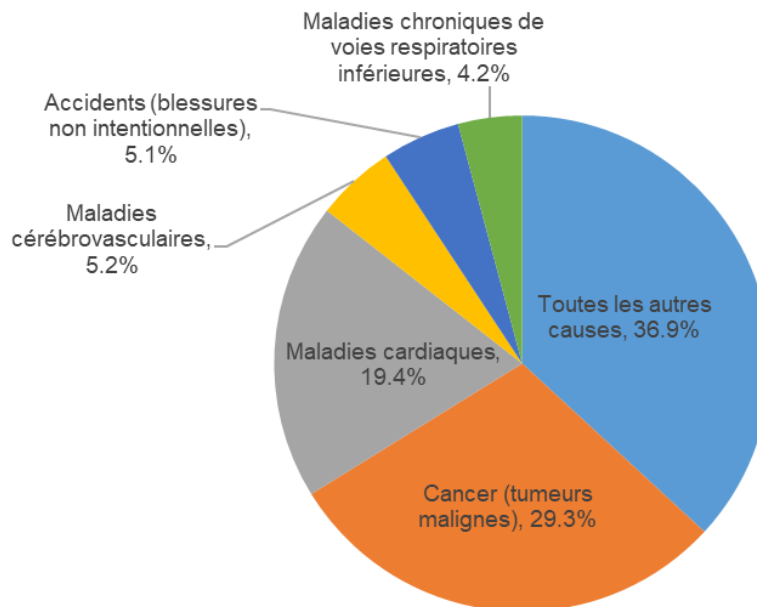
## Chapitre 6: Taux et tendances en matière de mortalité par cancer

La mortalité mesure le nombre de décès attribuables au cancer. Ce chapitre présente les taux et les tendances réels (non projetés) en matière de mortalité par cancer au fil du temps. Ces statistiques s'appuient sur le dénombrement complet à partir de 2016, dernière année disponible.

### Cancer : la principale cause de mortalité

En 2016, le cancer était responsable de 29,3 % de l'ensemble des décès en Ontario, ce qui en fait la principale cause de décès dans la province (Figure 6.1).<sup>[1]</sup> Le cancer a provoqué presque autant de décès que les trois autres principales causes de décès combinés : maladies cardiaques, maladies cérébrovasculaires et accidents.

Figure 6.1 Principales causes de décès, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :** Codes relatifs à la Classification internationale des maladies (ICD)-10 pour les causes de décès : maladie chronique des voies respiratoires inférieures [J40-J47]; accidents (blessures involontaires) [V01-X59, Y85-Y86]; maladies cérébrovasculaires [I60-I69]; maladies cardiaques [I00-I09, I11, I13, I20-I51]; cancer (tumeurs malignes) [C00-C97]

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Principales causes de décès : Statistique Canada. Tableau 13-10-0801-01 Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge en utilisant la population de 2011)

### Probabilité de mourir d'un cancer

La probabilité de mourir d'un cancer représente la probabilité moyenne de décès par cancer. Cette probabilité dépend de nombreux facteurs :

- caractéristiques de la population (p. ex., démographie)
- prévalence des facteurs de risque (consommation de tabac, obésité)
- espérance de vie actuelle
- options thérapeutiques disponibles

Ces probabilités reflètent également les risques moyens pour l'ensemble de la population sans tenir compte des risques personnels. En d'autres termes, le risque d'une personne peut être supérieur ou inférieur aux chiffres indiqués ici.

En Ontario, 1 personne sur 4, soit 25,5 % de la population, décèdera des suites du cancer (Tableau 6.1). Les hommes ont plus de risque de mourir d'un cancer, un peu plus de 1 sur 4 (27,8 %), par rapport aux femmes, à 1 sur 4 (23,5 %).

Comme pour le risque de développer un cancer, la probabilité de mourir d'un cancer varie en fonction du type de cancer :

- Chez les hommes, la probabilité est la plus forte pour les cancers du poumon (1 sur 16), de la prostate (1 sur 28) et le cancer colorectal (1 sur 32).
- Chez les femmes, la probabilité est la plus forte pour les cancers du poumon (1 sur 19), du sein (1 sur 31) et le cancer colorectal (1 sur 36).

**Tableau 6.1** Probabilité de mourir d'un cancer au cours de la vie, par type de cancer et sexe, Ontario, 2013 à 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – %	Hommes et femmes – 1 sur	Hommes – %	Hommes – 1 sur	Femmes – %	Femmes – 1 sur
<b>Tous les cancers</b>	<b>25,5 %</b>	<b>4</b>	<b>27,8 %</b>	<b>4</b>	<b>23,5 %</b>	<b>4</b>
Vessie	0,9 %	115	1,3 %	75	0,5 %	209
Cerveau	0,6 %	171	0,7 %	151	0,5 %	194
Sein (femme)	3,2 %	31	n/a	n/a	3,2 %	31
Col de l'utérus	0,2 %	455	n/a	n/a	0,2 %	455
Colorectal	3,0 %	34	3,2 %	32	2,8 %	36
Œsophage	0,6 %	164	0,9 %	106	0,3 %	328
Lymphome hodgkinien	0,0 %	2639	0,0 %	2165	0,0 %	3322
Rein	0,6 %	181	0,7 %	140	0,4 %	250
Larynx	0,1 %	909	0,2 %	544	0,0 %	2350
Leucémie	1,0 %	101	1,2 %	84	0,8 %	124
Foie	0,9 %	109	1,2 %	86	0,7 %	144
Poumon	5,9 %	17	6,5 %	16	5,4 %	19
Mélanome	0,4 %	230	0,6 %	167	0,3 %	349
Myélome	0,5 %	196	0,6 %	169	0,4 %	229
Lymphome non hodgkinien	1,0 %	101	1,1 %	91	0,9 %	112
Cavité buccale et pharynx	0,4 %	251	0,6 %	182	0,3 %	395
Ovaire	1,1 %	93	n/a	n/a	1,1 %	93
Pancréas	1,6 %	64	1,6 %	63	1,5 %	65
Prostate	3,6 %	28	3,6 %	28	n/a	n/a
Estomac	0,7 %	153	0,8 %	121	0,5 %	199
Testicule	0,0 %	7070	0,0 %	7070	n/a	n/a
Thyroïde	0,1 %	1248	0,1 %	1454	0,1 %	1109
Utérus	0,7 %	135	n/a	n/a	0,7 %	135

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

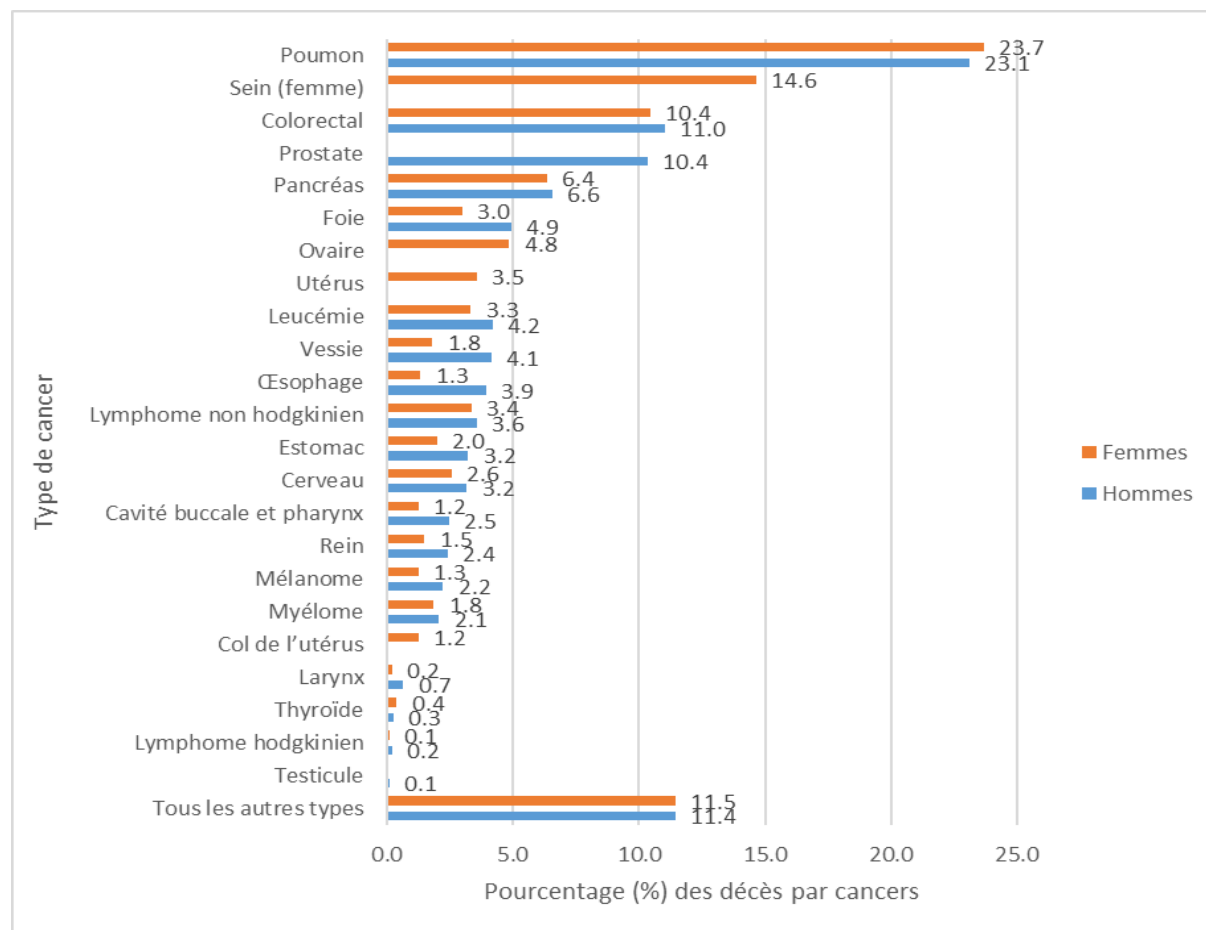
### Mortalité par sexe et type de cancer

En 2016, 29 074 personnes sont décédées des suites du cancer en Ontario, pour un taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) de 190 pour 100 000 personnes (Tableau 6.2).

Les quatre cancers les plus couramment diagnostiqués (poumon, colorectal, sein et prostate) représentaient près de 50 % de l'ensemble des décès par cancer en 2016. Les cancers du poumon, colorectal et de la prostate représentent 44 % de tous les décès des hommes par cancer, tandis que les

cancers du poumon, du sein et colorectal représentaient 49 % de tous les décès par cancer des femmes (Figure 6.2).

**Figure 6.2** Proportion des décès par cancer par sexe et type de cancer, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Certains des cancers les moins fréquemment diagnostiqués ont contribué de façon relativement importante à la mortalité en raison de leur mauvais pronostic. Par exemple, le cancer du pancréas représentait 6,5 % de tous les décès par cancer en 2016 — plus que le cancer de la prostate et presque autant que le cancer du sein (Tableau 6.2).

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) les plus élevés des cancers chez les deux sexes confondus ont été pour les cancers du poumon (44,2 pour 100 000), colorectal (20,3 pour 100 000) et du pancréas (12,3 pour 100 000).

Les TMNA de tous les cancers confondus ont été nettement plus élevés chez les hommes (224,4 pour 100 000) que chez les femmes (165,5 pour 100 000). Chez les hommes, les TMNA les plus élevés concernaient le cancer du poumon (50,8 pour 100 000), suivi par le cancer colorectal (25 pour 100 000) et le cancer de la prostate (24,4 per 100 000). Chez les femmes, les TMNA les plus élevés concernaient le cancer du poumon (39,3 pour 100 000), suivi par le cancer du sein (24,9 pour 100 000) et le cancer colorectal (16,6 par 100 000).

Les hommes ont un taux de mortalité uniformément plus élevé que les femmes pour chaque type de cancer à l'exception du cancer de la thyroïde. Les taux de mortalité par cancer de la thyroïde étaient identiques pour les deux sexes.

On observe les plus importantes différences entre les taux de mortalité des hommes et des femmes pour les cancers suivants :

- lymphome hodgkinien : le taux des hommes est 5 fois supérieur à celui des femmes.
- cancer du larynx : le taux des hommes est 5 fois supérieur à celui des femmes.
- cancer de l'œsophage : le taux des hommes est 4 fois supérieur à celui des femmes.
- cancer de la vessie : le taux des hommes est plus de 3 fois supérieur à celui des femmes.
- cancer de la cavité buccale et du pharynx : le taux des hommes est près de 3 fois supérieur à celui des femmes.

Les hommes atteints du lymphome hodgkinien ont des pronostics généralement moins bons que les femmes.<sup>[2]</sup> Cela peut être dû aux différences biologiques entre les sexes qui influent sur la progression de la maladie.<sup>[3]</sup> La consommation de tabac est un facteur de risque majeur pour les quatre autres cancers (larynx, œsophage, vessie et cavité buccale et pharynx). Les taux de mortalité plus élevés chez les hommes proviennent probablement de leurs taux historiquement plus élevés en matière de tabagisme.<sup>[4]</sup>



**Tableau 6.2** Dénombrement et taux de mortalité par type et sexe du cancer, Ontario, 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – Décès	Hommes et femmes – % de cas	Hommes et femmes – Taux brut	Hommes et femmes – TMNA†	Hommes et femmes – IC à 95 % du TMNA	Hommes – Décès	Hommes – % de cas	Hommes – Taux brut	Hommes – TMNA	Hommes – IC à 95 % du TMNA	Femmes – Décès	Femmes – % de cas	Femmes – Taux brut	Femmes – TMNA	Femmes – IC à 95 % du TMNA
<b>Tous les cancers</b>	<b>29 074</b>	<b>100,0 %</b>	<b>208</b>	<b>190</b>	<b>187,8 – 192,2</b>	<b>15 136</b>	<b>100,0 %</b>	<b>220,4</b>	<b>224,4</b>	<b>220,8 – 228,0</b>	<b>13 938</b>	<b>100,0 %</b>	<b>196,1</b>	<b>165,5</b>	<b>162,8 – 168,3</b>
Vessie	876	3,0 %	6,3	5,6	5,3 – 6,0	626	4,1 %	9,1	9,6	8,9 – 10,4	250	1,8 %	3,5	2,8	2,4 – 3,1
Cerveau	838	2,9 %	6,0	5,6	5,3 – 6,0	480	3,2 %	7,0	6,9	6,3 – 7,6	358	2,6 %	5,0	4,5	4,1 – 5,0
Sein (femme)	2 039	7,0 %	28,7	24,9	23,8 – 26,0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	2 039	14,6 %	28,7	24,9	23,8 – 26,0
Col de l'utérus	172	0,6 %	2,4	2,3	1,9 – 2,6	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	172	1,2 %	2,4	2,3	1,9 – 2,6
Colorectal	3 124	10,7 %	22,4	20,3	19,6 – 21,1	1 670	11,0 %	24,3	25	23,8 – 26,2	1 454	10,4 %	20,5	16,6	15,8 – 17,5
Œsophage	779	2,7 %	5,6	5,1	4,7 – 5,4	595	3,9 %	8,7	8,5	7,9 – 9,3	184	1,3 %	2,6	2,1	1,8 – 2,5
Lymphome hodgkinien	43	0,1 %	0,3	0,3	0,2 – 0,4	31	0,2 %	0,5	0,5	0,3 – 0,6	12	0,1 %	0,2	0,1	0,1 – 0,2
Rein	573	2,0 %	4,1	3,7	3,4 – 4,1	365	2,4 %	5,3	5,4	4,8 – 6,0	208	1,5 %	2,9	2,4	2,1 – 2,8
Larynx	127	0,4 %	0,9	0,8	0,7 – 1,0	99	0,7 %	1,4	1,4	1,2 – 1,7	28	0,2 %	0,4	0,3	0,2 – 0,5
Leucémie	1 095	3,8 %	7,8	7,2	6,8 – 7,6	633	4,2 %	9,2	9,4	8,7 – 10,2	462	3,3 %	6,5	5,5	5,0 – 6,0
Foie	1 161	4,0 %	8,3	7,6	7,2 – 8,1	747	4,9 %	10,9	10,9	10,1 – 11,7	414	3,0 %	5,8	4,9	4,4 – 5,4
Poumon	6 794	23,4 %	48,6	44,2	43,2 – 45,3	3 494	23,1 %	50,9	50,8	49,2 – 52,6	3 300	23,7 %	46,4	39,3	38,0 – 40,7
Mélanome	512	1,8 %	3,7	3,4	3,1 – 3,7	337	2,2 %	4,9	5,0	4,5 – 5,6	175	1,3 %	2,5	2,1	1,8 – 2,5
Myélome	568	2,0 %	4,1	3,7	3,4 – 4,0	311	2,1 %	4,5	4,6	4,1 – 5,1	257	1,8 %	3,6	3,0	2,7 – 3,4
Lymphome non hodgkinien	1 007	3,5 %	7,2	6,6	6,2 – 7,0	539	3,6 %	7,8	8,0	7,3 – 8,7	468	3,4 %	6,6	5,5	5,0 – 6,0
Cavité buccale et pharynx	548	1,9 %	3,9	3,6	3,3 – 3,9	374	2,5 %	5,4	5,4	4,8 – 6,0	174	1,2 %	2,4	2,0	1,7 – 2,4

Type de cancer	Hommes et femmes – Décès	Hommes et femmes – % de cas	Hommes et femmes – Taux brut	Hommes et femmes – TMNA†	Hommes et femmes – IC à 95 % du TMNA	Hommes – Décès	Hommes – % de cas	Hommes – Taux brut	Hommes – TMNA	Hommes – IC à 95 % du TMNA	Femmes – Décès	Femmes – % de cas	Femmes – Taux brut	Femmes – TMNA	Femmes – IC à 95 % du TMNA
Ovaire	675	2,3 %	9,5	8,3	7,7 – 8,9	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	675	4,8 %	9,5	8,3	7,7 – 8,9
Pancréas	1 880	6,5 %	13,5	12,3	11,7 – 12,8	994	6,6 %	14,5	14,5	13,6 – 15,4	886	6,4 %	12,5	10,4	9,7 – 11,1
Prostate	1 568	5,4 %	22,8	24,4	23,2 – 25,7	1 568	10,4 %	22,8	24,4	23,2 – 25,7	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Estomac	764	2,6 %	5,5	5,0	4,7 – 5,4	487	3,2 %	7,1	7,2	6,6 – 7,9	277	2,0 %	3,9	3,3	3,0 – 3,8
Testicule	15	0,1 %	0,2	0,2	0,1 – 0,4	15	0,1 %	0,2	0,2	0,1 – 0,4	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Thyroïde	93	0,3 %	0,7	0,6	0,5 – 0,8	39	0,3 %	0,6	0,6	0,4 – 0,8	54	0,4 %	0,8	0,6	0,5 – 0,8
Utérus	494	1,7 %	7,0	6,0	5,5 – 6,5	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	494	3,5 %	7,0	6,0	5,5 – 6,5

**Abréviations :** TMNA désigne le taux de mortalité normalisé selon l'âge; CI désigne l'intervalle de confiance.

**Symbole :**

†Les taux normalisés à la population canadienne de 2011.

**Remarques :** Les taux sont pour 100 000 personnes.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source de données :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



### Mortalité par âge

Entre 2014 et 2016, l'âge de décès médian de l'ensemble des cancers s'élevait à 74 ans à la fois pour les hommes et les femmes (Tableau 6.3). L'âge médian au moment du décès variait en fonction du type de cancer. Les cancers ayant l'âge médian le plus bas au moment du décès (moins de 60 ans) étaient le cancer des testicules et le cancer du col de l'utérus. L'âge médian pour la plupart des autres types de cancer se situait au-dessus de 70 ans.

**Tableau 6.3** Âge médian au moment du décès par type de cancer et sexe, Ontario, 2014 à 2016

Type de cancer	Âge (années) – Hommes et femmes	Âge (années) – Hommes	Âge (années) – Femmes
<b>Tous les cancers</b>	74	74	74
Vessie	81	80	82
Cerveau	65	64	67
Sein (femme)	71	n/a	71
Col de l'utérus	59	n/a	59
Colorectal	77	75	79
Œsophage	71	70	74
Lymphome hodgkinien	72	69	75
Rein	74	72	78
Larynx	74	73	76
Leucémie	76	76	77
Foie	72	70	74
Poumon	73	73	73
Mélanome	73	73	72
Myélome	76	75	77
Lymphome non hodgkinien	76	74	77
Cavité buccale et pharynx	69	67	73
Ovaire	71	57	71
Pancréas	73	71	76
Prostate	82	82	n/a
Estomac	73	73	75
Testicule	39	39	n/a
Thyroïde	74	73	76
Utérus	71	n/a	71

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



En 2016, 85 % de toutes les personnes en Ontario décédées d'un cancer étaient âgées de 60 ans et plus (Tableau 6.4). La mortalité était différemment répartie en fonction du groupe d'âge.

### Personnes âgées de 0 à 39 ans

Les personnes âgées de moins de 40 ans représentaient 1,4 % de tous les décès par cancer (par rapport aux 5 % de tous les nouveaux cas), le cancer du cerveau et la leucémie étant les principales causes.

En 2016, 0,3 % de tous les cancers se sont produits chez les enfants de 0 à 14 ans. De 2012 à 2016, la majorité des décès chez les enfants atteints de cancer sont survenus chez ceux atteints des cancers suivants :

- cancers du SNC (système nerveux central) et néoplasmes intracrâniens et intrarachidiens (35,8 %)
- leucémies, maladies myéloprolifératives et maladies myélodysplasiques (24,4 %)

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le rapport de surveillance du POGO à l'adresse suivante <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/> (en anglais seulement).

### Personnes âgées de 40 à 59 ans

Les personnes âgées de 40 à 59 ans représentaient 13,6 % de l'ensemble des décès par cancer (par rapport aux 23,5 % de tous les nouveaux cas), les cancers du sein et du poumon étant les causes principales.

### Personnes âgées de 60 à 79 ans

Les personnes âgées de 60 à 79 ans représentaient 49,3 % de tous les décès par cancer (par rapport aux 52,1 % de tous les nouveaux cas).

Ce groupe d'âge représentait la plus grande proportion de décès par cancer pour 19 des 23 types de cancer examinés. Les proportions de décès plus grandes étaient les cancers du sein (43,5 %) et du poumon (58,6 %) dans ce groupe d'âge.

### Personnes âgées de 80 ans et plus

Les personnes âgées de 80 ans et plus représentaient 35,6 % de l'ensemble des décès par cancer (par rapport aux 18,9 % de tous les nouveaux cas), le cancer du poumon et le cancer colorectal étant les principales causes.

Bien que le cancer de la prostate ait été diagnostiqué le plus souvent chez les hommes de 60 à 79 ans, la plupart des décès causés par le cancer de la prostate concernaient les hommes de 80 ans ou plus. Cela

reflète à la fois la progression souvent lente de la maladie et la fréquence plus élevée de cancers à un stade avancé chez les hommes plus âgés.

La mortalité par cancer s'est accrue de manière significative avec l'âge - d'un taux de 6,1 pour 100 000 chez les personnes de 39 ans ou moins, à un taux de 1 719 pour 100 000 chez les personnes de 80 ans et plus (Tableau 6.4). La mortalité a varié selon le type de cancer :

- augmentations significatives avec l'âge pour les cancers de la vessie, du sein, colorectal, du rein, du pancréas, de l'estomac et de la thyroïde, ainsi que de la leucémie, du mélanome, du myélome, du lymphome hodgkinien et du lymphome non hodgkinien.
- augmentations non significatives avec l'âge pour les cancers du cerveau, du col de l'utérus, de l'œsophage, du larynx, du foie, du poumon, de la cavité buccale et du pharynx, des ovaires, de la prostate et de l'utérus.
- le cancer des testicules était plus élevé dans le groupe d'âge de 40 à 59 ans.



**Tableau 6.4** Dénombrement et taux de mortalité par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2016

Type de cancer	0 à 39 ans – Décès	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – Décès	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – Décès	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – Décès	80 ans et plus – Taux selon l'âge	80 ans et plus – IC à 95 %
<b>Tous les cancers*</b>	<b>421</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6 – 6,7</b>	<b>3 958</b>	<b>100,1</b>	<b>97,0 – 103,3</b>	<b>14 335</b>	<b>562,2</b>	<b>553,0 – 571,4</b>	<b>10 360</b>	<b>1 719</b>	<b>1 686,1 – 1 752,5</b>
Vessie*	**	**	**	52	1,3	1,0 – 1,7	348	13,6	12,3 – 15,2	473	78,5	71,6 – 85,9
Cerveau	50	0,7	0,5 – 1,0	231	5,8	5,1 – 6,6	416	16,3	14,8 – 18,0	141	23,4	19,7 – 27,6
Sein (femme)*	50	1,5	1,1 – 1,9	464	23,2	21,2 – 25,4	887	66,3	62,0 – 70,8	638	174,1	160,9 – 188,2
Col de l'utérus	17	0,5	0,3 – 0,8	68	3,4	2,6 – 4,3	52	3,9	2,9 – 5,1	35	9,6	6,7 – 13,3
Colorectal*	38	0,6	0,4 – 0,8	397	10	9,1 – 11,1	1 336	52,4	49,6 – 55,3	1 353	224,5	212,7 – 236,8
Œsophage	11	0,2	0,1 – 0,3	131	3,3	2,8 – 3,9	446	17,5	15,9 – 19,2	191	31,7	27,4 – 36,5
Lymphome hodgkinien*	**	**	**	**	**	**	23	0,9	0,6 – 1,4	12	2	1,0 – 3,5
Rein	7	0,1	0,0 – 0,2	65	1,6	1,3 – 2,1	284	11,1	9,9 – 12,5	217	36	31,4 – 41,1
Larynx	**	**	**	15	0,4	0,2 – 0,6	80	3,1	2,5 – 3,9	32	5,3	3,6 – 7,5
Leucémie*	53	0,8	0,6 – 1,0	110	2,8	2,3 – 3,4	498	19,5	17,9 – 21,3	434	72	65,4 – 79,1
Foie	13	0,2	0,1 – 0,3	181	4,6	3,9 – 5,3	639	25,1	23,2 – 27,1	328	54,4	48,7 – 60,6
Poumon	12	0,2	0,1 – 0,3	796	20,1	18,8 – 21,6	3 978	156	151,2 – 160,9	2 008	333,2	318,8 – 348,1
Mélanome*	12	0,2	0,1 – 0,3	84	2,1	1,7 – 2,6	243	9,5	8,4 – 10,8	173	28,7	24,6 – 33,3
Myélome*	**	**	**	50†	1,3	0,9 – 1,7	296	11,6	10,3 – 13,0	219	36,3	31,7 – 41,5
Lymphome non hodgkinien*	20	0,3	0,2 – 0,4	117	3	2,4 – 3,5	486	19,1	17,4 – 20,8	384	63,7	57,5 – 70,4
Cavité buccale et pharynx	**	**	**	110†	2,8	2,3 – 3,3	290	11,4	10,1 – 12,8	147	24,4	20,6 – 28,7
Ovaire	13	0,4	0,2 – 0,7	136	6,8	5,7 – 8,1	359	26,8	24,1 – 29,8	167	45,6	38,9 – 53,0
Pancréas*	6	0,1	0,0 – 0,2	272	6,9	6,1 – 7,7	987	38,7	36,3 – 41,2	615	102	94,1 – 110,4
Prostate	**	**	**	50†	2,5	1,9 – 3,4	582	48	44,2 – 52,1	934	395,3	370,4 – 421,5
Estomac*	15	0,2	0,1 – 0,4	127	3,2	2,7 – 3,8	369	14,5	13,0 – 16,0	253	42	37,0 – 47,5
Testicule	6	0,2	0,1 – 0,4	7	0,4	0,1 – 0,7	**	**	**	**	**	**
Thyroïde*	**	**	**	20†	0,5	0,3 – 0,8	37	1,5	1,0 – 2,0	35	5,8	4,0 – 8,1

Type de cancer	0 à 39 ans – Décès	0 à 39 ans – Taux selon l'âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – Décès	40 à 59 ans – Taux selon l'âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – Décès	60 à 79 ans – Taux selon l'âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – Décès	80 ans et plus – Taux selon l'âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Utérus	**	**	**	85†	4,2	3,4 – 5,2	258	19,3	17,0 – 21,8	147	40,1	33,9 – 47,2

**Abréviation :** IC désigne l'intervalle de confiance.

**Symboles :**

\*Tendance à la hausse significative du taux selon l'âge à mesure que l'âge augmente.

\*\*Supprimé en raison du petit nombre de cellules (nombre inférieur à 6).

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité; le taux et l'intervalle de confiance associés ont été ajustés pour refléter le nombre arrondi.

**Remarques :** 1. Les taux sont pour 100 000 personnes.

2. Exclut les cas d'âge inconnu.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



## Tendances en matière de mortalité par type de cancer

Le taux de mortalité par cancer pour tous les cancers confondus en Ontario a diminué au cours des dernières décennies, la baisse s'accroissant ces dernières années. Entre 1985 et 2001, le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a diminué de 0,5 % par an puis a chuté de 1,6 % supplémentaire entre 2001 et 2016 (Tableau 6.5).

En général, la baisse de la mortalité a été plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le taux de mortalité a diminué de 1 % par an entre 1988 et 2002, puis de 1,9 % par an entre 2002 et 2016. Chez les femmes, le taux de mortalité a diminué de 0,3 % par an entre 1985 et 2002, puis de 1,4 % par an entre 2002 et 2016. La partie suivante examine certaines des raisons de ces changements.

## Tendances récentes en matière de mortalité pour les quatre cancers les plus courants

### CANCER DE LA PROSTATE

Le TMNA du cancer de la prostate a baissé de 2,9 % par an de 1994 à 2016 (Tableau 6.5). Cette baisse est probablement due à la détection précoce, qui a diminué l'incidence, et à l'amélioration des traitements qui a augmenté la survie au cancer de la prostate.

### CANCER DU SEIN

Le TMNA du cancer du sein a baissé de 2,4 % par an de 1994 à 2016 (Tableau 6.5). Cette situation s'explique par :

- une participation régulière plus grande au dépistage par mammographie, notamment après l'introduction du dépistage structuré du cancer du sein<sup>[5,6]</sup>
- un meilleur traitement primaire<sup>[7,8]</sup>
- l'utilisation de chimiothérapies plus efficaces après une chirurgie pour cancer du sein<sup>[7,8]</sup>

### CANCER COLORECTAL

Le TMNA du cancer colorectal a constamment baissé chez les deux sexes depuis 1981 (Tableau 6.5). Chez les hommes, le taux de mortalité a baissé de 3,4 % par an de 2005 à 2016. Le taux a baissé de la même façon chez les femmes de 2,7 % par an à partir de 2004.

Ces fortes baisses peuvent s'expliquer par des changements relatifs aux facteurs de risque et de protection, un diagnostic plus précoce en raison d'une plus grande adoption du dépistage et des améliorations du traitement.<sup>[9]</sup>

## CANCER DU POUMON

Chez les hommes, le TMNA du cancer du poumon a baissé de 2,2 % de 1988 à 2012, suivi par une baisse plus prononcée de 4,2 % à partir de 2012 (Tableau 6.5). Chez les femmes, le taux de mortalité est resté stable de 1999 à 2008 puis a commencé à baisser de 1,4 % chaque année.

La diminution de la mortalité par cancer du poumon est largement attribuable à la baisse de la consommation du tabac, qui a commencé à baisser vers la fin des années 1950 pour les hommes et au milieu des années 1970 pour les femmes.<sup>[4,10]</sup> Cet écart d'environ 15 ans dans les taux de tabagisme de pointe entre les hommes et les femmes correspond à l'écart dans la stabilisation des taux de mortalité par cancer du poumon entre les sexes.

### Changements notables en matière de tendance pour les autres cancers

#### CANCER DU FOIE

Le TMNA du cancer du foie a augmenté de 2,4 % par an à partir de 1994, après une précédente tendance à la hausse rapide du taux de mortalité (Tableau 6.5). Cette augmentation était probablement due en partie à l'augmentation du taux d'incidence au cours de la même période.

#### CANCER DES OVAIRES

Le TMNA du cancer des ovaires est resté stable de 2003 à 2007, suivi par une baisse significative de 1 % par an à compter de 2007 (Tableau 6.5). Cela correspond à la baisse du taux d'incidence du cancer des ovaires depuis 2002.

La baisse de l'incidence et de la mortalité en matière de cancer des ovaires découle probablement des changements relatifs à l'exposition aux facteurs de risque et de protection, y compris l'utilisation croissante de contraceptifs oraux.<sup>[11]</sup> Les baisses en matière de mortalité peuvent également refléter l'augmentation de la survie grâce à l'amélioration du traitement.<sup>[12]</sup>

#### CANCER DE L'ESTOMAC

Le TMNA du cancer de l'estomac a baissé de 3,6 % par an jusqu'en 1993, puis de 2,3 % par an à partir de 1993 (Tableau 6.5).

Cette baisse peut s'expliquer par une diminution de l'exposition réduite à l'infection à la bactérie *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), les améliorations de la conservation et de la réfrigération des aliments, les changements de style de vie et un meilleur traitement.<sup>[13]</sup>

**Tableau 6.5** Variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe, Ontario, 1981 à 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
<b>Tous les cancers</b>	1981 - 1985	1,1*	1981 - 1988	0,5*	1981 - 1985	1,0
	1985 - 2001	-0,5*	1988 - 2002	-1,0*	1985 - 2002	-0,3*
	2001 - 2016	-1,6*	2002 - 2016	-1,9*	2002 - 2016	-1,4*
Vessie	1981 - 1996	-1,6*	1981 - 2016	-0,7*	1981 - 1997	-1,5*
	1996 - 2000	2,6			1997 - 2004	2,3
	2000 - 2016	-0,8*			2004 - 2016	-1,9*
Cerveau	1981 - 2006	-1,0*	1981 - 1997	-1,5*	1981 - 2006	-1,0*
	2006 - 2010	4,3	1997 - 2016	0,6*	2006 - 2016	2,0*
	2010 - 2016	-0,6				
Sein (femme)	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 1986	1,3
	n/a	n/a	n/a	n/a	1986 - 1994	-1,0*
	n/a	n/a	n/a	n/a	1994 - 2016	-2,4*
Col de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 2002	-3,5*
	n/a	n/a	n/a	n/a	2002 - 2016	-1,4*
Colorectal	1981 - 2004	-1,4*	1981 - 2005	-1,3*	1981 - 2004	-1,8*
	2004 - 2016	-3,0*	2005 - 2016	-3,4*	2004 - 2016	-2,7*
Œsophage	1981 - 2000	0,7*	1981 - 2009	0,4*	1981 - 1995	0,6
	2000 - 2016	-0,8*	2009 - 2016	-1,9	1995 - 2016	-1,4*
Lymphome hodgkinien	1981 - 1990	-6,7*	1981 - 1990	-7,9*	1981 - 2016	-3,3*
	1990 - 2016	-2,9*	1990 - 2016	-2,9*		
Rein	1981 - 2008	0,0	1981 - 2006	0,1	1981 - 2010	-0,2
	2008 - 2016	-1,9*	2006 - 2016	-1,5*	2010 - 2016	-3,5*
Larynx	1981 - 2000	-1,3*	1981 - 2001	-1,4*	1981 - 2016	-2,7*
	2000 - 2016	-4,7*	2001 - 2016	-5,2*		
Leucémie	1981 - 2016	-0,8*	1981 - 1996	0,0	1981 - 2016	-0,9*
			1996 - 2016	-1,3*		
Foie	1981 - 1994	4,2*	1981 - 1995	4,7*	1981 - 2016	2,6*
	1994 - 2016	2,4*	1995 - 2016	2,2*		
Poumon	1981 - 1988	1,7*	1981 - 1988	0,4	1981 - 1985	7,4*
	1988 - 2010	-0,9*	1988 - 2012	-2,2*	1985 - 1999	1,9*
	2010 - 2016	-2,8*	2012 - 2016	-4,2*	1999 - 2008	0,1
					2008 - 2016	-1,4*
Mélanome	1981 - 2016	0,9*	1981 - 2016	1,2*	1981 - 2016	0,4*
Myélome	1981 - 1999	0,5	1981 - 1996	0,6	1981 - 1999	0,6
	1999 - 2016	-1,4*	1996 - 2016	-1,1*	1999 - 2016	-1,9*

Type de cancer	Hommes et femmes – Période	Hommes et femmes – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Lymphome non hodgkinien	1981 - 1999	2,0*	1981 - 2000	1,9*	1981 - 1998	2,1*
	1999 - 2016	-2,1*	2000 - 2016	-2,1*	1998 - 2016	-2,2*
Cavité buccale et pharynx	1981 - 2009	-1,8*	1981 - 2008	-2,2*	1981 - 2016	-1,3*
	2009 - 2016	1,7	2008 - 2016	1,7		
Ovaire	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 1999	-0,8*
	n/a	n/a	n/a	n/a	1999 - 2003	2,2
	n/a	n/a	n/a	n/a	2003 - 2007	-4,7
	n/a	n/a	n/a	n/a	2007 - 2016	-1,0*
Pancréas	1981 - 2006	-0,7*	1981 - 2005	-1,2*	1981 - 2016	-0,1
	2006 - 2016	0,8*	2005 - 2016	1,0*		
Prostate	n/a	n/a	1981 - 1994	1,7*	n/a	n/a
	n/a	n/a	1994 - 2016	-2,9*	n/a	n/a
Estomac	1981 - 1993	-3,6*	1981 - 2016	-2,8*	1981 - 1993	-4,2*
	1993 - 2016	-2,3*			1993 - 2016	-2,0*
Testicule	n/a	n/a	1981 - 2016	-2,9*	n/a	n/a
Thyroïde	1981 - 2016	-0,3	1981 - 2016	0,8*	1981 - 2016	-0,8*
Utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	1981 - 1993	-1,8*
	n/a	n/a	n/a	n/a	1993 - 2016	1,2*

**Abréviation :** VAP désigne la variation annuelle en pourcentage.

**Remarques :**

1. Les changements statistiquement significatifs de tendance et leur direction sont indiqués par des flèches correspondantes.
2. Les taux sont normalisés selon la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Tendance en matière de mortalité sur trente-cinq ans**

Au cours des 35 dernières années de 1981 à 2016, la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) pour les hommes (Figure 6.3) :

- a diminué pour la plupart des types de cancer, y compris le lymphome hodgkinien (4,2 % par an), le cancer du larynx (3,1 %) et le cancer des testicules (2,9 %)



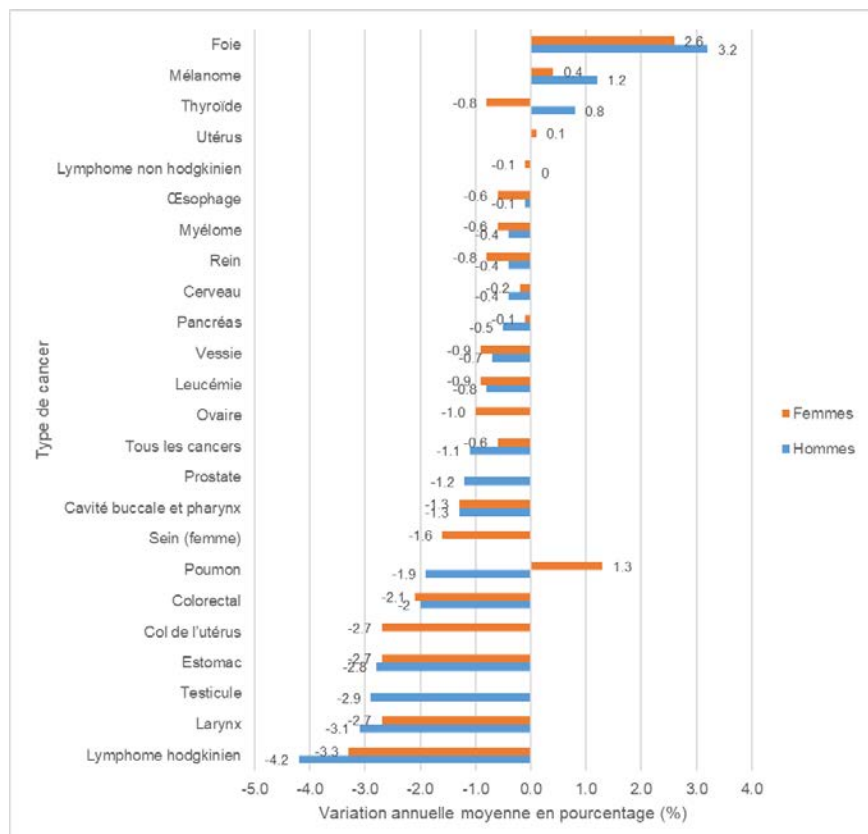
- a augmenté pour le cancer du foie (3,2 %), le mélanome (1,2 %) et le cancer de la thyroïde (0,8 % par an)
- est restée stable pour les cancers du cerveau, du rein et de l'œsophage, ainsi que le myélome et le lymphome non hodgkinien

Au cours de la même période, la VAMP du TMNA pour les femmes :

- a diminué pour la plupart des types de cancer, y compris le lymphome hodgkinien (3,3 % par an), le cancer du col de l'utérus (2,7 %) et le cancer du larynx (2,7 %)
- a augmenté pour le cancer du foie (2,6 %), le cancer du poumon (1,3 %) et le mélanome (0,4 %)
- est restée stable pour le cancer du pancréas, le cancer du cerveau, le cancer de l'utérus et le lymphome non hodgkinien

Pour certains cancers, comme le cancer du foie et le mélanome, l'augmentation des taux de mortalité reflète probablement une augmentation des taux d'incidence.

**Figure 6.3** Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe, Ontario, 1981 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :**

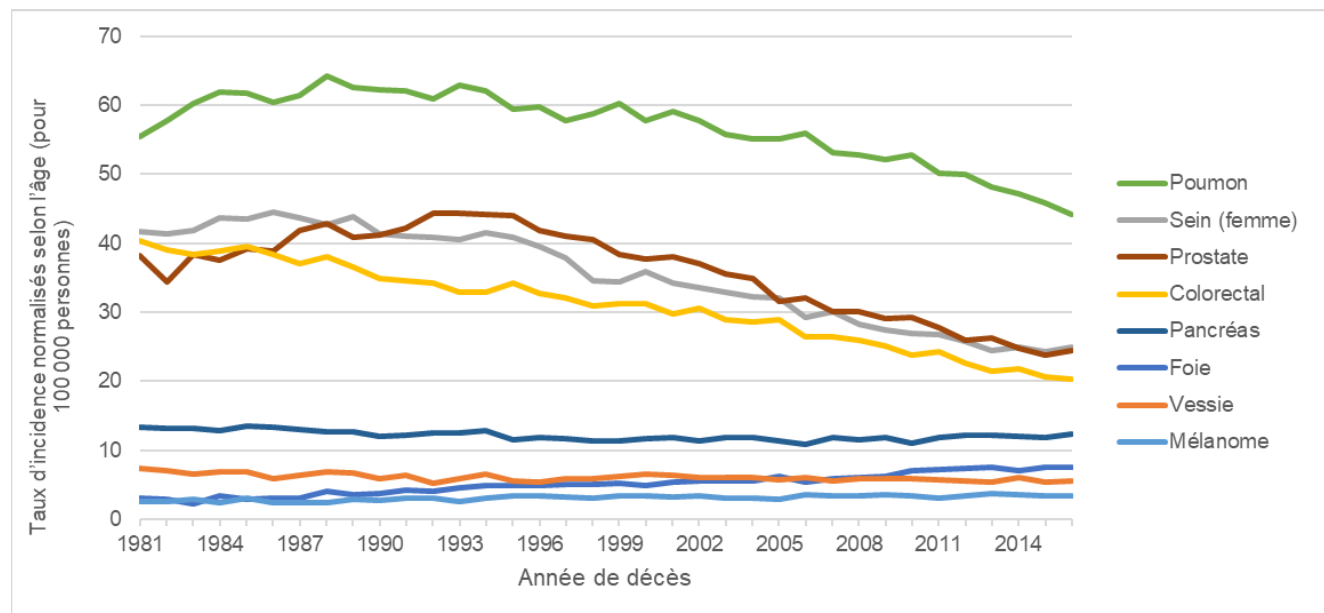
1. Les taux sont normalisés selon la répartition par âge de la population canadienne de 2011.
2. Les VAMP des types de cancers suivants ne sont pas statistiquement significatives chez les hommes : cancers du cerveau, du rein, de l'œsophage, myélome et lymphome non hodgkinien.
3. Les VAMP des types de cancers suivants ne sont pas statistiquement significatives chez les femmes : cancers du pancréas, du cerveau, de l'utérus, et lymphome non hodgkinien

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les TMNA au cours de la période de 1981 à 2016 pour les cancers de la vessie, du sein, colorectal, du foie, du poumon, du pancréas et de la prostate, ainsi que pour le mélanome sont présentés dans la Figure 6.4. Ces cancers représentent les quatre cancers les plus courants plus ceux dont la mortalité est importante.

**Figure 6.4** Taux de mortalité normalisés selon l'âge au fil du temps par type de cancer et sexe pour certains cancers, Ontario, 1981 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :** Les taux sont pour 100 000 personnes et normalisés selon la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source:** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Tendances en matière de mortalité par âge

Les taux de mortalité dans tous les groupes d'âge ont significativement diminué au cours de la dernière décennie. Chez les jeunes, ils ont diminué de façon assez égale entre les sexes. Toutefois, chez les personnes de 60 ans ou plus, les baisses en matière de mortalité ont été supérieures chez les hommes (Figure 6.5).

#### Personnes âgées de 0 à 39 ans

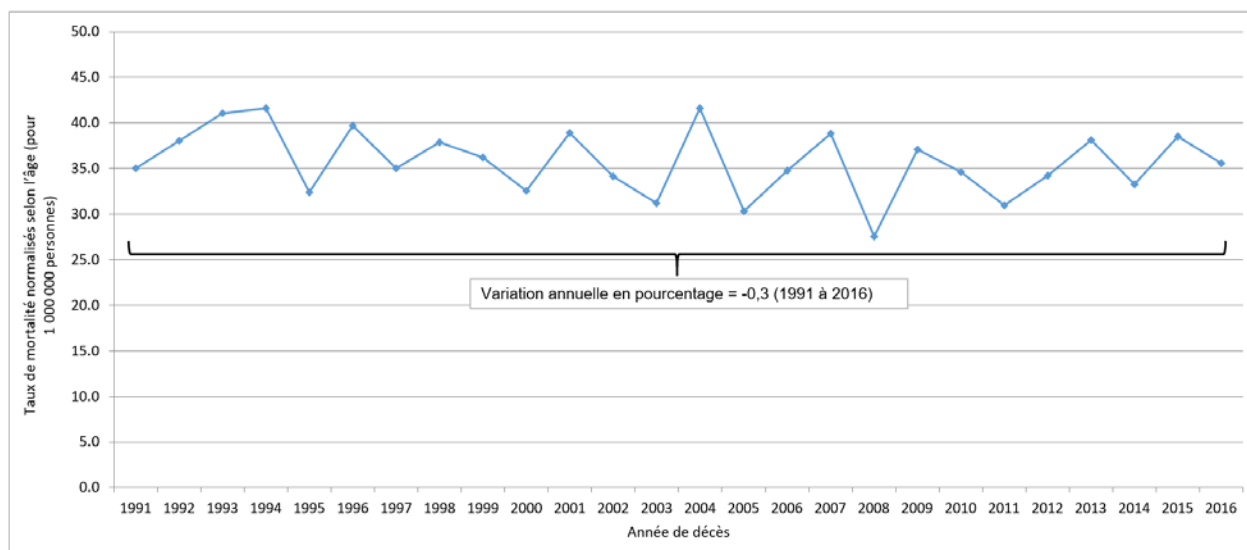
Alors que les taux d'incidence ont augmenté chez les jeunes, les taux de mortalité sont restés stables ou ont diminué. Chez les hommes de moins de 40 ans, le taux de mortalité a baissé de 1,7 % par an entre 1981 et 1991. Chez les femmes de ce groupe d'âge, les taux de mortalité ont baissé de 1,9 % par an entre 1981 et 2007, et sont restés stables à partir de 2007.

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) chez les enfants de 0 à 14 ans sont restés stables de 1991 à 2016 (consultez le coup de projecteur : Tendances de mortalité du cancer infantile).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les tendances de mortalité du cancer infantile, consultez le rapport de surveillance du POGO à l'adresse <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/>.

### COUP DE PROJECTEUR : Tendances de mortalité du cancer infantile

**Figure 6.S1** - Variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge des cancers infantiles, tous cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, 1991 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviations :** VAP désigne la variation annuelle en pourcentage

**Remarques :**

1. Les taux sont pour 1 000 000 personnes.
2. La tendance de la VAP n'était pas significative.
3. Inclut des cas diagnostiqués depuis 1986 pour correspondre aux données du POGONIS.

**Analyse :** Health Analytics, Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)

**Source :** Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS, 16 octobre 2019), POGO

### Personnes âgées de 40 à 59 ans

Pour les personnes âgées de 40 à 59 ans, le taux de mortalité est resté stable jusqu'en 1987, puis a commencé à baisser de 2,1 % par an jusqu'en 2016. On a observé des tendances similaires chez les hommes et les femmes en tant que groupes séparés.

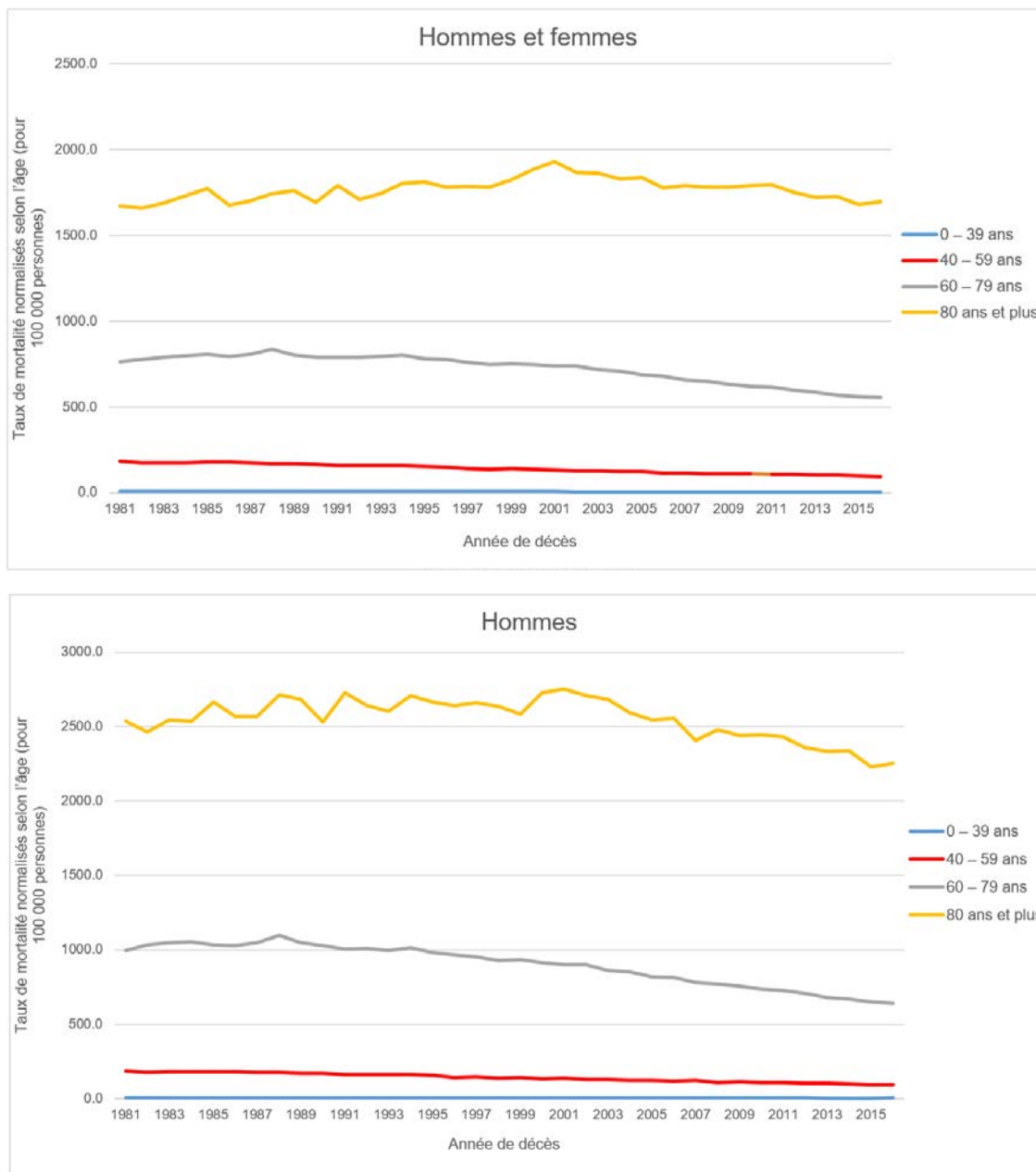
### Personnes âgées de 60 à 79 ans

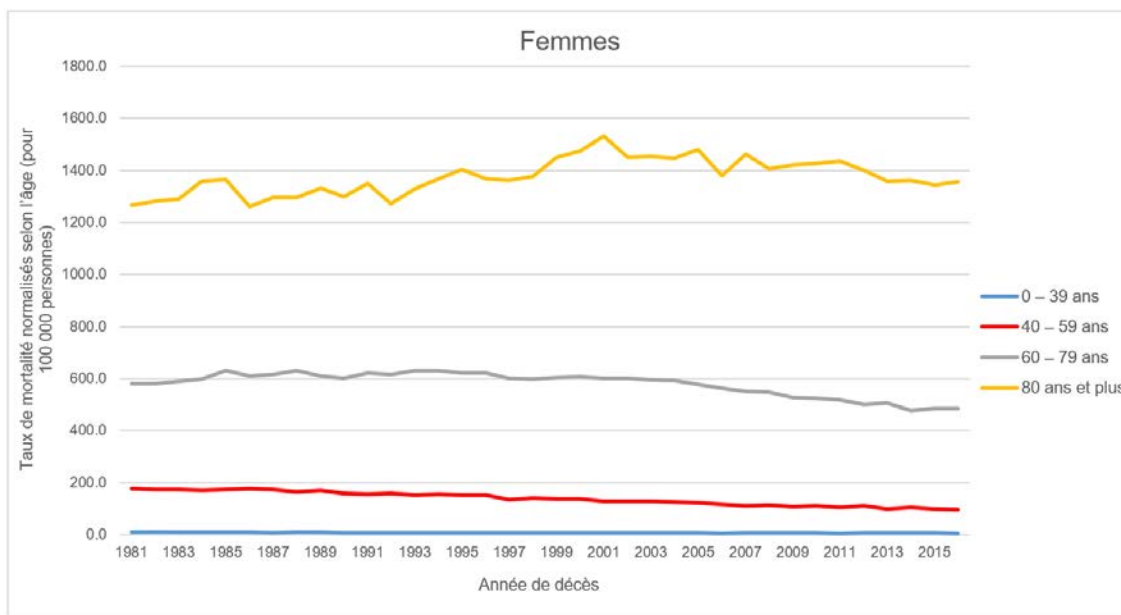
Chez les personnes de 60 à 79 ans, le taux de mortalité s'est accru jusqu'en 1988, puis a baissé de 0,8 % par an jusqu'en 2002. Entre 2002 et 2016, le taux a baissé de 2 % par an. Le taux de diminution a été plus important pour les hommes (2,4 % par an) que les femmes (1,7 % par an).

### Personnes âgées de 80 ans et plus

Comme pour les personnes de 60 à 79 ans, la mortalité des 80 ans et plus a augmenté de 0,5 % par an entre 1981 et 2002, suivi d'une diminution de 0,7 % par an entre 2002 et 2016. La baisse de la mortalité a été plus importante pour les hommes, à 1,2 % par an après 2001. Chez les femmes, le taux de mortalité est resté stable entre 1997 et 2001, puis a diminué de 0,7 % par an.

**Figure 6.5** Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux de mortalité par sexe et groupe d'âge, Ontario, 1981 à 2016





Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Abréviation :** VAP désigne la variation annuelle en pourcentage.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Références

1. Statistique Canada [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; [modifié le 10 octobre 2019]. Tableau 13-10-0801-01, Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011); 2019 [modifié le 30 mai 2019; cité le 23 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080101&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080101&request_locale=fr)
2. Société canadienne du cancer [Internet]. Toronto : Société canadienne du cancer; c2019. Pronostic et survie pour le lymphome hodgkinien; [cité le 15 août 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/fr-ca/region-selector-page/?url=/fr-ca/cancer-information/cancer-type/hodgkin-lymphoma/prognosis-and-survival/>
3. Berrino F, Verdecchia A, Lutz JM, Lombardo C, Micheli A, Capocaccia R. Comparative cancer survival information in Europe. Eur J Cancer. Avril 2009;45(6):901-8.
4. Ferrence RG. Sex differences in cigarette smoking in Canada, 1900-1978: a reconstructed cohort study. Can J Public Health. Mai et juin 1988;79(3):160-5.

5. Coldman A, Phillips N, Wilson C, Decker K, Chiarelli AM, Brisson J, et coll. Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1<sup>er</sup> octobre 2014;106(11):dju261.
6. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 16 février 2016;164(4):244-55.
7. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA, et coll. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. *J Natl Cancer Inst.* 5 octobre 2005;97(19):1407-27.
8. Mariotto A, Feuer EJ, Harlan LC, Wun LM, Johnson KA, Abrams J. Trends in use of adjuvant multi-agent chemotherapy and tamoxifen for breast cancer in the United States: 1975-1999. *J Natl Cancer Inst.* 6 novembre 2002;94(21):1626-34.
9. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, Anderson RN, et coll. 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.* 1<sup>er</sup> février 2010;116(3):544-73.
10. Holowaty E, Chin Cheong S, Di Cori S, Garcia J, Luk R, Lyons C, et coll. Tobacco or health in Ontario: tobacco attributed cancers and deaths over the past 50 years...and the next 50. Toronto : Action Cancer Ontario; 2002.
11. Sopik V, Iqbal J, Rosen B, Narod SA. Why have ovarian cancer mortality rates declined? Part I. Incidence. *Gynecol Oncol.* Septembre 2015;138(3):741-9.
12. Sopik V, Iqbal J, Rosen B, Narod SA. Why have ovarian cancer mortality rates declined? Part II. Case-fatality. *Gynecol Oncol.* Septembre 2015;138(3):750-6.
13. Amiri M, Janssen F, Kunst AE. The decline in stomach cancer mortality: exploration of future trends in seven European countries. *Eur J Epidemiol.* Janvier 2011;26(1):23-8

## Chapitre 7: Survie au cancer

La survie relative mesure la probabilité de survie d'une personne atteinte d'un cancer pendant un certain temps par rapport à des personnes semblables dans la population générale. Ce chapitre porte essentiellement sur la survie au cancer relative à 5 ans des adultes et la proportion globale de survie au cancer pour les enfants en Ontario.

Les statistiques de survie représentent un indicateur clé du pronostic et de l'efficacité des programmes de lutte et du traitement du cancer.<sup>[1]</sup> Les rapports de survie relative (RSR) indiquent la probabilité de survivre pendant un certain temps (p. ex., 1, 3 ou 5 ans) après le diagnostic par rapport à des personnes semblables (même âge, même sexe) dans la population générale.

Les cinq premières années après le diagnostic sont cruciales pour analyser la survie. C'est pendant cette période qu'une personne est plus susceptible de bénéficier des services de soins de santé, y compris du traitement primaire et de l'évaluation clinique de la récurrence. Après 5 ans, le recours au système de santé et les risques de récurrence diminuent.

La survie au cancer dépend de certains facteurs comme le type de cancer, le sexe, l'âge au moment du diagnostic, le stade au moment du diagnostic et le type de traitement reçu. Alors que les RSR représentent la survie moyenne attendue pour la population de personnes atteintes d'un certain type de cancer, ces statistiques peuvent ne pas correspondre au pronostic d'une personne. La survie d'une personne peut également dépendre de son état de santé, de la présence de comorbidités et d'autres facteurs personnels et liés à la tumeur. Les estimations de survie reposent sur les données des personnes ayant reçu un diagnostic par le passé. Autrement dit, ces estimations peuvent ne pas tenir compte des effets des progrès plus récents en matière de détection et de traitement du cancer. La survie relative ne fait pas non plus de distinction entre les personnes qui ne présentent aucun signe de cancer et celles qui ont rechuté ou sont encore en traitement.

La survie s'améliore au fil du temps grâce à de meilleures méthodes en matière de détection précoce (et à une plus grande utilisation de ces méthodes), ainsi qu'à un plus grand nombre de traitements efficaces. Même de petites améliorations des taux de survie à l'échelle de la population permettent d'éviter les décès prématurés d'un grand nombre de personnes.<sup>[2]</sup> L'amélioration de la survie peut également être le résultat d'une incidence accrue grâce à une meilleure détection précoce. La détection des cancers à un stade plus précoce que d'habitude entraîne un « biais lié au temps de devancement ».<sup>[3]</sup> Ce biais entraîne une détection potentielle de cancers qui n'aurait jamais causé de dommages s'ils n'avaient pas été traités (c.-à-d., un surdiagnostic).



## Survie par sexe et type de cancer

De 2012 à 2016, le rapport de survie relative (RSR) à 5 ans pour tous les types de cancers s'élevait à 66,4 % (Tableau 7.1). Autrement dit, les personnes atteintes d'un cancer au cours de cette période étaient 66,4 % aussi susceptibles de survivre pendant au moins 5 ans après le diagnostic par rapport à des personnes semblables sans cancer dans la population générale.

Pour les types de cancer qui surviennent chez les deux sexes, la survie à cinq ans a été :

- la plus élevée pour le cancer de la thyroïde (99 %), le mélanome (88 %) et le lymphome hodgkinien (86,2 %).
- la moins élevée pour les cancers du pancréas (11,1 %), de l'œsophage (17,4 %), du poumon (22,2 %) et du foie (23,3 %), en grande partie parce que la plupart des cas de ces cancers sont diagnostiqués à un stade avancé.<sup>[4,5]</sup>

Pour les cancers avec un taux de mortalité élevé (en particulier le cancer du pancréas), les estimations de survie relative sont généralement plus élevées en Ontario que dans les autres provinces. Cela peut s'expliquer par des différences de méthodologie en matière de survie. D'après les méthodes adoptées par l'Ontario, on suppose que les patients perdus de vue sont toujours en vie à la date limite (5 ans après le diagnostic). Cette hypothèse peut entraîner une surestimation de la survie.<sup>[6]</sup> Pour les cancers à mortalité élevée, être en vie plus de 5 ans est très peu probable. Ce problème se pose particulièrement en Ontario, car les données montrent que le taux de perte de suivi est plus élevé en Ontario que dans les autres provinces. Les raisons en sont méconnues. Par conséquent, les estimations de la survie pour les cancers du pancréas, de l'œsophage, du foie et du poumon doivent être interprétées avec prudence, surtout lorsque l'on compare ces données avec celles des autres provinces.

On constate une grande variation dans le RSR à 5 ans pour les cancers suivants (Tableau 7.1) :

- tumeurs malignes du cerveau par rapport aux tumeurs bénignes du cerveau
- sous-types de leucémie
- mélanome cutané par rapport au mélanome non cutané
- cancer de l'endomètre par rapport au sarcome de l'utérus
- cancer du poumon à petites cellules par rapport aux autres types de cancer du poumon

Chez les hommes, la survie pendant cette période était significativement inférieure à celle des femmes : 64,3 % par rapport à 68,3 %, un écart qui s'est creusé au fil du temps. Cette différence résulte probablement des taux de survie généralement plus élevés chez les femmes que chez les hommes pour

les types de cancer communs aux deux sexes, notamment pour le cancer du poumon, principale cause de mortalité par cancer en Ontario.

Pour les hommes, la survie à 5 ans était :

- la plus élevée pour les cancers de la thyroïde (97,9 %), des testicules (96,7 %) et de la prostate (94,2 %)
- la moins élevée pour les cancers du pancréas (11 %), de l'œsophage (17,4 %) et du poumon (18,6 %)

Pour les femmes, la survie à 5 ans était :

- la plus élevée pour le cancer de la thyroïde (99,2 %), le mélanome (92 %) et le cancer du sein (88,7 %)
- la moins élevée pour le cancer du pancréas (11,1 %), de l'œsophage (17,2 %) et du foie (22 %)

**Tableau 7.1** Rapports de survie relative à cinq ans par type de cancer et sexe, Ontario, 2012 à 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – RSR	Hommes et femmes – IC à 95 %	Hommes – RSR	Hommes – IC à 95 %	Femmes – RSR	Femmes – IC à 95 %
<b>Tous les cancers</b>	<b>66,4</b>	<b>66,1 – 66,6</b>	<b>64,3</b>	<b>63,9 – 64,7</b>	<b>68,3</b>	<b>68,0 – 68,7</b>
<b>Cerveau et système nerveux</b>						
Cerveau et autre système nerveux – malin	28,0	26,2 – 29,8	27,3	25 – 29,7	28,9	26,2 – 31,6
Glioblastome	5,6	4,5 – 7,0	4,8	3,4 – 6,6	6,7	4,8 – 9,1
Méninges – malin	47,3	31,4 – 61,6	37,6	15,8 – 59,6	54,0	32,4 – 71,4
Cerveau et autre système nerveux – bénin	85,3	84,1 – 86,4	84,1	82,1 – 85,9	86,1	84,5 – 87,5
Méninges – bénin	85,0	82,9 – 86,8	82,1	77,9 – 85,5	86,3	83,9 – 88,4
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	91,9	89,6 – 93,6	91,0	87,3 – 93,6	92,7	89,7 – 94,8
<b>Sein et appareil génital</b>						
Sein (femme)	n/a	n/a	n/a	n/a	88,7	88,2 – 89,2
Col de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	68,6	65,6 – 71,4
Ovaire	n/a	n/a	n/a	n/a	46,8	44,7 – 48,8
Prostate	n/a	n/a	94,2	93,6 – 94,8	n/a	n/a
Testicule	n/a	n/a	96,7	95,2 – 97,7	n/a	n/a

Type de cancer	Hommes et femmes – RSR	Hommes et femmes – IC à 95 %	Hommes – RSR	Hommes – IC à 95 %	Femmes – RSR	Femmes – IC à 95 %
Utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	82,8	81,6 – 83,9
Utérus – endomètre	n/a	n/a	n/a	n/a	85,8	84,6 – 86,9
Utérus – sarcome de l’utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	41,6	33,9 – 49,1
<b>Appareil digestif</b>						
Colorectal	66,7	65,8 – 67,5	66,8	65,6 – 67,9	66,6	65,3 – 67,8
Côlon à l’exclusion du rectum	65,9	64,8 – 66,9	66,2	64,7 – 67,7	65,5	64,0 – 67,0
Côlon – côté gauche	70,1	68,4 – 71,7	70,3	68,1 – 72,5	69,6	67,2 – 72,0
Côlon – côté droit	66,9	65,5 – 68,3	66,1	64,0 – 68,1	67,5	65,6 – 69,4
Rectum et jonction recto-sigmoïde	68,6	67,2 – 70,0	68,0	66,2 – 69,8	69,5	67,3 – 71,7
Jonction recto-sigmoïde	64,1	61,3 – 66,7	65,0	61,3 – 68,4	62,8	58,4 – 66,8
Rectum	70,3	68,6 – 71,9	69,2	67,0 – 71,3	72,1	69,4 – 74,6
Œsophage	17,4	15,4 – 19,4	17,4	15,1 – 19,8	17,2	13,4 – 21,3
Œsophage – adénocarcinome	19,2	16,6 – 21,9	19,3	16,5 – 22,4	18,6	12,7 – 25,5
Œsophage – carcinome squameux	15,8	12,5 – 19,5	14,9	10,8 – 19,6	17,1	11,8 – 23,3
Foie	23,3	21,6 – 25,1	23,8	21,7 – 25,9	22,0	19,0 – 25,2
Pancréas	11,1	10,0 – 12,1	11,0	9,5 – 12,5	11,1	9,7 – 12,6
Estomac	33,0	31,1 – 34,8	30,5	28,3 – 32,8	37,3	34,2 – 40,4
<b>Tête et cou</b>						
Larynx	67,3	63,4 – 70,9	69,2	64,9 – 73,1	57,5	47,8 – 66,0
Cavité buccale et pharynx	63,1	61,3 – 64,8	62,9	60,8 – 65,0	63,5	60,1 – 66,7
Lèvre et cavité buccale	64,3	61,7 – 66,8	63,2	59,8 – 66,4	66,2	61,7 – 70,2
Hypopharynx	33,0	26,0 – 40,2	32,0	24,4 – 39,7	39,4	20,7 – 57,7
Nasopharynx	66,4	59,7 – 72,2	63,0	54,9 – 70,0	75,0	61,7 – 84,2
Oropharynx	67,6	64,7 – 70,4	68,3	65,0 – 71,4	64,7	58,0 – 70,7
Thyroïde	99,0	98,6 – 99,2	97,9	96,5 – 98,8	99,2	98,9 – 99,5
Thyroïde – anaplasique	7,0	1,8 – 17,0	**	**	9,3	1,7 – 25,0
Thyroïde – folliculaire	96,7	91,0 – 98,8	94,1	76,8 – 98,6	97,4	89,6 – 99,4
Thyroïde – médullaire	84,9	73,4 – 91,7	82,0	61,7 – 92,1	86,3	70,3 – 94,0
Thyroïde – papillaire	100,0	92,8 – 100,0	100,0	0,0 – 100,0	99,9	99,5 – 100,0

Type de cancer	Hommes et femmes – RSR	Hommes et femmes – IC à 95 %	Hommes – RSR	Hommes – IC à 95 %	Femmes – RSR	Femmes – IC à 95 %
<b>Hématologique</b>						
Leucémie	64,4	62,9 – 65,9	64,8	62,7 – 66,7	63,9	61,5 – 66,1
Leucémie aiguë lymphoïde	74,3	70,1 – 78,0	76,0	70,5 – 80,6	71,8	65,0 – 77,5
Leucémie monocyttaire aiguë	18,7	11,9 – 26,7	17,7	8,8 – 29,1	20,7	11,1 – 32,4
Leucémie aiguë myéloïde	25,2	22,6 – 27,9	24,7	21,2 – 28,4	25,9	22,1 – 29,8
Leucémie lymphoïde chronique	88,9	86,5 – 90,9	87,3	84,1 – 89,9	91,4	87,6 – 94,1
Leucémie myéloïde chronique	63,6	59,2 – 67,6	61,0	55,1 – 66,4	67,0	60,4 – 72,8
Lymphome	71,9	70,8 – 72,9	71,5	70,0 – 72,9	72,3	70,8 – 73,9
Lymphome hodgkinien	86,2	83,6 – 88,5	87,2	83,7 – 90,1	85,0	80,9 – 88,3
Lymphome non hodgkinien	70,3	69,2 – 71,4	69,8	68,2 – 71,3	70,9	69,2 – 72,5
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	72,0	70,3 – 73,6	72,9	70,6 – 75,1	70,8	68,3 – 73,2
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	68,7	67,1 – 70,3	66,9	64,7 – 69,0	70,9	68,6 – 73,2
Myélome	51,0	48,8 – 53,2	50,0	47,0 – 52,9	52,4	49,0 – 55,6
<b>Mélanome</b>						
Mélanome de la peau	88,0	86,9 – 89,1	84,6	82,8 – 86,1	92,0	90,5 – 93,3
Mélanome (non cutané)	69,4	63,3 – 74,6	71,3	62,2 – 78,6	67,3	58,8 – 74,4
Mélanome des muqueuses	44,9	32,3 – 56,8	41,1	16,2 – 64,8	45,1	30,4 – 58,7
Mélanome oculaire	76,4	69,7 – 81,8	75,4	65,7 – 82,7	77,3	67,3 – 84,6
<b>Thorax</b>						
Poumon	22,2	21,5 – 22,8	18,6	17,8 – 19,4	25,7	24,8 – 26,6
Poumon – adénocarcinome	30,2	29,1 – 31,3	25,3	23,7 – 26,8	34,2	32,7 – 35,6
Poumon – grandes cellules	21,1	16,7 – 25,9	16,4	11,4 – 22,2	27,7	20,1 – 35,9
Poumon – petites cellules	7,8	6,7 – 9,0	6,5	5,1 – 8,2	9,0	7,4 – 10,8
Poumon – cellules squameuses	22,5	21,0 – 24,0	20,3	18,5 – 22,2	26,2	23,6 – 28,9
<b>Appareil urinaire</b>						
Vessie	77,9	76,6 – 79,0	78,8	77,3 – 80,2	75,0	72,5 – 77,2
Rein	77,2	75,7 – 78,6	77,4	75,5 – 79,1	76,8	74,4 – 79,0

**Abréviations :** IC désigne l'intervalle de confiance; RSR signifie le rapport de survie relative.

## Symboles :

\*\*L'estimation ne pouvait pas être calculée.

† L'estimation n'est pas fiable.

**Remarque :** L'analyse était limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

On constate des différences significatives entre les hommes et les femmes dans la survie à 5 ans pour les types de cancer suivants :

- La survie au cancer du poumon était significativement plus élevée chez les femmes (25,7 %) que chez les hommes (18,6 %). Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes ont plus de risques de développer des types de cancer du poumon plus agressifs, dont la survie est plus faible et le diagnostic a plus de risque d'être posé à un stade ultérieur.<sup>[7-9]</sup>
- La survie au mélanome était significativement plus élevée chez les femmes (92 %) que chez les hommes (84,6 %). La survie plus faible chez les hommes a été attribuée aux différences biologiques : le cancer est plus susceptible de se propager chez les hommes que chez les femmes.<sup>[10-12]</sup> Des recherches récentes ont également suggéré que l'expression de la protéine PR70, qui est liée au chromosome X et exprimée à des doses plus élevées chez les femmes, peut supprimer les tumeurs du mélanome.<sup>[13]</sup>
- La survie du cancer de la vessie plus basse chez les femmes (75 % par rapport aux 78,8 % chez les hommes) peut s'expliquer par les raisons suivantes :
  - les femmes sont généralement diagnostiquées à un stade plus avancé que les hommes
  - des différences existent entre les sexes dans leur capacité à métaboliser les agents cancérigènes
  - les stéroïdes sexuels sont plus importants chez les femmes qui pourraient influencer la progression du cancer<sup>[14,15]</sup>

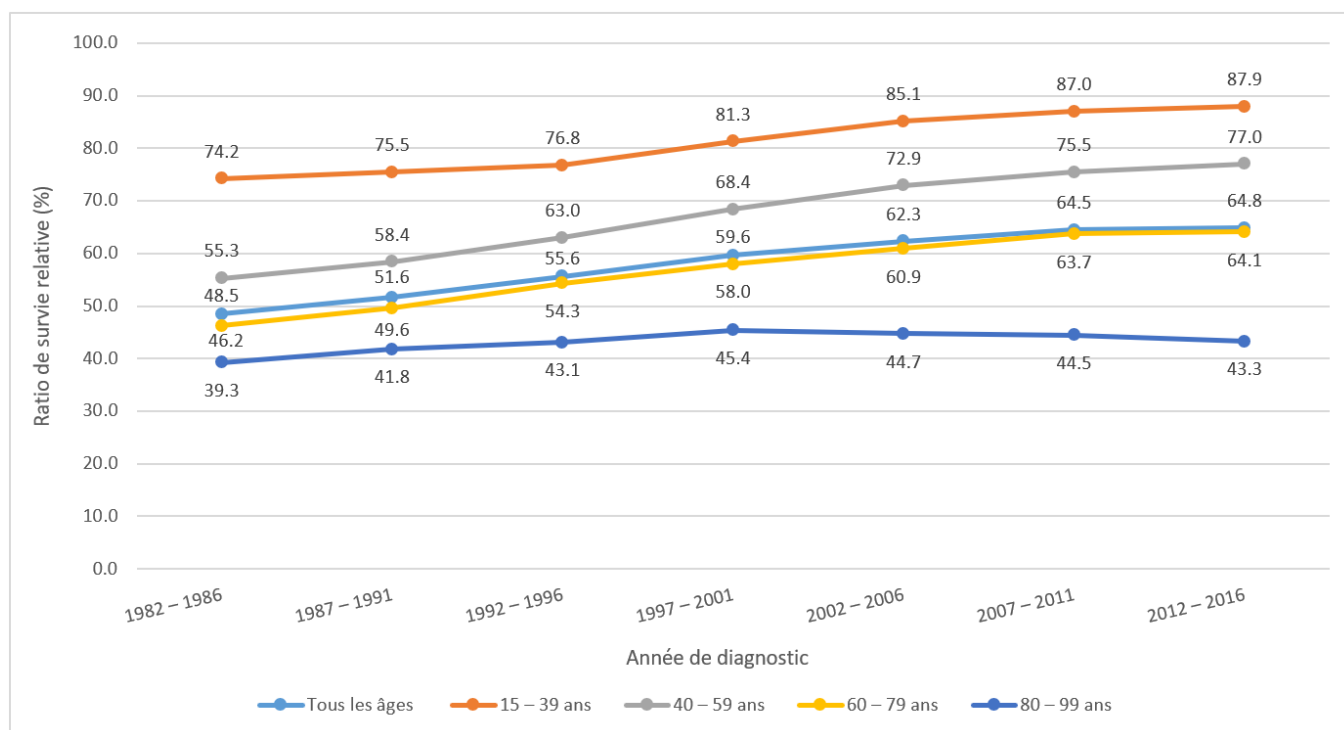
## Survie par âge

Entre 1982 et 1986 et 2012 et 2016, le rapport de survie relative (RSR) normalisé selon l'âge sur 5 ans pour tous les âges et cancers confondus a augmenté de 48,5 % à 64,8 % (Figure 7.1).

À l'instar des périodes précédentes, le RSR à 5 ans pour tous les cancers confondus de 2012 à 2016 a diminué avec l'âge. Par exemple, le RSR était de 87,9 % pour les personnes de 15 à 39 ans, mais seulement de 43,3 % pour toutes celles atteintes d'un cancer de 80 à 99 ans.

Les personnes diagnostiquées de 80 à 99 ans n'ont vu que peu d'amélioration de la survie à 5 ans depuis la période de 1982 à 1986. Par conséquent, l'écart en matière de survie entre ce groupe d'âge et les groupes d'âges plus jeunes s'est creusé au fil du temps. Les améliorations les plus importantes en matière de survie chez les personnes de moins de 80 ans peuvent être le résultat d'une plus grande participation au fil du temps aux programmes de dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal, et des meilleurs traitements qui leur sont offerts.<sup>[16]</sup>

**Figure 7.1** Rapports de survie relative à cinq ans par groupe d'âge et période, en Ontario, de 1982 à 1986 et de 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
2. La méthode par période a été utilisée pour calculer le RSR pour la période de 2012 à 2016. La méthode par cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.
3. La présentation des tendances au fil du temps se fonde sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

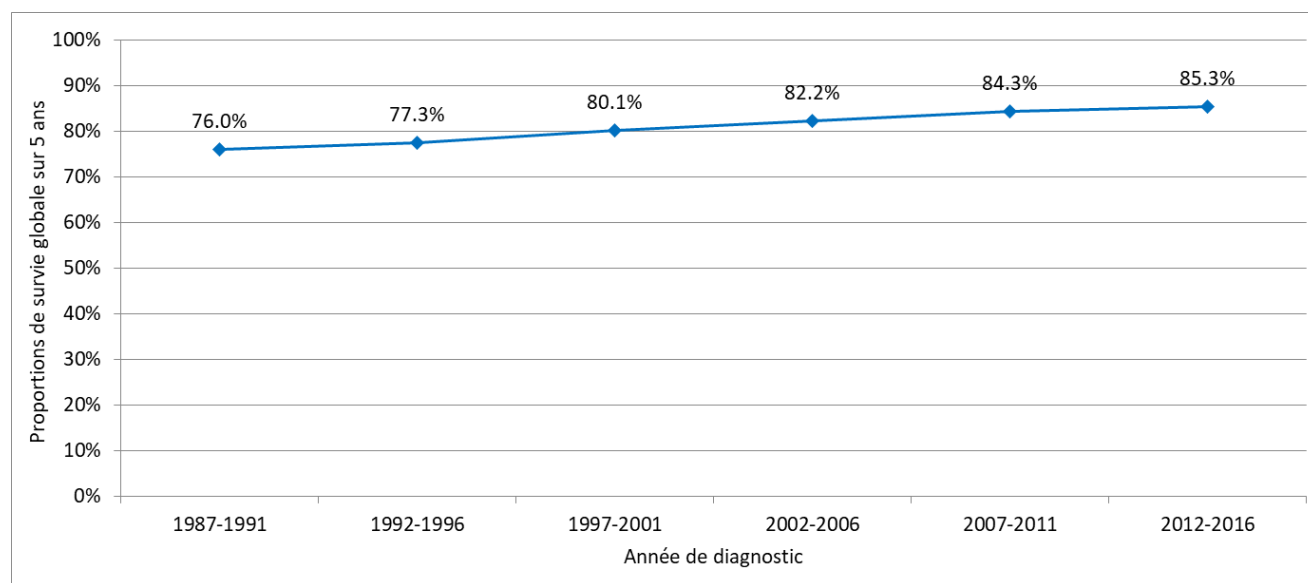
Le RSR pour tous les cancers confondus en Ontario augmente chaque décennie depuis 1982, mais le taux d'augmentation a baissé au cours de la dernière décennie par rapport aux périodes précédentes. Plus particulièrement, sur une augmentation de 16,3 points de pourcentage entre 1982 et 2016, la plus importante amélioration de la survie est survenue entre 1982 et 1986 et 1992 et 1996 (7,1 points en pourcentage) par rapport aux 2,5 points de pourcentage entre 2002 et 2006 et 2012 et 2016 (Tableau 7.2).

En Ontario, en 2016, on a estimé que 85,7 % des enfants de 0 à 14 ans atteints d'un cancer survivraient pendant 5 ans (proportion de survie globale à 5 ans). Les proportions de survie globale constituent une estimation de la probabilité de survivre à toutes les causes de décès. Les enfants atteints de cancer ont continué à afficher des hausses de survie, avec une proportion de survie globale à 5 ans passant de 76 % de 1987 à 1991 à 85,3 % au cours de la dernière période de 5 ans (2012 à 2016) (consultez le Coup de projecteur : Tendances en matière de survie au cancer infantile, Figure 7.S1).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les tendances en matière de survie au cancer infantile, consultez le rapport de surveillance du POGO à l'adresse : <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/>.

## COUP DE PROJECTEUR : Tendances en matière de survie au cancer infantile

**Figure 7.S1** – Proportions de survie globale à 5 ans des enfants atteints d'un cancer de 0 à 14 ans pour tous les cancers confondus, en Ontario, entre la période de 1987 à 1991 et la période de 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

### Remarques :

1. La méthode par cohorte a été utilisée pour calculer les proportions de survie globale à 5 ans des cas diagnostiqués entre 1987 et 2011. La méthode par période a été utilisée pour calculer les proportions de survie globale à 5 ans des cas diagnostiqués entre 2012 et 2016.
2. Les proportions de survie globale ne tiennent pas compte de la survie attendue de la population générale des enfants en Ontario du même âge et du même sexe au cours de la même période, contrairement aux rapports de survie relative.

**Analyse :** Health Analytics, Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)

**Source :** Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS, 16 octobre 2019), POGO

### Tendances en matière de survie par type de cancer

Entre les périodes de 1982 à 1986 et 2012 à 2016, les améliorations de survie étaient les plus importantes pour les cancers suivants:

- cancer de la prostate (22,8 points de pourcentage)
- cancer colorectal et ses sièges secondaires (17,2)
- cancer du nasopharynx (17,5) et de l'oropharynx (27,3)
- cancers hématologiques, y compris leucémie et plusieurs sous-types (26)
- lymphome (20,7) et ses sous-types
- myélome (24,2)
- cancer du rein (27)

Par ailleurs, on observe des augmentations notables pour les cancers suivants :

- sein (15,3)
- foie (14,2)
- estomac (13,6)
- ovaires (11,3)
- carcinome médullaire de la thyroïde (15,5)

On constate des améliorations de survie plus faibles pour les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et du larynx, et les mélanomes de la peau.

On observe une tendance à la baisse dans la survie pour les cancers suivants :

- vessie (baisse de 11,1 points de pourcentage)
- mélanome des muqueuses (25,9)
- lèvres et cavité buccale (7,9)

En comparant les sièges secondaires du cancer colorectal, le taux de survie au cancer du rectum a augmenté depuis la période de 1982 à 1986 et est à présent comparable à la survie du cancer du côlon. De même, la survie relative aux sièges secondaires des cancers de la cavité buccale et du pharynx est



désormais plus comparable que par le passé, à l'exception du cancer de l'hypopharynx. La survie au lymphome non hodgkinien approche la survie au lymphome hodgkinien, même si le lymphome non hodgkinien présente toujours un RSR à 5 ans plus élevé.

**Tableau 7.2** Rapports de survie relative normalisés selon l'âge, par type de cancer et période de temps en Ontario, entre les périodes de 1982 à 1986 et de 2012 à 2016

Type de cancer	1982 à 1986 – RSR (%)	1982 à 1986 – IC à 95 %	1992 à 1996 – RSR (%)	1992 à 1996 – IC à 95 %	2002 à 2006 – RSR (%)	2002 à 2006 – IC à 95 %	2012 à 2016 – RSR (%)	2012 à 2016 – IC à 95 %
<b>Tous les cancers</b>	<b>48,5</b>	<b>48,2 – 48,8</b>	<b>55,6</b>	<b>55,4 – 55,9</b>	<b>62,4</b>	<b>62,2 – 62,6</b>	<b>64,9</b>	<b>64,6 – 65,2</b>
<b>Cerveau et système nerveux</b>								
Cerveau et autre système nerveux – malin	24,9	23,5 – 26,4	30,3	28,9 – 31,8	32,9	31,6 – 34,3	29,8	28,1 – 31,5
Glioblastome	6,6	4,9 – 8,7	8,6	6,9 – 10,5	8,8	7,0 – 10,9	11,0	8,3 – 14,0
Méninges – malin	61,9	50,5 – 71,4	71,2	63,5 – 77,7	57,1	47,6 – 65,5	48,5	31,7 – 63,3
Cerveau et autre système nerveux – bénin	†	†	†	†	†	†	†	†
Méninges – bénin	†	†	†	†	†	†	†	†
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	†	†	†	†	†	†	†	†
<b>Sein et appareil génital</b>								
Sein (femme)	73,0	72,1 – 73,8	82,5	81,9 – 83,2	86,3	85,7 – 86,9	88,3	87,6 – 89,0
Col de l'utérus	65,3	63,2 – 67,3	67,2	65,1 – 69,2	66,1	63,8 – 68,3	66,4	63,3 – 69,3
Ovaire	30,2	28,4 – 31,9	36,1	34,5 – 37,8	39,8	38,4 – 41,3	41,5	39,5 – 43,5
Prostate	70,4	69,0 – 71,7	86,2	85,4 – 86,9	95,5	95,0 – 96,0	93,2	92,5 – 93,8
Testicule	85,1	80,0 – 88,9	91,8	88,1 – 94,4	94,1	90,3 – 96,4	91,1	82,1 – 95,7
Utérus	79,7	78,0 – 81,4	82,7	81,2 – 84,1	81,6	80,3 – 82,9	79,8	78,3 – 81,2
Utérus – endomètre	82,2	80,3 – 83,9	85,1	83,6 – 86,6	84,5	83,2 – 85,7	83,1	81,6 – 84,5
Utérus – sarcome de l'utérus	36,6	26,6 – 46,6	40,7	32,9 – 48,4	47,0	38,1 – 55,4	35,3	25,5 – 45,3
<b>Appareil digestif</b>								
Colorectal	50,7	49,9 – 51,5	55,5	54,8 – 56,2	63,2	62,6 – 63,8	67,9	67,1 – 68,7
Côlon à l'exclusion du rectum	52,7	51,8 – 53,7	56,3	55,5 – 57,2	63,5	62,7 – 64,2	67,4	66,4 – 68,4
Côlon – côté gauche	54,0	52,4 – 55,5	59,3	57,9 – 60,6	67,1	65,9 – 68,3	70,7	69,1 – 72,3
Côlon – côté droit	52,6	51,2 – 54,1	56,2	54,9 – 57,5	62,8	61,7 – 63,8	67,4	66,0 – 68,8
Rectum et jonction recto-sigmoïde	47,0	45,6 – 48,4	54,6	53,3 – 55,9	63,0	61,9 – 64,0	68,1	66,7 – 69,5
Jonction recto-sigmoïde	42,2	39,3 – 45,0	54,7	52,4 – 57,0	60,6	58,7 – 62,5	64,3	61,5 – 66,9

Type de cancer	1982 à 1986 – RSR (%)	1982 à 1986 – IC à 95 %	1992 à 1996 – RSR (%)	1992 à 1996 – IC à 95 %	2002 à 2006 – RSR (%)	2002 à 2006 – IC à 95 %	2012 à 2016 – RSR (%)	2012 à 2016 – IC à 95 %
Rectum	48,4	46,7 – 50,0	54,4	52,8 – 55,9	63,9	62,6 – 65,2	69,5	67,8 – 71,2
Œsophage	13,2	11,2 – 15,2	14,5	12,9 – 16,3	16,1	14,6 – 17,7	19,5	17,3 – 21,8
Œsophage – adénocarcinome	13,1	9,5 – 17,4	13,2	10,7 – 15,9	15,0	13,1 – 17,1	20,9	18,2 – 23,8
Œsophage – carcinome squameux	12,8	10,3 – 15,6	16,0	13,4 – 18,8	17,1	14,5 – 19,9	†	†
Foie	8,9	6,8 – 11,2	12,3	10,6 – 14,2	21,9	20,3 – 23,6	23,1	21,3 – 25,0
Pancréas	7,2	6,3 – 8,2	8,4	7,5 – 9,3	11,1	10,2 – 12,0	13,0	11,8 – 14,2
Estomac	21,0	19,7 – 22,4	23,0	21,7 – 24,3	27,8	26,5 – 29,1	34,6	32,8 – 36,5
<b>Tête et cou</b>								
Larynx	65,3	61,9 – 68,5	63,0	60,0 – 65,8	64,6	61,8 – 67,2	66,7	62,5 – 70,4
Cavité buccale et pharynx	57,2	55,1 – 59,1	57,2	55,4 – 59,0	58,6	56,9 – 60,3	60,1	58,2 – 62,0
Lèvre et cavité buccale	71,3	68,7 – 73,8	68,8	66,3 – 71,1	66,3	63,9 – 68,5	63,4	60,7 – 66,1
Hypopharynx	23,7	18,8 – 28,9	25,7	21,0 – 30,7	32,4	26,8 – 38,2	†	†
Nasopharynx	45,6	38,8 – 52,2	58,1	52,7 – 63,1	62,6	57,5 – 67,1	63,1	56,6 – 68,9
Oropharynx	33,4	29,4 – 37,4	42,3	38,6 – 45,9	50,2	47,2 – 53,2	60,7	56,9 – 64,3
Thyroïde	82,4	79,6 – 84,8	89,9	87,9 – 91,6	95,8	94,8 – 96,7	97,8	97,0 – 98,5
Thyroïde – anaplasique	22,8	6,6 – 44,9	5,6	1,7 – 13	36,8	30,5 – 43,2	†	†
Thyroïde – folliculaire	89,3	84,0 – 92,9	87,9	82,5 – 91,8	95,8	90,5 – 98,2	95,3	87,9 – 98,2
Thyroïde – médullaire	65,7	56,1 – 73,7	85,0	71,9 – 92,3	85,9	75,3 – 92,2	81,2	72,1 – 87,6
Thyroïde – papillaire	91,4	85,8 – 94,8	96,2	93 – 98	98,3	97,3 – 99,0	99,9	99,3 – 100,0
<b>Hématologique</b>								
Leucémie	37,3	35,7 – 38,9	43,6	42,2 – 45,0	55,4	54,2 – 56,7	63,3	61,8 – 64,9
Leucémie aiguë lymphoïde	26,7	21,3 – 32,4	32,0	26,7 – 37,4	48,5	43,3 – 53,5	55,1	48,2 – 61,4
Leucémie monocytaire aiguë	7,7	3,0 – 15,5	14,0	7,8 – 22,0	15,6	10,0 – 22,3	18,8	11,8 – 27,1
Leucémie aiguë myéloïde	12,7	10,6 – 14,9	13,6	11,9 – 15,5	16,0	14,4 – 17,7	21,9	19,5 – 24,5
Leucémie lymphoïde chronique	64,0	61,2 – 66,6	71,4	69,1 – 73,5	80,4	78,7 – 81,9	89,2	86,9 – 91,0
Leucémie myéloïde chronique	27,9	23,9 – 32,1	32,2	28,7 – 35,8	56,5	52,7 – 60,2	62,8	58,7 – 66,6
Lymphome	49,9	48,3 – 51,4	49,7	48,5 – 51,0	61,7	60,7 – 62,7	70,6	69,5 – 71,7
Lymphome hodgkinien	71,0	68,6 – 73,3	80,1	77,8 – 82,1	82,9	80,9 – 84,7	85,2	82,7 – 87,3
Lymphome non hodgkinien	49,8	48,1 – 51,4	48,1	46,8 – 49,4	61,0	60,0 – 62,1	70,4	69,3 – 71,6

Type de cancer	1982 à 1986 – RSR (%)	1982 à 1986 – IC à 95 %	1992 à 1996 – RSR (%)	1992 à 1996 – IC à 95 %	2002 à 2006 – RSR (%)	2002 à 2006 – IC à 95 %	2012 à 2016 – RSR (%)	2012 à 2016 – IC à 95 %
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	73,3	63,3 – 81,0	74,6	66,7 – 80,9	81,2	77,8 – 84,2	72,7	71,1 – 74,2
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	48,6	46,9 – 50,3	46,8	45,5 – 48,1	58,8	57,7 – 59,9	68,2	66,6 – 69,8
Myélome	30,4	28,2 – 32,6	35,8	33,8 – 37,7	44,1	42,4 – 45,8	54,6	52,5 – 56,6
<b>Mélanome</b>								
Mélanome de la peau	82,6	81,0 – 84,1	83,4	82,2 – 84,5	87,5	86,7 – 88,3	90,7	89,8 – 91,6
Mélanome (non cutané)	76,6	71,1 – 81,2	83,3	78,3 – 87,3	80,9	76,9 – 84,3	69,0	62,3 – 74,8
Mélanome des muqueuses	64,8	48,7 – 77,0	66,5	50,2 – 78,6	61,3	47,0 – 72,8	38,9	27,2 – 50,5
Mélanome oculaire	77,7	71,7 – 82,5	85,3	79,8 – 89,5	82,9	78,6 – 86,4	77,6	70,5 – 83,3
<b>Thorax</b>								
Poumon	14,0	13,5 – 14,5	16,2	15,7 – 16,6	17,7	17,3 – 18,2	23,9	23,2 – 24,7
Poumon – adénocarcinome	19,0	17,7 – 20,4	21,2	20,2 – 22,3	24,1	23,2 – 25,0	30,4	29,2 – 31,6
Poumon – grandes cellules	10,7	8,8 – 12,8	8,4	7,0 – 10,1	13,3	11,2 – 15,4	†	†
Poumon – petites cellules	6,2	5,0 – 7,5	7,7	6,6 – 8,8	7,1	6,2 – 8,1	7,7	6,3 – 9,3
Poumon – cellules squameuses	17,2	16,1 – 18,4	18,6	17,5 – 19,8	21,5	20,1 – 22,9	22,2	19,7 – 24,8
<b>Appareil urinaire</b>								
Vessie	75,0	73,6 – 76,3	73,8	72,5 – 75,1	70,5	69,3 – 71,6	63,9	62,1 – 65,7
Rein	48,2	45,9 – 50,4	61,5	59,7 – 63,3	67,6	66,1 – 69,0	75,2	73,5 – 76,8

**Abréviations :** IC désigne l'intervalle de confiance; RSR désigne le rapport de survie relative.

**Symbole :**

†Les statistiques ne pouvaient pas être calculées

**Remarques :**

1. L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
2. La méthode par période a été utilisée pour calculer les RSR pour la période de 2012 à 2016. La méthode par cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.
3. La présentation des tendances au fil du temps se fonde sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).
4. Les RSR normalisés selon l'âge à l'aide des normes internationales de survie au cancer (International Cancer Survival Standards (ICSS)).

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

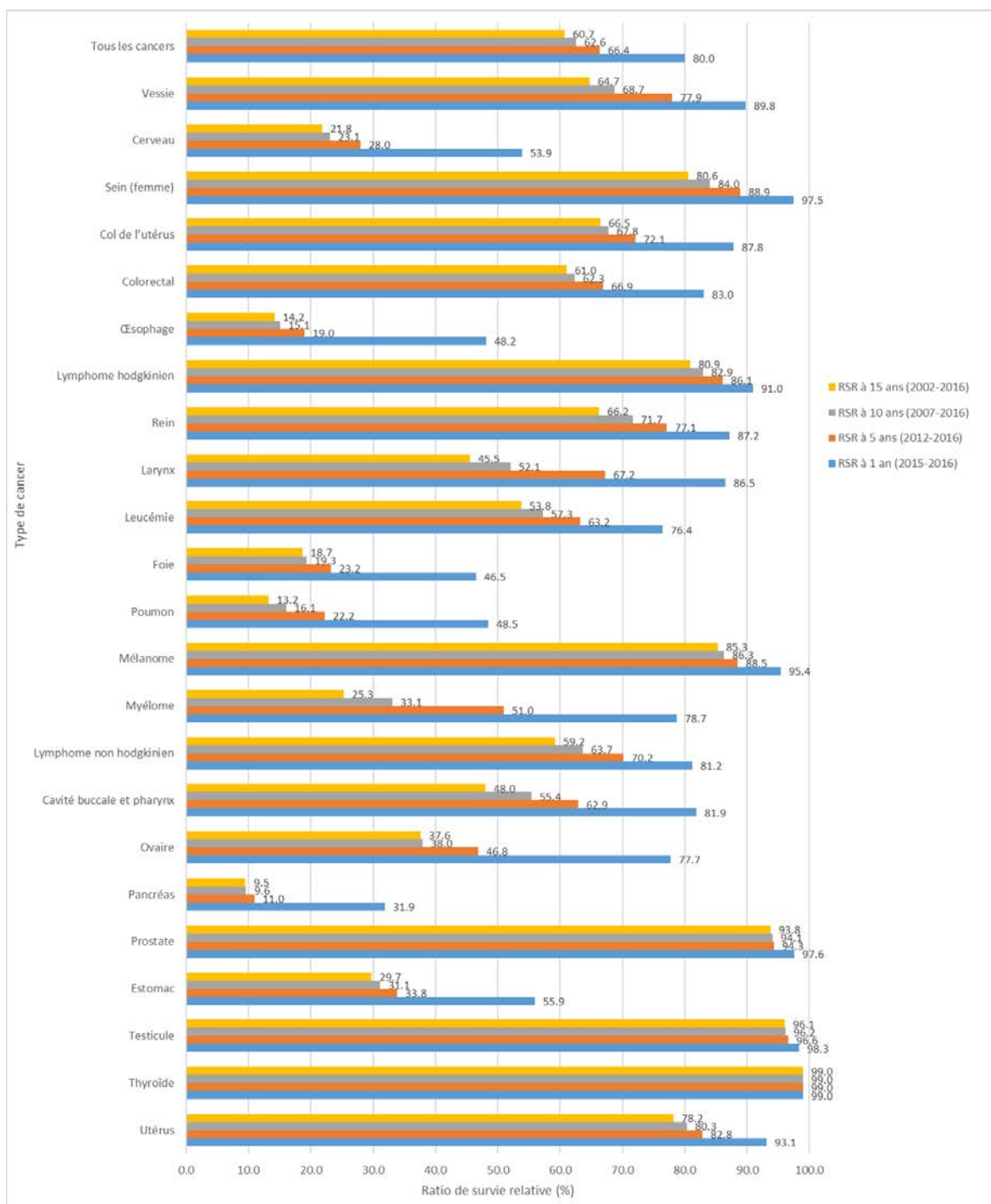
**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Survie par durée

De 2012 à 2016, le rapport de survie relative (RSR) pour tous les cancers confondus s'élevait à 80 % après 1 an, à 66,5 % après 5 ans, à 62,6 % après 10 ans et à 60,7 % après 15 ans (Figure 7.2).

Comme avec la plupart des types de cancer, la survie à tous les cancers confondus a le plus diminué au cours de la première année après le diagnostic; les baisses de la survie ont ensuite été progressivement plus légères à mesure que le temps s'écoulait depuis le diagnostic. Certaines des baisses les plus importantes de la survie au cours de la première année après le diagnostic concernaient les cancers du cerveau, de l'œsophage, du foie, du poumon, des ovaires, du pancréas et de l'estomac, ainsi que le myélome.

**Figure 7.2** Rapports de survie relative par type de cancer et durée de survie, Ontario, 2002 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/cocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque :** L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Pour les quatre cancers les plus courants, on a observé les survies relatives par durée suivantes :

- Pour le cancer du sein, le RSR un an après le diagnostic était très élevé, avec un taux à 97,5 %. À 5 ans, le RSR a chuté à 88,9 %. La survie à 10 ans et à 15 ans a légèrement diminué à 84 % et à 80,6 %, respectivement.
- Pour le cancer colorectal, le RSR un an après le diagnostic était de 83 % mais a chuté à 66,9 % à 5 ans — une baisse plus importante par rapport au cancer du sein. On ne constate aucune différence significative entre les RSR pour le cancer colorectal à 10 et 15 ans.
- Le cancer du poumon présentait la plus grande diminution en matière de survie entre 1 an et 5 ans après le diagnostic, avec une chute de 48,5 % à 22,2 %. La survie a continué à chuter de manière significative avec un taux 16,1 % à 10 ans, et de 13,2 % à 15 ans.
- La survie au cancer de la prostate a diminué légèrement mais significativement entre 1 an et 5 ans après le diagnostic, mais aucune différence significative de la survie n'était constatée entre 5 ans, 10 ans et 15 ans. En fait, le RSR à 5 et à 10 ans était pratiquement identique (94,3 % et 94,1 % respectivement).

### Survie par stade

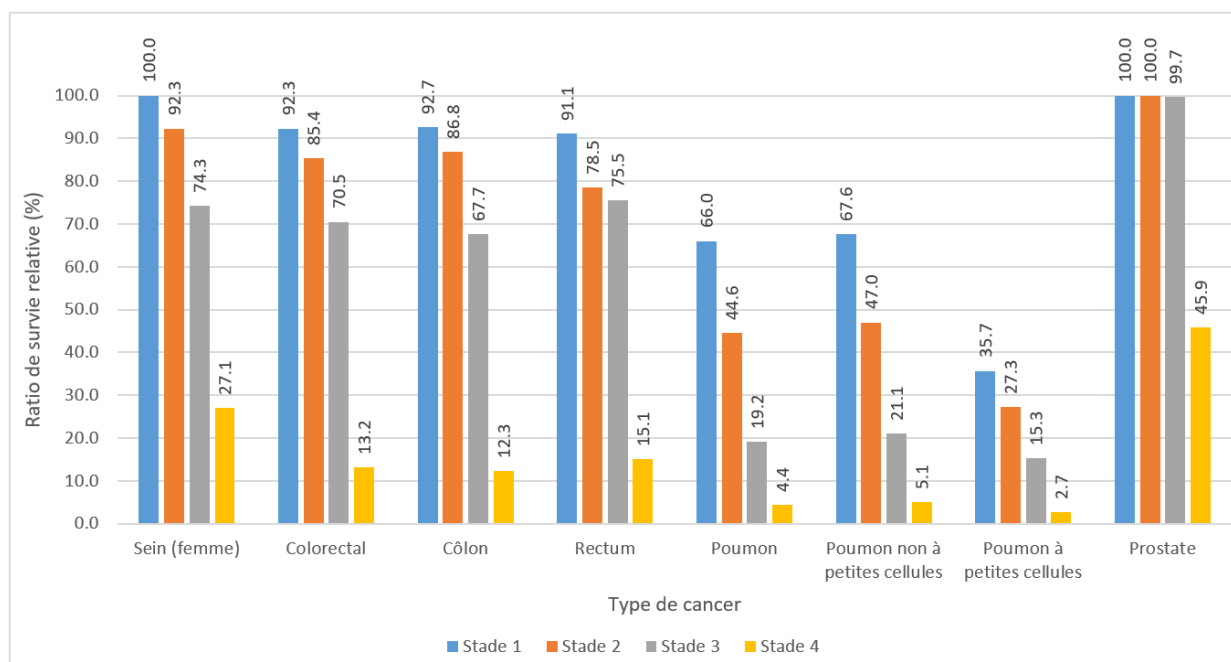
Le stade au moment du diagnostic est l'un des facteurs de prédiction les plus importants de la survie au cancer. Les données sur le stade à l'échelle de la population en Ontario sont disponibles à partir de 2010 pour les quatre cancers les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate) et le cancer du col de l'utérus, et pour un nombre limité d'années pour le cancer de la thyroïde et le mélanome. Cette partie porte essentiellement sur les cancers les plus courants.

Pour la période de 2012 à 2016, la survie relative à 5 ans a tendance à diminuer à un stade avancé au moment du diagnostic (Figure 7.3). Le niveau de baisse a varié par type de cancer :

- Alors que les cas de cancer du sein diagnostiqués au stade 1 ont présenté un rapport de survie relative à 5 ans de 100 %, le RSR a diminué à seulement 27,1 % pour les cas diagnostiqués au stade 4.
- Les cas de cancer colorectal diagnostiqués au stade 1 présentaient un RSR à 5 ans de 92,3 %, qui a baissé à 85,4 % pour les cas diagnostiqués au stade 2, 70,5 % au stade 3 et seulement 13,2 % au stade 4.

- Sur les quatre cancers les plus courants, le cancer du poumon présentait la survie la plus faible à tous les stades. Même au stade 1, la survie à 5 ans ne s'élevait qu'à 66 %, avec une baisse à 4,4 % au stade 4.
- Le stade au moment du diagnostic a eu le moins d'effet sur le cancer de la prostate. La survie à 5 ans pour les stades 1 à 3 était égal ou proche de 100 %; toutefois, la survie a baissé à 45,9 % pour les cas diagnostiqués au stade 4.

**Figure 7.3** Rapports de survie relative à 5 ans par type de cancer et stade au moment du diagnostic, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
2. Les cas sans données sur les groupes de stade ont été exclus de cette analyse.

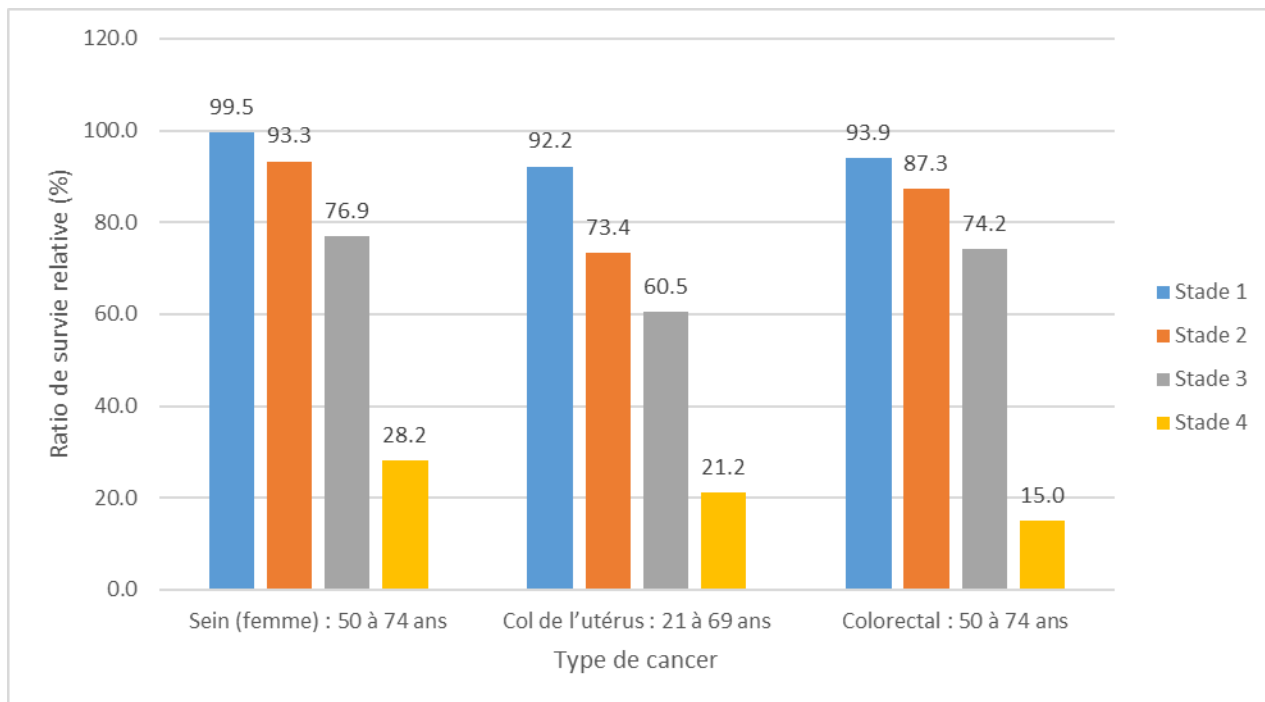
**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En analysant uniquement les groupes d'âge admissibles au programme de dépistage, les cancers du sein et colorectal, présentaient la plus grande baisse de la survie à 5 ans entre les cas du stade 3 et du

stade 4 (Figure 7.4). Contrairement aux cancers du sein et colorectal, la plus forte diminution de la survie du stade 1 (92,2 %) au stade 2 (73,4 %) concernait le cancer du col de l'utérus.

**Figure 7.4** Rapports de survie relative à 5 ans par type de cancer et stade au moment du diagnostic pour les groupes d'âge admissibles au programme de dépistage, Ontario, 2012 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarques :**

1. L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
2. Les cas sans données sur les groupes de stade ont été exclus de cette analyse.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Survie conditionnelle**

Les rapports de survie relative (RSR) représentent la probabilité de survivre un nombre donné d'années après le diagnostic. Cependant, il peut parfois être utile de mesurer la survie à partir d'un moment autre qu'à la date du diagnostic. Étant donné que les personnes sont plus de risque de mourir au cours de la première année suivant le diagnostic, la survie après la première année (également appelée survie conditionnelle à 1 an) peut être très différente de la survie mesurée au moment du diagnostic. Le



Tableau 7.3 présente la survie à 5 ans après le diagnostic de personnes ayant déjà survécu 0 (l'équivalent de la survie non conditionnelle), 1, 2, 3 et 4 ans.

Alors que le RSR à 5 ans mesuré au moment du diagnostic pour tous les cancers confondus pour la période de 2012 à 2016 était de 66,4 %, le RSR à 5 ans est passé à 82,8 % pour toutes les personnes ayant survécu la première année après le diagnostic. Le RSR à 5 ans s'est accru pour chaque année de survie jusqu'à 4 ans après le diagnostic, quand il était à 97,5 %.

En règle générale, si une personne survit la première année après le diagnostic, ses chances de survivre 5 ans continuent d'augmenter, mais la valeur de l'augmentation diminue pour chaque année de survie. Par exemple, la survie à 5 ans d'une personne atteinte d'un cancer colorectal augmente de 13,5 % après avoir survécu la première année (66,7 % à 80,2 %), mais l'augmentation n'est que de 8 % après avoir survécu la deuxième année (de 80,3 % à 88,2 %). Le glioblastome, le cancer de l'endomètre, le cancer médullaire de la thyroïde, le mélanome oculaire et le carcinome pulmonaire à petites cellules font exception.

Les cancers ayant un mauvais pronostic (pancréas, œsophage, foie, poumon, estomac, cerveau) ont affiché la plus importante amélioration relative après la première année de survie. Par exemple, alors que le RSR à 5 ans du cancer du pancréas n'était que de 11,2 % au moment du diagnostic, le RSR a augmenté, passant à 34,7 %, pour les personnes qui survivaient au cours de la première année. Les cancers ayant un bon pronostic (p. ex., thyroïde, testicules, prostate, sein) n'ont affiché qu'une petite différence dans les RSR conditionnelle à 1 an, car la survie au moment du diagnostic est déjà élevée.



**Tableau 7.3** Rapports de survie relative à 5 ans conditionnelle par type de cancer et années de survie, Ontario, 2012 à 2016

Type de cancer	Survie de 0 an† – RSR (%)	Survie de 0 an† – IC à 95 %	Survie de 1 an – RSR (%)	Survie de 1 an – IC à 95 %	Survie de 2 ans – RSR (%)	Survie de 2 ans – IC à 95 %	Survie de 3 ans – RSR (%)	Survie de 3 ans – IC à 95 %	Survie de 4 ans – RSR (%)	Survie de 4 ans – IC à 95 %
<b>Tous les cancers</b>	<b>66,4</b>	<b>66,1 – 66,6</b>	<b>82,8</b>	<b>82,5 – 83,0</b>	<b>89,8</b>	<b>89,6 – 90,0</b>	<b>94,4</b>	<b>94,2 – 94,5</b>	<b>97,5</b>	<b>97,4 – 97,6</b>
<b>Cerveau et système nerveux</b>										
Cerveau et autre système nerveux – malin	28,0	26,2 – 29,8	51,3	48,7 – 54,0	73,9	71 – 76,5	86,4	83,8 – 88,6	94,2	92,2 – 95,7
Glioblastome	5,6	4,5 – 7,0	13,7	10,8 – 16,8	33,3	26,9 – 39,7	57,6	48,0 – 66,0	78,6	68,2 – 86,0
Méninges – malin	47,3	31,4 – 61,6	65,6	46,2 – 79,4	70,4	51,2 – 83,2	84,0	65,7 – 93,0	88,9	71,1 – 96,0
Cerveau et autre système nerveux – bénin	85,3	84,1 – 86,4	94,0	93,0 – 94,9	95,9	95,0 – 96,7	97,7	96,9 – 98,2	98,4	97,8 – 98,8
Méninges – bénin	85,0	82,9 – 86,8	92,4	90,5 – 94,0	94,2	92,4 – 95,5	96,1	94,6 – 97,2	97,2	96,0 – 98,0
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	91,9	89,6 – 93,6	96,7	94,7 – 98,0	98,4	96,4 – 99,3	99,0	97,1 – 99,7	99,0	97,7 – 99,6
<b>Sein et appareil génital</b>										
Sein (femme)	88,7	88,2 – 89,2	91,0	90,5 – 91,5	93,1	92,7 – 93,6	95,8	95,4 – 96,2	97,7	97,4 – 98,0
Col de l’utérus	68,6	65,6 – 71,4	79,4	76,5 – 82,0	87,9	85,4 – 90,0	93,8	91,9 – 95,3	97,3	95,8 – 98,2
Ovaire	46,8	44,7 – 48,8	59,8	57,4 – 62,0	71,6	69,2 – 73,8	81,2	78,9 – 83,3	91,6	89,8 – 93,2
Prostate	94,2	93,6 – 94,8	96,3	95,7 – 96,8	97,8	97,3 – 98,2	99,2	98,7 – 99,4	99,7	99,3 – 99,9
Testicule	96,7	95,2 – 97,7	98,4	97,1 – 99,1	99,0	97,9 – 99,6	99,6	98,6 – 99,9	100,0	0,0 – 100,0
Utérus	82,8	81,6 – 83,9	88,8	87,7 – 89,8	92,7	91,7 – 93,5	96,3	95,5 – 97,0	98,6	98,0 – 99,0
Utérus – endomètre	85,8	84,6 – 86,9	90,1	89,0 – 91,1	93,4	92,5 – 94,3	96,6	95,8 – 97,3	98,7	98,1 – 99,1
Utérus – sarcome de l’utérus	41,6	33,9 – 49,1	53,7	44,4 – 62,1	67,2	56,8 – 75,7	84,1	74,2 – 90,5	93,3	85,1 – 97,1
<b>Appareil digestif</b>										

Type de cancer	Survie de 0 an† – RSR (%)	Survie de 0 an† – IC à 95 %	Survie de 1 an – RSR (%)	Survie de 1 an – IC à 95 %	Survie de 2 ans – RSR (%)	Survie de 2 ans – IC à 95 %	Survie de 3 ans – RSR (%)	Survie de 3 ans – IC à 95 %	Survie de 4 ans – RSR (%)	Survie de 4 ans – IC à 95 %
Colorectal	66,7	65,8 – 67,5	80,2	79,4 – 81,1	87,2	86,4 – 87,9	92,6	91,9 – 93,2	96,8	96,3 – 97,2
Côlon à l'exclusion du rectum	65,9	64,8 – 66,9	81,0	80,0 – 82,1	88,2	87,3 – 89,2	93,4	92,5 – 94,1	97,2	96,5 – 97,7
Côlon – côté gauche	70,1	68,4 – 71,7	81,6	80,0 – 83,1	87,8	86,3 – 89,1	92,8	91,5 – 93,9	96,8	95,8 – 97,5
Côlon – côté droit	66,9	65,5 – 68,3	81,4	79,9 – 82,7	89,0	87,6 – 90,2	93,9	92,8 – 94,9	97,5	96,6 – 98,1
Rectum et jonction recto-sigmoïde	68,6	67,2 – 70,0	78,8	77,4 – 80,1	85,3	84,0 – 86,5	91,2	90,1 – 92,2	96,1	95,3 – 96,8
Jonction recto-sigmoïde	64,1	61,3 – 66,7	76,3	73,5 – 78,9	82,8	80,2 – 85,1	88,2	85,8 – 90,1	95,0	93,1 – 96,3
Rectum	70,3	68,6 – 71,9	79,8	78,1 – 81,3	86,3	84,8 – 87,7	92,4	91,1 – 93,6	96,6	95,6 – 97,4
Œsophage	17,4	15,4 – 19,4	37,1	33,3 – 40,9	62,5	57,2 – 67,3	79,0	73,7 – 83,4	89,3	84,6 – 92,7
Œsophage – adénocarcinome	19,2	16,6 – 21,9	37,6	32,9 – 42,2	63,2	56,7 – 69,0	81,5	74,8 – 86,6	91,6	85,6 – 95,1
Œsophage – carcinome squameux	15,8	12,5 – 19,5	37,1	29,9 – 44,3	62,8	52,5 – 71,6	75,4	64,5 – 83,4	85,8	75,3 – 92,0
Foie	23,3	21,6 – 25,1	50,8	47,5 – 53,9	67,7	64,0 – 71,1	80,2	76,5 – 83,4	91,7	88,6 – 94,0
Pancréas	11,1	10,0 – 12,1	34,7	31,8 – 37,6	60,4	56,2 – 64,4	79,2	74,7 – 83,0	90,9	86,9 – 93,7
Estomac	33,0	31,1 – 34,8	59,2	56,5 – 61,9	77,6	74,7 – 80,2	88,0	85,4 – 90,2	93,8	91,6 – 95,4
<b>Tête et cou</b>										
Larynx	67,3	63,4 – 70,9	77,6	73,6 – 81,0	86,2	82,5 – 89,3	92,1	88,7 – 94,5	95,6	92,8 – 97,3
Cavité buccale et pharynx	63,1	61,3 – 64,8	76,5	74,7 – 78,3	85,6	83,9 – 87,2	90,8	89,3 – 92,1	95,6	94,4 – 96,5
Lèvre et cavité buccale	64,3	61,7 – 66,8	77,6	74,9 – 80,0	86,9	84,4 – 89,0	91,6	89,4 – 93,4	95,7	93,9 – 97,0
Hypopharynx	33,0	26,0 – 40,2	53,8	43,6 – 62,9	71,3	59,5 – 80,2	78,3	66,5 – 86,3	91,2	79,7 – 96,3
Nasopharynx	66,4	59,7 – 72,2	79,3	72,3 – 84,6	87,9	81,2 – 92,3	93,2	86,9 – 96,5	96,7	91,3 – 98,8
Oropharynx	67,6	64,7 – 70,4	79,1	76,1 – 81,7	86,6	83,7 – 88,9	91,4	88,8 – 93,4	96,4	94,4 – 97,7
Thyroïde	99,0	98,6 – 99,2	99,9	99,4 – 100,0	100,0	†	99,9	99,0 – 100,0	100,0	99,6 – 100,0
Thyroïde – anaplasique	7,0	1,8 – 17,0	29,6	7,5 – 56,4	49,5	13,6 – 78,1	83,6	26,8 – 97,6	100,0	†

Type de cancer	Survie de 0 an† – RSR (%)	Survie de 0 an† – IC à 95 %	Survie de 1 an – RSR (%)	Survie de 1 an – IC à 95 %	Survie de 2 ans – RSR (%)	Survie de 2 ans – IC à 95 %	Survie de 3 ans – RSR (%)	Survie de 3 ans – IC à 95 %	Survie de 4 ans – RSR (%)	Survie de 4 ans – IC à 95 %
Thyroïde – folliculaire	96,7	91,0 – 98,8	98,1	91,7 – 99,6	99,1	89,4 – 99,9	98,3	93,8 – 99,5	99,7	94,4 – 100,0
Thyroïde – médullaire	84,9	73,4 – 91,7	88,0	76,5 – 94,1	90,4	78,8 – 95,8	94,4	83,2 – 98,2	97,8	86,0 – 99,7
Thyroïde – papillaire	100,0	92,8 – 100,0	100,0	†	100,0	†	100,0	†	100,0	98,2 – 100,0
<b>Hématologique</b>										
Leucémie	64,4	62,9 – 65,9	82,0	80,4 – 83,4	89,0	87,5 – 90,3	93,6	92,3 – 94,6	96,9	95,9 – 97,6
Leucémie aiguë lymphoïde	74,3	70,1 – 78,0	87,3	83,5 – 90,3	91,7	88,2 – 94,2	96,2	93,3 – 97,8	98,0	95,7 – 99,1
Leucémie monocyttaire aiguë	18,7	11,9 – 26,7	45,1	30,0 – 59,0	70,0	48,7 – 83,8	87,0	59,7 – 96,3	90,4	62,5 – 97,8
Leucémie aiguë myéloïde	25,2	22,6 – 27,9	52,8	48,1 – 57,2	74,9	69,6 – 79,5	86,4	81,4 – 90,2	96,4	92,6 – 98,3
Leucémie lymphoïde chronique	88,9	86,5 – 90,9	92,4	90,1 – 94,2	93,6	91,4 – 95,3	95,2	93,3 – 96,6	97,1	95,5 – 98,1
Leucémie myéloïde chronique	63,6	59,2 – 67,6	75,4	70,9 – 79,3	83,3	79,0 – 86,8	90,8	87,0 – 93,6	94,1	90,9 – 96,3
Lymphome	71,9	70,8 – 72,9	86,7	85,7 – 87,7	91,6	90,7 – 92,4	94,8	94,0 – 95,5	97,6	97,0 – 98,1
Lymphome hodgkinien	86,2	83,6 – 88,5	94,4	92,2 – 96,0	96,0	94,1 – 97,3	97,5	95,9 – 98,5	98,8	97,5 – 99,4
Lymphome non hodgkinien	70,3	69,2 – 71,4	85,8	84,6 – 86,8	91,0	89,9 – 91,9	94,4	93,5 – 95,2	97,4	96,7 – 97,9
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	72,0	70,3 – 73,6	87,2	85,5 – 88,7	91,9	90,3 – 93,2	94,7	93,3 – 95,8	97,6	96,5 – 98,3
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	68,7	67,1 – 70,3	84,3	82,8 – 85,8	90,0	88,6 – 91,3	94,1	92,9 – 95,2	97,2	96,2 – 97,9
Myélome	51,0	48,8 – 53,2	64,3	61,8 – 66,7	72,4	69,8 – 74,7	80,8	78,4 – 83,0	88,9	86,8 – 90,7
<b>Mélanome</b>										
Mélanome de la peau	88,0	86,9 – 89,1	91,7	90,6 – 92,6	94,5	93,5 – 95,3	96,9	96,0 – 97,5	98,7	98,1 – 99,2
Mélanome (non cutané)	69,4	63,3 – 74,6	74,0	68,0 – 79,1	81,1	75,2 – 85,7	88,9	83,5 – 92,6	93,9	89,3 – 96,6
Mélanome des muqueuses	44,9	32,3 – 56,8	61,0	45,2 – 73,5	72,3	55 – 83,9	88,2	68,9 – 95,9	94,2	77,2 – 98,6
Mélanome oculaire	76,4	69,7 – 81,8	76,7	70,1 – 82	82,5	76,2 – 87,3	88,8	82,9 – 92,7	93,6	88,5 – 96,5

Type de cancer	Survie de 0 an† – RSR (%)	Survie de 0 an† – IC à 95 %	Survie de 1 an – RSR (%)	Survie de 1 an – IC à 95 %	Survie de 2 ans – RSR (%)	Survie de 2 ans – IC à 95 %	Survie de 3 ans – RSR (%)	Survie de 3 ans – IC à 95 %	Survie de 4 ans – RSR (%)	Survie de 4 ans – IC à 95 %
<b>Thorax</b>										
Poumon	22,2	21,5 – 22,8	46,7	45,6 – 47,9	64,9	63,6 – 66,2	79,3	78,0 – 80,5	90,7	89,6 – 91,7
Poumon – adénocarcinome	30,2	29,1 – 31,3	52,2	50,5 – 53,7	68,1	66,3 – 69,8	81,4	79,6 – 83,0	91,2	89,8 – 92,4
Poumon – grandes cellules	21,1	16,7 – 25,9	47,6	39,0 – 55,7	69,8	59,4 – 78,0	80,9	70,5 – 87,9	90,7	81,2 – 95,5
Poumon – petites cellules	7,8	6,7 – 9,0	22,2	19,3 – 25,3	48,3	42,8 – 53,6	69,3	62,8 – 74,9	87,6	81,5 – 91,8
Poumon – cellules squameuses	22,5	21,0 – 24,0	41,6	39,1 – 44,1	59,4	56,3 – 62,4	75,7	72,4 – 78,6	89,0	86,2 – 91,2
<b>Appareil urinaire</b>										
Vessie	77,9	76,6 – 79,0	86,7	85,5 – 87,8	91,3	90,3 – 92,3	94,5	93,6 – 95,3	97,9	97,2 – 98,4
Rein	77,2	75,7 – 78,6	88,1	86,8 – 89,4	92,1	90,9 – 93,2	95,3	94,2 – 96,2	98	97,2 – 98,6

**Abréviations :** IC désigne l'intervalle de confiance; RSR désigne le rapport de survie relative.

**Symbole :**

†Zéro année survécue est l'équivalent de survie non conditionnelle.

**Remarque :** L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

## Références

1. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival. *J Intern Med.* Août 2006;260(2):103-17.
2. Richards MA, Stockton D, Babb P, Coleman MP. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival? *BMJ.* 1<sup>er</sup> avril 2000;320(7239):895-8.
3. Cho H, Mariotto AB, Schwartz LM, Luo J, Woloshin S. When do changes in cancer survival mean progress? The insight from population incidence and mortality. *J Natl Cancer Inst Monogr.* Novembre 2014;2014(49):187-97.
4. Vincent A, Herman J, Schulick R, Hruban RH, Goggins M. Pancreatic cancer. *Lancet.* 13 au 19 août 2011;378(9791):607-20.
5. Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD. Oesophageal carcinoma. *Lancet.* 2 au 8 février 2013;381(9864):400-12.
6. Nishri D. The mystery of Ontario's unusually high pancreatic survival rate. PowerPoint presented at: Building Bridges for Cancer Surveillance: 25 Years of Progress. NAACCR 2012 Conference; 1<sup>er</sup> au 9 juin 2012; Portland OR. Disponible à l'adresse : <http://www.naacr.org/wp-content/uploads/2016/11/Diane-Nishri-session3D-.pdf>
7. Action Cancer Ontario. Ontario Cancer Statistics 2016. Toronto : Action Cancer Ontario; 2016.
8. Sakurai H, Asamura H, Goya T, Eguchi K, Nakanishi Y, Sawabata N, et coll.; Japanese Joint Committee for Lung Cancer Registration. Survival differences by gender for resected non-small cell lung cancer: a retrospective analysis of 12,509 cases in a Japanese Lung Cancer Registry study. *J Thorac Oncol.* Octobre 2010;5(10):1594-601.
9. Nakamura H, Ando K, Shinmyo T, Morita K, Mochizuki A, Kurimoto N, et coll. Female gender is an independent prognostic factor in non-small-cell lung cancer: a meta-analysis. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;17(5):469-80.
10. Crocetti E, Fancelli L, Manneschi G, Caldarella A, Pimpinelli N, Chiarugi A, et coll. Melanoma survival: sex does matter, but we do not know how. *Eur J Cancer Prev.* Septembre 2016;25(5):404-9.
11. Joesse A, de Vries E, Eckel R, Nijsten T, Eggermont AM, Holzel D, et coll.; for the Munich Melanoma Group. Gender differences in melanoma survival: female patients have a decreased risk of metastasis. *J Invest Dermatol.* Mars 2011;131(3):719-26.
12. Stidham KR, Johnson JL, Seigler HF. Survival superiority of females with melanoma. a multivariate analysis of 6383 patients exploring the significance of gender in prognostic outcome. *Arch Surg.* Mars 1994;129(3):316-24.

13. van Kempen LC, Redpath M, Elchebly M, Klein KO, Papadakis AI, Wilmott JS, et coll. The protein phosphatase 2A regulatory subunit PR70 is a gonosomal melanoma tumor suppressor gene. *Sci Transl Med*. 14 décembre 2016;8(369):369ra177.
14. Dobruch J, Daneshmand S, Fisch M, Lotan Y, Noon AP, Resnick MJ, et coll. Gender and bladder cancer: a collaborative review of etiology, biology, and outcomes. *Eur Urol*. Février 2016;69(2):300-10.
15. Fajkovic H, Halpern JA, Cha EK, Bahadori A, Chromecki TF, Karakiewicz PI, et coll. Impact of gender on bladder cancer incidence, staging, and prognosis. *World J Urol*. Août 2011;29(4):457-63.
16. Quaglia A, Tavilla A, Shack L, Brenner H, Janssen-Heijnen M, Allemani C, et coll.; EUROCARE Working Group. The cancer survival gap between elderly and middle-aged patients in Europe is widening. *Eur J Cancer*. Avril 2009;45(6):1006-16.

## Chapitre 8: Prévalence du cancer

La prévalence du cancer mesure le nombre de personnes atteintes d'un cancer qui sont encore en vie. Ce chapitre présente le dénombrement de la prévalence dans un délai précis des personnes atteintes d'un cancer qui étaient encore en vie au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Il y a 20 ans, moins de personnes vivaient avec un cancer en Ontario. La prévalence du cancer (nombre de personnes ayant déjà reçu un diagnostic de cancer et qui sont en vie à une certaine date dépend de l'incidence et de la survie au cancer. Grâce à l'augmentation de l'incidence et à l'amélioration de la survie, la prévalence du cancer au fil du temps a également augmenté en Ontario, une province d'une population estimée à 14,5 millions de personnes en 2019.

Étant donné que les tendances en matière de prévalence du cancer tiennent compte de l'augmentation, la diminution ou la stabilité de l'incidence du cancer et des taux de mortalité dans la population, elles peuvent aider à déterminer les meilleures méthodes de distribution des ressources de diagnostic, de traitement et de soins.<sup>[1]</sup>

Ce chapitre présente le dénombrement de la prévalence à durée limitée et à l'échelle individuelle. La prévalence du cancer à « durée limitée » décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (appelée date indicatrice ou de référence) qui ont reçu un diagnostic de cancer au cours des années précédentes (p. ex., 2 ans, 5 ans, 10 ans, 30 ans). Ce rapport utilise une date de référence du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Le dénombrement de la prévalence « à l'échelle individuelle » signifie que l'on ne comptabilise dans cette mesure qu'une seule fois une personne atteinte d'un cancer, même si celle-ci a reçu plusieurs diagnostics de cancer.

Le dénombrement de la prévalence basée sur la durée est important pour comprendre les répercussions sur le système de santé. En effet, au cours des deux premières années après son diagnostic, une personne utilisera les services de soins de santé principalement pour son traitement primaire. Au cours des trois années suivantes, ce sera aux fins des évaluations cliniques visant à déterminer le retour de son cancer. Au cours des cinq années suivantes, la personne utilisera principalement des services de suivi. Les personnes atteintes d'un cancer (cas prévalents) dont le diagnostic de cancer est survenu au cours des 10 dernières années ou plus sont des survivantes à long terme. Leurs expériences du cancer sont souvent plus importantes pour comprendre les effets à long terme (ou tardifs) d'un diagnostic de cancer et de l'utilisation connexe des services de santé. Une période de 30 ans offre un délai raisonnable pour dénombrer le nombre de survivants passés et actuels.



## Prévalence par sexe et type de cancer

À la date de référence du 1<sup>er</sup> janvier 2017, on estime que 393 785 personnes vivant en Ontario avaient reçu un diagnostic au cours des 10 dernières années (depuis 2006) (Tableau 8.1).

En analysant les cas diagnostiqués au cours des 30 dernières années (depuis 1986), on constate qu'au début de l'année 2017, 638 087 Ontariens étaient encore en vie. On observe que 52,1 % d'entre eux diagnostiqués au cours des 10 dernières années et 53,7 % d'entre eux au cours des 30 dernières étaient des femmes, mêmes si les taux d'incidence du cancer étaient plus élevés chez les hommes (consultez le chapitre 1: Estimation de l'incidence des cancers courants en Ontario et le chapitre 5 : Taux et tendances en matière d'incidence). Cela est en grande partie attribuable à la prévalence plus élevée des cancers de la thyroïde et du poumon chez les femmes survivantes, car elles ont une incidence plus élevée de cancer de la thyroïde et une survie au cancer du poumon plus élevée que les hommes.

**Tableau 8.1** Prévalence à durée limitée, par type de cancer et sexe, Ontario, 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – 10 ans	Hommes et femmes – 30 ans	Hommes – 10 ans	Hommes – 30 ans	Femmes – 10 ans	Femmes – 30 ans
<b>Tous les cancers</b>	<b>393 785</b>	<b>638 087</b>	<b>188 437</b>	<b>295 635</b>	<b>205 348</b>	<b>342 452</b>
<b>Cerveau et système nerveux</b>						
Cerveau et autre système nerveux – malin	3 512	6 831	1 913	3 599	1 599	3 232
Glioblastome	759	925	419	509	340	416
Méninges – malin	101	301	48	118	53	183
Cerveau et autre système nerveux – bénin†	12 734	12 734	5 186	5 186	7 548	7 548
Méninges – bénin†	5 284	5 284	1 579	1 579	3 705	3 705
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke†	3 291	3 291	1 595	1 595	1 696	1 696
<b>Sein et appareil génital</b>						
Sein (femme)	74 689	133 813	n/a	n/a	74 689	133 813
Col de l'utérus	4 153	10 103	n/a	n/a	4 153	10 103
Ovaire	5 636	9 760	n/a	n/a	5 636	9 760
Prostate	72 289	119 108	72 289	119 108	n/a	n/a
Testicule	3 649	8 684	3 649	8 684	n/a	n/a
Utérus	18 078	29 815	n/a	n/a	18 078	29 815
Utérus – endomètre	17 078	27 510	n/a	n/a	17 078	27 510
Utérus – sarcome de l'utérus	394	764	n/a	n/a	394	764
<b>Appareil digestif</b>						

Type de cancer	Hommes et femmes – 10 ans	Hommes et femmes – 30 ans	Hommes – 10 ans	Hommes – 30 ans	Femmes – 10 ans	Femmes – 30 ans
Colorectal	45 643	72 673	24 942	38 724	20 701	33 949
Côlon à l'exclusion du rectum	30 511	48 475	15 793	24 398	14 718	24 077
Côlon – côté gauche	12 792	21 070	7 348	11 573	5 444	9 497
Côlon – côté droit	16 936	25 476	8 018	11 802	8 918	13 674
Rectum et jonction recto-sigmoïde	16 036	25 433	9 720	15 065	6 316	10 368
Jonction recto-sigmoïde	4 229	7 283	2 531	4 190	1 698	3 093
Rectum	11 808	18 151	7 190	10 876	4 618	7 275
Œsophage	1 636	2 111	1 234	1 537	402	574
Œsophage – adénocarcinome	1 045	1 252	876	1 047	169	205
Œsophage – carcinome squameux	480	669	283	369	197	300
Foie	2 786	3 560	2 002	2 565	784	995
Pancréas	2 627	3 342	1 372	1 685	1 255	1 657
Estomac	4 471	6 543	2 752	3 944	1 719	2 599
<b>Tête et cou</b>						
Larynx	2 296	3 934	1 956	3 300	340	634
Cavité buccale et pharynx	8 849	13 900	6 170	9 507	2 679	4 393
Lèvre et cavité buccale	4 322	7 184	2 672	4 516	1 650	2 668
Hypopharynx	304	407	247	321	57	86
Nasopharynx	711	1 372	480	918	231	454
Oropharynx	3 319	4 544	2 633	3 512	686	1 032
Thyroïde	26 649	42 491	5 949	8 951	20 700	33 540
Thyroïde – anaplasique	15	27	**	7	10	20
Thyroïde – folliculaire	844	1 978	217	447	627	1 531
Thyroïde – médullaire	302	554	128	217	174	337
Thyroïde – papillaire	24 966	38 173	5 488	7 926	19 478	30 247
<b>Hématologique</b>						
Leucémie	12 274	19 388	7 126	11 085	5 148	8 303
Leucémie aiguë lymphoïde	1 471	3 170	847	1 807	624	1 363
Leucémie monocytaire aiguë	104	159	52	81	52	78
Leucémie aiguë myéloïde	1 438	2 345	744	1 181	694	1 164
Leucémie lymphoïde chronique	6 349	9 063	3 802	5 311	2 547	3 752
Leucémie myéloïde chronique	1 647	2 518	910	1 399	737	1 119

Type de cancer	Hommes et femmes – 10 ans	Hommes et femmes – 30 ans	Hommes – 10 ans	Hommes – 30 ans	Femmes – 10 ans	Femmes – 30 ans
Lymphome	24 769	39 962	13 429	21 157	11 340	18 805
Lymphome hodgkinien	3 134	7 530	1 669	3 935	1 465	3 595
Lymphome non hodgkinien	21 672	32 492	11 782	17 256	9 890	15 236
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	9 237	10 691	5 081	5 816	4 156	4 875
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	12 450	21 822	6 713	11 457	5 737	10 365
Myélome	5 234	6 451	2 885	3 519	2 349	2 932
<b>Mélanome</b>						
Mélanome de la peau	22 347	38 601	11 624	19 009	10 723	19 592
Mélanome (non cutané)	906	1 599	442	787	464	812
Mélanome des muqueuses	143	183	42	46	101	137
Mélanome oculaire	764	1 417	400	741	364	676
<b>Thorax</b>						
Poumon	21 157	27 600	9 332	12 432	11 825	15 168
Poumon – adénocarcinome	11 218	13 728	4 273	5 226	6 945	8 502
Poumon – grandes cellules	335	544	158	268	177	276
Poumon – petites cellules	1 291	1 596	592	740	699	856
Poumon – cellules squameuses	4 082	5 298	2 434	3 231	1 648	2 067
<b>Appareil urinaire</b>						
Vessie	10 987	18 728	8 572	14 243	2 415	4 485
Rein	13 443	20 538	8 469	12 481	4 974	8 057

**Symboles :**

† Sur la base du programme *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) qui ne tient compte que de la prévalence sur 7 ans (2010 à 2016).

\*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6).

**Remarques:**

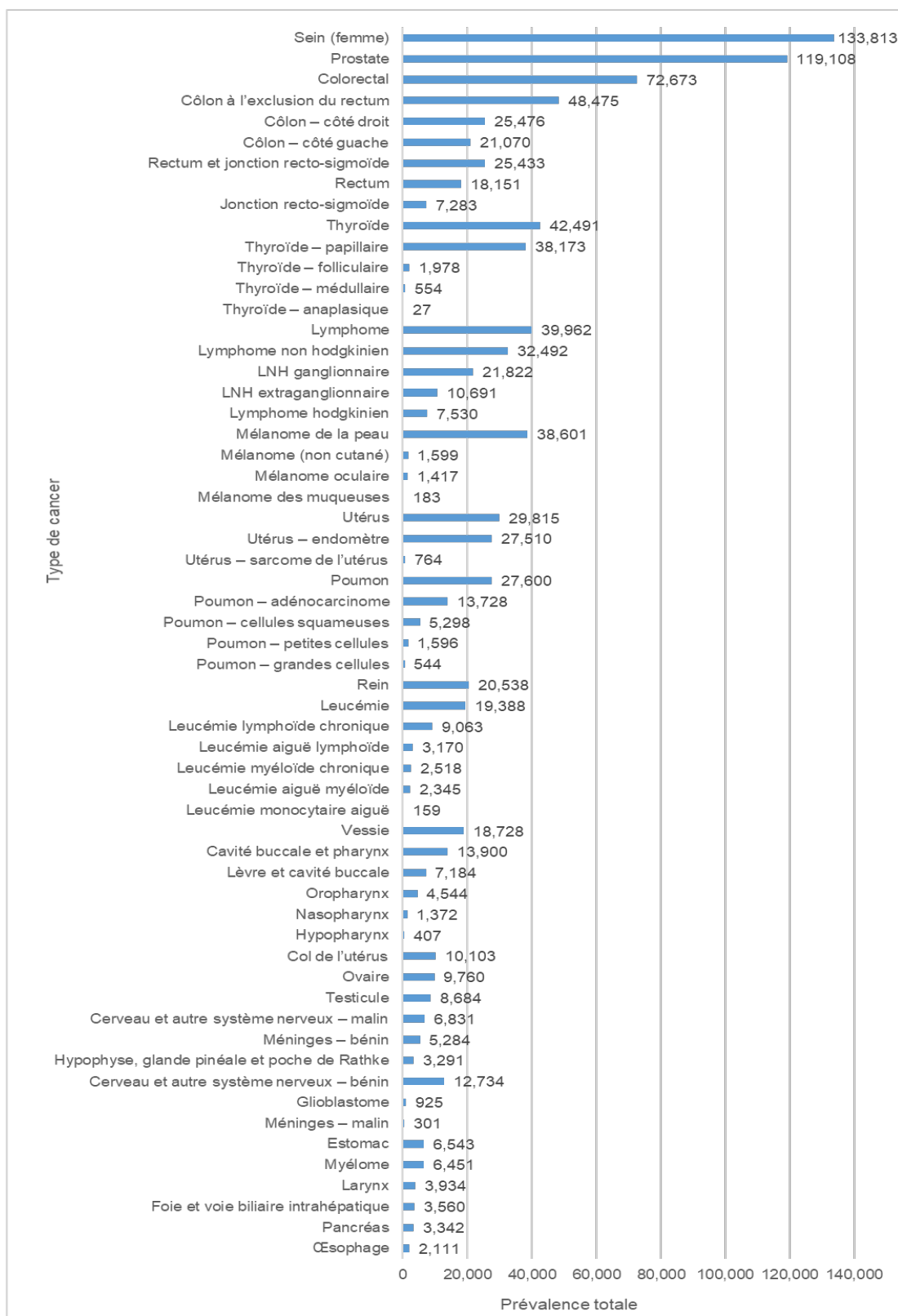
1. Le dénombrement de la prévalence est fondé sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).
2. On ne comptabilise que le premier cancer d'un type donné chez une personne (pour les personnes qui ont plusieurs épisodes de cancer).
3. Il se peut que les chiffres relatifs aux sièges secondaires du cancer ne correspondent pas au total car tous les sièges secondaires ne sont pas inclus.

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le cancer du sein des femmes a contribué le plus à la prévalence sur 30 ans, représentant 133 813 survivantes à la fin de l'année 2016 (Figure 8.1). Les cancers de la prostate (119 108) et colorectal (72 673) étaient les autres types les plus prévalents. Bien que ce soit le troisième cancer le plus souvent diagnostiqué, le cancer du poumon n'est classé que huitième en matière de prévalence en raison de sa faible survie. Le cancer de la thyroïde, le lymphome, le mélanome et le cancer de l'utérus l'ont dépassé car ils présentent une survie plus élevée malgré leur incidence annuelle plus faible.

Figure 8.1 Prévalence sur trente ans par type de cancer, Ontario, 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](http://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour visualiser ces données.

**Remarque :**

1. La prévalence pour « tous les cancers » est de 638 087 personnes.
2. Le dénombrement de la prévalence est fondé sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).

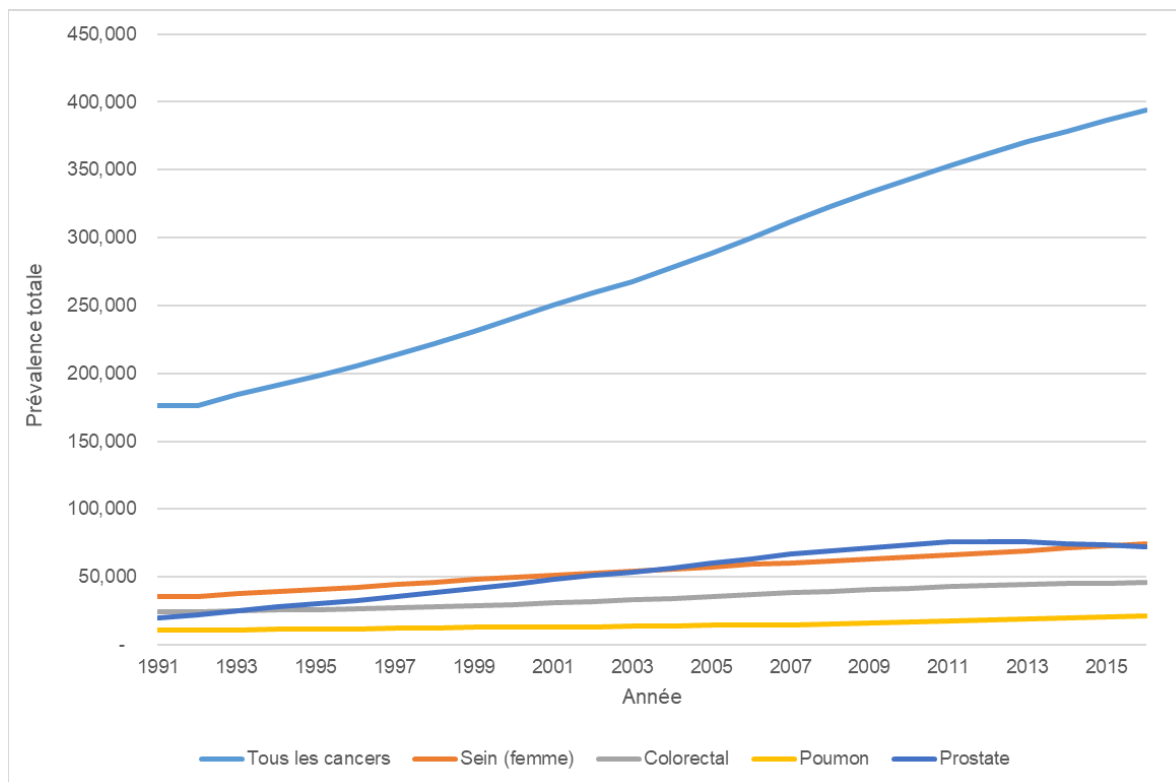
**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Tendances en matière de prévalence par type de cancer**

L'augmentation au fil du temps de la prévalence sur 10 ans pour les cancers les plus courants et tous les cancers confondus est indiquée dans la Figure 8.2. Le taux d'augmentation de la prévalence varie considérablement selon le type de cancer. Les augmentations les plus élevées concernent les cancers de la prostate et du sein (femmes), dont la survie est plus élevée, tandis que les plus faibles concernent les cancers colorectaux et du poumon.

**Figure 8.2** Prévalence sur 10 ans au fil du temps par type de cancer, Ontario, de 1991 à 2016



Téléchargez [cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx](https://cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/SCO2020donnees-FR.xlsx) pour consulter ces données.

**Remarque** : Le dénombrement de la prévalence est fondé sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).

**Analyse** : Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source** : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Dans l'ensemble, la prévalence de tous les types de cancer, à l'exception du cancer du larynx, a augmenté chaque décennie entre 1996, 2006 et 2016 (Tableau 8.2). Toutefois, la prévalence pour quelques cancers est restée relativement stable aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Chez les femmes, la prévalence des cancers du col de l'utérus et de la vessie a très peu changé au cours des trois périodes, mais pour des raisons différentes. Pour le cancer de la vessie, l'incidence a augmenté tandis que la survie a diminué. Pour le cancer du col de l'utérus, la survie a changé légèrement au fil du temps (consultez le chapitre 7: Survie au cancer).

Chez les hommes, la prévalence des cancers du larynx, des lèvres et de la cavité buccale et du carcinome squameux du poumon est restée relativement stable.

**Tableau 8.2** Prévalence sur 10 ans par type de cancer et sexe, Ontario, 1996, 2006 et 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – 1996	Hommes et femmes – 2006	Hommes et femmes – 2016	Hommes – 1996	Hommes – 2006	Hommes – 2016	Femmes – 1996	Femmes – 2006	Femmes – 2016
<b>Tous les cancers</b>	205 062	300 044	393 785	97 264	148 732	188 437	107 798	151 312	205 348
<b>Cerveau et système nerveux</b>									
Cerveau et autre système nerveux – malin	2 663	3 322	3 512	1 418	1 741	1 913	1 245	1 581	1 599
Glioblastome	298	451	759	180	267	419	118	184	340
Méninges – malin	197	185	101	75	72	48	122	113	53
Cerveau et autre système nerveux – bénin†	n/a	n/a	12 734	n/a	n/a	5 186	n/a	n/a	7 548
Méninges – bénin†	n/a	n/a	5 284	n/a	n/a	1 579	n/a	n/a	3 705
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke†	n/a	n/a	3 291	n/a	n/a	1 595	n/a	n/a	1 696
<b>Sein et appareil génital</b>									
Sein (femme)	42 321	59 090	74 689	n/a	n/a	n/a	42 321	59 090	74 689
Col de l'utérus	4 047	3 913	4 153	n/a	n/a	n/a	4 047	3 913	4 153
Ovaire	3 367	4 661	5 636	n/a	n/a	n/a	3 367	4 661	5 636
Prostate	32 582	63 527	72 289	32 582	63 527	72 289	n/a	n/a	n/a
Testicule	2 438	3 045	3 649	2 438	3 045	3 649	n/a	n/a	n/a
Utérus	8 334	11 111	18 078	n/a	n/a	n/a	8 334	11 111	18 078
Utérus – endomètre	7 420	9 966	17 078	n/a	n/a	n/a	7 420	9 966	17 078
Utérus – sarcome de l'utérus	238	328	394	n/a	n/a	n/a	238	328	394
<b>Appareil digestif</b>									
Colorectal	26 404	36 884	45 643	13 529	19 606	24 942	12 875	17 278	20 701
Côlon à l'exclusion du rectum	18 229	24 177	30 511	8 792	11 975	15 793	9 437	12 202	14 718



Type de cancer	Hommes et femmes – 1996	Hommes et femmes – 2006	Hommes et femmes – 2016	Hommes – 1996	Hommes – 2006	Hommes – 2016	Femmes – 1996	Femmes – 2006	Femmes – 2016
Côlon – côté gauche	8 038	10 304	12 792	4 246	5 667	7 348	3 792	4 637	5 444
Côlon – côté droit	8 819	12 724	16 936	3 851	5 689	8 018	4 968	7 035	8 918
Rectum et jonction recto-sigmoïde	8 315	12 946	16 036	4 815	7 776	9 720	3 500	5 170	6 316
Jonction recto-sigmoïde	2 497	4 280	4 229	1 395	2 457	2 531	1 102	1 823	1 698
Rectum	5 818	8 666	11 808	3 420	5 319	7 190	2 398	3 347	4 618
Œsophage	796	1 093	1 636	522	764	1 234	274	329	402
Œsophage – adénocarcinome	301	560	1 045	252	468	876	49	92	169
Œsophage – carcinome squameux	411	412	480	231	217	283	180	195	197
Foie	484	1 344	2 786	331	984	2 002	153	360	784
Pancréas	990	1 493	2 627	458	745	1 372	532	748	1 255
Estomac	2 369	3 028	4 471	1 445	1 859	2 752	924	1 169	1 719
<b>Tête et cou</b>									
Larynx	2 371	2 299	2 296	1 951	1 911	1 956	420	388	340
Cavité buccale et pharynx	5 591	6 243	8 849	3 807	4 204	6 170	1 784	2 039	2 679
Lèvre et cavité buccale	3 500	3 249	4 322	2 420	2 060	2 672	1 080	1 189	1 650
Hypopharynx	251	250	304	194	190	247	57	60	57
Nasopharynx	466	637	711	308	427	480	158	210	231
Oropharynx	1 041	1 755	3 319	687	1 304	2 633	354	451	686
Thyroïde	5 056	12 782	26 649	1 137	2 551	5 949	3 919	10 231	20 700
Thyroïde – anaplasique	11	14	15	**	**	**	10	9	10
Thyroïde – folliculaire	643	783	844	157	178	217	486	605	627
Thyroïde – médullaire	132	206	302	57	75	128	75	131	174
Thyroïde – papillaire	3 810	10 792	24 966	816	2 102	5 488	2 994	8 690	19 478

Type de cancer	Hommes et femmes – 1996	Hommes et femmes – 2006	Hommes et femmes – 2016	Hommes – 1996	Hommes – 2006	Hommes – 2016	Femmes – 1996	Femmes – 2006	Femmes – 2016
<b>Hématologique</b>									
Leucémie	5 802	8 533	12 274	3 296	4 961	7 126	2 506	3 572	5 148
Leucémie aiguë lymphoïde	894	1 049	1 471	498	609	847	396	440	624
Leucémie monocyttaire aiguë	42	57	104	20	33	52	22	24	52
Leucémie aiguë myéloïde	653	996	1 438	317	513	744	336	483	694
Leucémie lymphoïde chronique	2 818	4 612	6 349	1 603	2 762	3 802	1 215	1 850	2 547
Leucémie myéloïde chronique	682	964	1 647	414	527	910	268	437	737
Lymphome	10 678	15 866	24 769	5 586	8 256	13 429	5 092	7 610	11 340
Lymphome hodgkinien	2 562	2 831	3 134	1 374	1 529	1 669	1 188	1 302	1 465
Lymphome non hodgkinien	8 117	13 038	21 672	4 213	6 729	11 782	3 904	6 309	9 890
Lymphome non hodgkinien extraganglionnaire	565	1 719	9 237	323	882	5 081	242	837	4 156
Lymphome non hodgkinien ganglionnaire	7 552	11 320	12 450	3 890	5 848	6 713	3 662	5 472	5 737
Myélome	1 902	3 057	5 234	963	1 632	2 885	939	1 425	2 349
<b>Mélanome</b>									
Mélanome de la peau	9 846	14 331	22 347	4 813	7 232	11 624	5 033	7 099	10 723
Mélanome (non cutané)	520	726	906	245	366	442	275	360	464
Mélanome des muqueuses	35	46	143	**	**	42	32	43	101
Mélanome oculaire	485	680	764	242	363	400	243	317	364
<b>Thorax</b>									
Poumon	11 858	14 553	21 157	6 821	7 108	9 332	5 037	7 445	11 825
Poumon – adénocarcinome	4 122	5 645	11 218	1 956	2 275	4 273	2 166	3 370	6 945
Poumon – grandes cellules	458	413	335	264	200	158	194	213	177

Type de cancer	Hommes et femmes – 1996	Hommes et femmes – 2006	Hommes et femmes – 2016	Hommes – 1996	Hommes – 2006	Hommes – 2016	Femmes – 1996	Femmes – 2006	Femmes – 2016
Poumon – petites cellules	895	1 000	1 291	487	484	592	408	516	699
Poumon – cellules squameuses	3 304	2 982	4 082	2 381	1 932	2 434	923	1 050	1 648
<b>Appareil urinaire</b>									
Vessie	9 767	10 583	10 987	7 291	8 000	8 572	2 476	2 583	2 415
Rein	5 302	7 982	13 443	3 168	4 708	8 469	2 134	3 274	4 974

**Symboles :**

†Sur la base du programme Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) qui ne tient compte que de la prévalence sur 7 ans (2010 à 2016).

\*\* Supprimé en raison du nombre peu élevé de cellules (moins de 6).

**Remarques :**

1. Le dénombrement de la prévalence est fondé sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).
2. On ne comptabilise que le premier cancer d'un type donné chez une personne (pour les personnes qui ont plusieurs épisodes de cancer).
3. Il se peut que les chiffres relatifs aux sièges secondaires du cancer ne correspondent pas au total car tous les sièges secondaires ne sont pas inclus.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Prévalence par âge

La plus grande partie (50,7 %) des cancers prévalents sur 30 ans en 2016 concernait des Ontariens âgés de 60 à 79 ans au moment du diagnostic, suivie des personnes âgées de 80 ans ou plus (22,4 %) (Tableau 8.3). Cependant, cette tendance était différente entre les sexes. Bien que les hommes suivent la même tendance que les deux sexes réunis, la deuxième prévalence la plus élevée pour les femmes concerne les femmes âgées de 40 à 59 ans. Cette situation s'explique principalement par la prévalence plus élevée des cancers du sein, du col de l'utérus, de la thyroïde, du mélanome et du cancer des ovaires chez les femmes de ce groupe d'âge.

Parmi les personnes plus jeunes (de 0 à 39 ans), les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre avec le cancer. Les tendances notables dans ce groupe d'âge incluent la prévalence plus élevée par rapport aux âges plus avancés pour le cancer du cerveau, qui présente des taux de survie plus élevés à un plus jeune âge.



**Tableau 8.3** Prévalence sur trente ans par type de cancer, sexe et groupe d'âge, Ontario, 2016

Type de cancer	Hommes et femmes – 0 à 39 ans	Hommes et femmes – 40 à 59 ans	Hommes et femmes – 60 à 79 ans	Hommes et femmes – 80 ans et plus	Hommes – 0 à 39 ans	Hommes – 40 à 59 ans	Hommes – 60 à 79 ans	Hommes – 80 ans et plus	Femmes – 0 à 39 ans	Femmes – 40 à 59 ans	Femmes – 60 à 79 ans	Femmes – 80 ans et plus
Tous les cancers	30 653	140 981	323 670	142 783	13 504	49 711	159 435	72 985	17 149	91 270	164 235	69 798
Vessie	80	1 539	9 457	7 652	49	1 174	7 295	5 725	31	365	2 162	1 927
Cerveau	2 582	2 212	1 623	414	1 418	1 184	833	164	1 164	1 028	790	250
Sein (femme)	1 826	34 019	70 771	27 197	n/a	n/a	n/a	n/a	1 826	34 019	70 771	27 197
Col de l'utérus	903	4 908	3 546	746	n/a	n/a	n/a	n/a	903	4 908	3 546	746
Colorectal	624	9 727	36 819	25 503	337	5 184	21 031	12 172	287	4 543	15 788	13 331
Œsophage	15	361	1 260	475	12	267	960	298	**	94	300	177
Lymphome hodgkinien	2 609	3 378	1 277	266	1 329	1 771	703	132	1 280	1 607	574	134
Rein	897	5 023	10 951	3 667	446	3 221	6 812	2 002	451	1 802	4 139	1 665
Larynx	17	506	2 353	1 058	9	404	1 993	894	8	102	360	164
Leucémie	3 778	3 584	8 288	3 738	2 118	2 047	4 996	1 924	1 660	1 537	3 292	1 814
Foie	170	688	2 092	610	109	480	1 589	387	61	208	503	223
Poumon	213	3 283	16 671	7 433	95	1 314	7 391	3 632	118	1 969	9 280	3 801
Mélanome	1 976	10 812	18 072	7 741	675	4 518	9 673	4 143	1 301	6 294	8 399	3 598
Myélome	43	1 128	3 676	1 604	25	619	2 056	819	18	509	1 620	785
Lymphome non hodgkinien	2 055	7 646	16 140	6 651	1 242	4 289	8 634	3 091	813	3 357	7 506	3 560
Cavité buccale et pharynx	316	3 699	7 494	2 391	186	2 611	5 349	1 361	130	1 088	2 145	1 030

Type de cancer	Hommes et femmes – 0 à 39 ans	Hommes et femmes – 40 à 59 ans	Hommes et femmes – 60 à 79 ans	Hommes et femmes – 80 ans et plus	Hommes – 0 à 39 ans	Hommes – 40 à 59 ans	Hommes – 60 à 79 ans	Hommes – 80 ans et plus	Femmes – 0 à 39 ans	Femmes – 40 à 59 ans	Femmes – 60 à 79 ans	Femmes – 80 ans et plus
Ovaire	689	3 215	4 491	1 365	n/a	n/a	n/a	n/a	689	3 215	4 491	1 365
Pancréas	98	750	1 793	701	38	373	945	329	60	377	848	372
Prostate	18	7 529	74 573	36 988	18	7 529	74 573	36 988	n/a	n/a	n/a	n/a
Estomac	92	1 147	3 331	1 973	34	679	2 083	1 148	58	468	1 248	825
Testicule	2 582	4 661	1 341	100	2 582	4 661	1 341	100	n/a	n/a	n/a	n/a
Thyroïde	5 257	20 064	14 771	2 399	975	3 862	3 522	592	4 282	16 202	11 249	1 807
Utérus	245	5 408	17 869	6 293	n/a	n/a	n/a	n/a	245	5 408	17 869	6 293

**Remarque :** Le dénombrement de la prévalence est fondé sur les règles relatives aux cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC).

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Source :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



**Santé Ontario**  
Action Cancer Ontario



## Références

1. Micheli A, Mugno E, Krogh V, Quinn MJ, Coleman M, Hakulinen T, et coll.; EUROPREVAL Working Group. Cancer prevalence in European registry areas. *Ann Oncol.* Juin 2002;13(6):840-65.

## À propos du rapport

Le présent rapport fournit des renseignements complets sur l'incidence, la mortalité, la survie, et la prévalence du cancer en Ontario. Deux chapitres mettent l'accent sur les prévisions de longue durée sur l'incidence et la mortalité du cancer (Chapitre 3) et le fardeau que représente les types de cancer en Ontario (Chapitre 4).

### Sources de données

Les données du présent rapport proviennent des sources suivantes : Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez l'annexe 1 : Sources de données.

- Registre des cas de cancer de l'Ontario
- Autres registres sur le cancer issus d'autres provinces et territoires
- Bureau du registraire général de l'Ontario
- Ministère ontarien des Finances
- Statistique Canada
- Système d'information en réseau du Pediatric Oncology Group of Ontario.

### Notes de données

- Le présent rapport se concentre principalement sur le cancer chez les adultes, mais comprend, pour la première fois, quelques statistiques relatives à l'incidence, la mortalité et la survie pour certains cancers de l'enfant de 0 à 14 ans, fournies par notre partenaire, le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO). Pour obtenir des statistiques supplémentaires détaillées sur la surveillance des cancers infantiles en Ontario, consultez le rapport de surveillance du POGO du Pediatric Oncology Group of Ontario à l'adresse suivante : <https://www.pogo.ca/research-data/data-reports/>.
- Ce rapport comprend des statistiques réelles et estimées, et fait des distinctions entre elles le cas échéant. Les statistiques sont présentées au chapitre 1 : Estimation de l'incidence actuelle du cancer, au chapitre 2 : Estimation de la mortalité actuelle par cancer ainsi qu'au chapitre 3 : Estimation du futur fardeau du cancer, rapport sur les données projetées. En revanche, les statistiques présentées dans le reste du rapport sont des données prévisionnelles.



- Ce rapport utilise les formes abrégées des noms des types de cancer. Consultez le tableau TA.5 de l'annexe 2 : Analyse pour les noms complets et les définitions correspondantes.
- Le Registre des cas de cancer de l'Ontario et le Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information Database (POGONIS) reçoivent régulièrement de nouveaux renseignements sur les cas et des mises à jour des dossiers existants. Par conséquent, les statistiques figurant dans le présent rapport ne doivent être considérées comme exactes qu'au moment de l'analyse.
- Faites preuve de prudence lorsque vous comparez les statistiques de ce rapport à celles des rapports précédents. En 2010, le Registre des cas de cancer de l'Ontario a adopté de nouvelles règles de codage pour les cancers primitifs multiples qui ont augmenté l'incidence déclarée pour certains cas de cancers. Pour plus de détails, consultez l'annexe 1 : Sources de données.
- L'utilisation du mot « significatif » tout au long de ce rapport fait référence à la signification statistique. Consultez l'annexe 2 : Analyse pour plus de détails.

## Inclusions et exclusions

### CANCERS MALINS PAR RAPPORT AUX CANCERS NON MALINS

- Les statistiques mentionnées dans ce rapport se rapportent généralement à des cancers malins (c'est-à-dire, invasifs) et non in situ (p. ex., carcinome canalaire placé sur le sein). Les exceptions concernent les cancers de la vessie et du cerveau, et certains cas de cancers infantiles (de 0 à 14 ans).
  - Comme d'autres provinces ou territoires, l'Ontario déclare le carcinome in situ de la vessie conjointement avec les cas de cancer invasif de la vessie afin d'en surveiller l'incidence. Comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario a commencé à enregistrer systématiquement les cas de cancer in situ de la vessie à partir de 2010, les cas in situ sont exclus des analyses des tendances de l'incidence pour les périodes antérieures à 2010. Ils sont également exclus de toutes les analyses de mortalité, de survie et de prévalence.
  - L'incidence des tumeurs malignes et non malins du cerveau et d'autres systèmes nerveux est désormais incluse dans les statistiques sur le cancer en Ontario en raison de la similitude des symptômes et du traitement requis pour ces tumeurs. Les cas non malins comprennent les cas bénins et les cas limites. Comme le registre a commencé à enregistrer systématiquement les tumeurs cérébrales non malignes à partir de 2010, ces cas sont exclus des analyses des tendances d'incidence pour les périodes antérieures à 2010. Ils sont également exclus de toutes les analyses de mortalité, de survie et de prévalence.

- Ce rapport indique quand les données présentées concernent des cancers non invasifs (autres que la vessie et le cerveau).
- Pour les cancers infantiles, certaines tumeurs bénignes et certains néoplasmes de comportement indéterminé (tumeurs du système nerveux central et des cellules germinales) sont inclus, tels que classés selon la classification internationale des cancers infantiles.

#### SIÈGES SECONDAIRES DU CANCER ET TYPES HISTOLOGIQUES

- Étant donné que le Registre des cas de cancer de l'Ontario ne recueille pas de données sur les cancers de la peau autres que le mélanome (cellules basales et squameuses), ce rapport exclut les statistiques relatives à ces cas, y compris les statistiques relatives à tous les cancers confondus. Les cancers de la peau autres que le mélanome représentant le type de cancer le plus courant dans la plupart des provinces.
- Des statistiques sur l'incidence, la survie et la prévalence sont fournies pour tous les cancers confondus et pour 23 types de cancer principaux, ainsi que pour certains sièges secondaires anatomiques (topographiques) et sous-types histologiques de ces cancers, sélectionnés sur la base d'une consultation avec des experts cliniques. Des statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie des cancers chez les enfants sont fournies pour tous les cancers combinés. L'incidence des cancers infantiles est également indiquée par type de cancer.
- Les statistiques sur la mortalité sont fournies pour tous les cancers confondus et pour les 23 principaux types de cancer uniquement. En effet, les détails de la topographie et de l'histologie des décès par cancer sont limités, ce qui rend la production de statistiques sur la mortalité avec ces détails difficile.

#### Changements apportés à la présente édition

Par rapport aux éditions précédentes, la présente édition des Statistiques sur le cancer en Ontario contient quelques changements méthodologiques :

- Elle présente les chiffres et les taux d'incidence des cancers non malins du cerveau et des autres systèmes nerveux, qui comprennent les tumeurs bénignes et limites. Les registres du cancer, y compris en Ontario, peuvent avoir un enregistrement incomplet des tumeurs cérébrales non malignes. Il convient donc d'interpréter les statistiques relatives à ces cancers avec prudence. Comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario n'a commencé à recueillir systématiquement des données sur les tumeurs non malignes qu'en 2010, ce rapport fonde les tendances de l'incidence exclusivement sur le nombre de tumeurs malignes.
- Classifie les carcinomes des cellules rénales avec des tumeurs de l'uretère au lieu de tumeurs du rein, en raison de leur similitude histologique plus étroite avec les premières.

- Rapporte les mélanomes muqueux et oculaires (formes non cutanées de mélanomes) en plus des mélanomes de la peau.
- Utilise une méthode élargie pour projeter l'incidence et la mortalité du cancer. Par conséquent, les prévisions des rapports précédents pour les mêmes années ne seront pas comparables. Consultez la partie Analyse pour obtenir plus de renseignements sur les méthodes de prévisions.
- Base les estimations de la survie relative pour la période la plus récente (2012 à 2016) sur le nombre de cancers en utilisant les règles des cancers primitifs multiples du Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER). Les estimations relatives aux périodes antérieures, y compris les analyses qui comparent les estimations dans le temps, sont basées sur les règles des cancers primitifs multiples du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et de l'Association internationale des registres du cancer (AIRC), plus conservatrices, pour le recensement des cas de cancer distincts. Dans les éditions précédentes du rapport, les estimations de survie relatives à tous les types de cancer étaient basées sur les règles des cancers primitifs multiples du CIRC et de l'AIRC.

### Citation et référencement

**Citation :** Le contenu de ce rapport peut être reproduit ou copié sans autorisation; toutefois, la citation suivante doit être utilisée pour indiquer la source :

Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Statistiques sur le cancer en Ontario 2020. Toronto : Santé Ontario (Action Cancer Ontario); 2020.

ISSN 2563-3317

Titre clé : Statistiques ... sur le cancer en Ontario

ISBN 978-1-4868-4594-1 PDF Statistiques 2020 sur le cancer en Ontario

### Avis de non-responsabilité

De nombreux tableaux et graphiques de ce rapport contiennent des renseignements provenant du Registre des cas de cancer de l'Ontario et le Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information Database (POGONIS). Bien qu'Action Cancer Ontario et le Pediatric Oncology Group of Ontario fassent tout leur possible pour garantir l'exhaustivité, l'exactitude et l'actualité de ces renseignements au moment de l'élaboration du présent rapport, ces renseignements changent au fil du temps, tout comme notre interprétation de ces derniers.

Veillez ne pas utiliser ces renseignements, seuls ou avec d'autres, pour identifier une personne. Cela inclut les tentatives de décryptage de renseignements cryptés, les tentatives d'identification d'une

personne sur la base de renseignements cryptés et les tentatives d'identification d'un individu sur la base de connaissances préalables.

## Auteurs et Collaborateurs

### Auteurs

SANTÉ ONTARIO (ACTION CANCER ONTARIO)

Aniq Anam, Programme de surveillance

Dr. Prithwish De, Programme de surveillance et Registre des cas de cancer de l'Ontario

Zeinab El-Masri, Programme de surveillance

Tanya Navaneelan, gestion de l'information/technologie de l'information en matière de santé (auparavant avec le programme de surveillance)

Bogdan Pylypenko, Registre des cas de cancer de l'Ontario

Amidu Raifu, Programme de surveillance

Emma Sabo, Bureau de la recherche

PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP OF ONTARIO (POGO)

Dr David Hodgson, Directeur médical et président de lutte contre le cancer infantile au sein du POGO

Dre Felicia Leung, Analyste des soins de santé

Nicole Bradley, Analyste principale des soins de santé et chef de projet

Dr Mohammad Agha, Scientifique adjoint

Bruna DiMonte, Administratrice principale de la base de données et responsable de la protection de la vie privée

Jacqui DeBique, Responsable de la communication et du transfert de connaissances

### Collaborateurs

Nous remercions les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de ce rapport :

SANTÉ ONTARIO (ACTION CANCER ONTARIO)

## Registre des cas de cancer de l'Ontario

Phoebe Ah-Nim	Mary Jane King	Amy Parks
Roberta Albuquerque	Katherine Larson	Toral Patel
Arnol Alon	Grace Liu	Katharine Pearson
Aisha Ambreen	Roula Livisianos	Grace Pontanares
Kyaw Aung	Liza Lovell	Bogdan Pylypenko
Hanan Atoufah	Marianne Luettschwager	Myriel Quilacio
Raluca Bardi-Pal	Xiao Dong Ma	Veronica Rivera
Julie Bonthron	Joshua Mazuryk	Lois Visneskie
Karen Hofmann	Ekua Morgan	Saima Yaqoob
Ernest Jimenez	Gina Naraine	Lishen Zhou

## Autres membres et conseillers d'Action Cancer Ontario

Dana Chmelnitsky	Julie Klein-Geltink	Dre Jill Tinmouth
Melissa Coulson	Dr Michelle Lloyd	Bronwen McCurdy
Dr Gail Darling	Todd Norwood	Dre Anna Chiarelli
Dre Andrea Eisen	Dr James Perry	Julia Gao
Dre Sarah Ferguson	Dr Aaron Pollett	Dre Rachel Kupets
Dr Tony Finelli	Naomi Schwartz	Harsha Kasi Vishwanathan
Katharina Forster	Dre Laura Seliske	Sunita Surendra
Mohammad Haque	Rebecca Truscott	Chamila Adhihetty
Dre Erin Kennedy	Dre Frances Wright	
Dr John Kim	Stephanie Young	

## Partenaires

Carol DeSantis, Surveillance de la recherche, American Cancer Society

Dr Eric Holowaty, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

[Pediatric Oncology Group of Ontario \(POGO\)](#)

Alexandra Airhart

Sibel Yardimoglu

Les gestionnaires de données POGONIS et les équipes locales des cinq hôpitaux tertiaires de l'Ontario offrant des programmes spécialisés dans le cancer infantile :

- Children's Hospital, London Health Sciences Centre
- Children's Hospital of Eastern Ontario
- McMaster Children's Hospital, Hamilton Health Sciences
- The Hospital for Sick Children
- Centre des sciences de la santé de Kingston, site de l'hôpital général de Kingston

Le POGO remercie le ministère de la Santé de l'Ontario pour son soutien financier. Les opinions exprimées sur les renseignements relatifs au cancer pédiatrique figurant dans le rapport sont celles du POGO et ne reflètent pas nécessairement celles de la province de l'Ontario.

## Références

1. Johnson CH, Peace S, Adamo P, Fritz A, Percy-Laurry A, Edwards BK. Multiple primary and histology coding rules [Internet]. Bethesda (MD) : National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and End Results Program; 2007 [mis à jour le 24 août 2012 ; cité le 15 octobre 2015]. Disponible à la page : <https://seer.cancer.gov/tools/mphrules/download.html>
2. Centre international de recherche sur le cancer; Organisation mondiale de la santé; Association internationale des registres du cancer; Réseau européen des registres des cancers. Règles internationales pour les cancers primitifs multiples (ICD-O). 3<sup>e</sup> éd. Lyon, France : Centre international de recherche sur le cancer; 2004. Rapport interne n°: 2004/02.

# Communiquer avec nous

L'équipe de surveillance est ouverte aux commentaires et suggestions. Pour nous faire part de vos commentaires ou pour être informé des prochaines éditions de ce rapport ou des produits d'information connexes, envoyez-nous un courriel à [surveillance@cancercare.on.ca](mailto:surveillance@cancercare.on.ca).

Pour soumettre des suggestions ou des questions spécifiques au cancer chez les enfants, veuillez communiquer avec le POGO par courriel à l'adresse [info@pogo.ca](mailto:info@pogo.ca).

## Pour de plus amples renseignements

### Programme de surveillance du cancer

Renseignez-vous sur le programme d'Action Cancer Ontario qui analyse et interprète les données sur le cancer afin d'examiner et faire rapport du fardeau du cancer et des tendances en la matière à la page suivante : [cancercareontario.ca/fr/surveillance](http://cancercareontario.ca/fr/surveillance).

### Registre des cas de cancer de l'Ontario

Renseignez-vous sur le vaste Registre des cas de cancer de l'Ontario, basé sur la population, qui enregistre des données sur près de 80 000 nouveaux cas de cancer chaque année à la page suivante : [cancercareontario.ca/fr/registre](http://cancercareontario.ca/fr/registre).

### Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) et POGO Networked Information System

Pour de plus amples renseignements sur le POGO ([pogo.ca](http://pogo.ca) – en anglais seulement), les cancers chez les enfants et le registre et la base de données complets du POGO sur le cancer chez les enfants en Ontario ([pogo.ca/pogonis](http://pogo.ca/pogonis) – en anglais seulement), qui a recueilli des renseignements sur cette population unique depuis 1985.

# Annexe 1

## Sources de données

Le Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO), géré par Santé Ontario (Action Cancer Ontario), est la principale source de données pour le présent rapport. Il vise à recueillir, analyser et diffuser des renseignements de qualité et en temps opportun sur les cas de cancer diagnostiqués chez les résidents ontariens.

Le RCCO est une base de données dynamique : de nouveaux renseignements sur les cas et des mises à jour de cas passés peuvent être ajoutés toute l'année. Par conséquent, les résultats des analyses varient en fonction du moment où les données sont extraites du registre. Les données du présent rapport ont été extraites en décembre 2018.

Les dossiers du Registre des cas de cancer de l'Ontario sont créés à partir de données collectées à des fins autres que l'enregistrement des cas de cancer. Ces renseignements proviennent de diverses bases de données administratives, de rapports de laboratoires et des dossiers médicaux. Quatre sources principales sont utilisées pour générer les dossiers de cas dans le registre :

- Rapports de pathologies provinciaux des laboratoires des hôpitaux publics et des laboratoires privés de l'Ontario;
- Bases de données des rapports sur le niveau d'activité, contenant les données des 14 centres régionaux de cancérologie de l'Ontario et de leurs hôpitaux associés, pour certains traitements systémiques et toutes les radiothérapies;
- Renseignements sur les admissions et les sorties provenant des bases de données de résumés des hôpitaux de l'Institut canadien d'information sur la santé (Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Systèmes de signalement)
- Données sur les causes de décès du Bureau du registraire général de l'Ontario au sein du Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs;

La protection des renseignements confidentiels est un principe directeur de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Toutes les activités - de l'enregistrement initial d'un nouveau cas de cancer dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario, à la recherche et au signalement - sont régies par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (PRPS)*, 2004. La présente loi de l'Ontario régit la collecte et l'utilisation des données, ainsi que divulgation des renseignements personnels sur la santé. La loi désigne Santé Ontario comme une entité prescrite et autorise l'organisation à collecter, utiliser et divulguer des renseignements personnels en matière de santé aux fins de la gestion et de la planification du système de santé de l'Ontario Consultez notre énoncé sur les pratiques relatives aux



renseignements à l'adresse suivante : [ccohealth.ca/fr/enonce-sur-les-pratiques-relatives-aux-renseignements](http://ccohealth.ca/fr/enonce-sur-les-pratiques-relatives-aux-renseignements).

## Qualité des données

### Certificats de décès uniquement et cas confirmé au microscope

Le tableau A.1 indique le pourcentage de cas du Registre des cas de cancer de l'Ontario diagnostiqués sur la base d'un certificat de décès uniquement (CDU) et le pourcentage de cas confirmés au microscope.

Dans l'ensemble, 1,7 % des cas diagnostiqués en 2016 était basé sur un certificat de décès uniquement. Ce pourcentage varie de 0 % pour le cancer du testicule à 7,1 % pour le cancer du pancréas.

Pour l'ensemble des cancers, 90,9 % des cas ont été confirmés au microscope. Ce chiffre est légèrement inférieur à la recommandation du Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER), qui prévoit qu'au moins 93 % des cas soient confirmés au microscope.<sup>[2]</sup> Le pourcentage de cas confirmés au microscope varie d'un minimum de 59,2 % pour le cancer du foie à un maximum de 99 % pour le cancer de la thyroïde.

**Tableau A.1** Pourcentage de certificat de décès uniquement et de cas confirmés au microscope par type de cancer, Registre des cas de cancer de l'Ontario, 2016

Type de cancer	CDS – Nombre de cas	CDS – % de cas	Confirmé au microscope – Nombre de cas	Confirmé au microscope – % de cas
<b>Tous les cancers</b>	<b>1 411</b>	<b>1,7 %</b>	<b>73 969</b>	<b>90,9 %</b>
Vessie	51	1,2 %	4 135	97,6 %
Cerveau	40	3,6 %	914	82,7 %
Sein	82	0,7 %	10 999	98,3 %
Col de l'utérus	4	0,7 %	584	97,3 %
Colorectal	166	1,9 %	8 041	94,3 %
Œsophage	23	2,8 %	754	93,3 %
Lymphome hodgkinien	1	0,2 %	381	92,5 %
Rein	36	1,5 %	2 278	93,4 %
Larynx	4	1,0 %	402	97,1 %
Leucémie	22	0,9 %	1 963	81,9 %
Foie	65	5,1 %	752	59,2 %
Poumon	306	3,1 %	8 516	85,5 %
Mélanome	12	0,3 %	3 789	98,4 %

Type de cancer	CDS – Nombre de cas	CDS – % de cas	Confirmé au microscope – Nombre de cas	Confirmé au microscope – % de cas
Myélome	17	1,2 %	937	67,6 %
Lymphome non hodgkinien	32	0,7 %	3 565	81,8 %
Cavité buccale et pharynx	24	1,4 %	1 618	95,7 %
Ovaire	17	1,4 %	1 119	90,0 %
Pancréas	146	7,1 %	1 391	67,7 %
Prostate	56	0,7 %	8 138	96,7 %
Estomac	18	1,2 %	1 446	94,6 %
Testicule	0	0,0 %	443	94,9 %
Thyroïde	6	0,2 %	2 982	99,0 %
Utérus	30	1,1 %	2 748	97,3 %

**Abréviation :** CDD désigne le certificat de décès uniquement.

**Analyse :** Surveillance, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Sources :** Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

### Rapport incidence/mortalité

Le rapport incidence/mortalité (I:M) normalisé selon l'âge recense les zones de sous-couverture dans un registre. Le rapport I:M du Registre des cas de cancer de l'Ontario pour 2016 était de 2,9:1 (Tableau A.2). Ce rapport est conforme au celui recommandé par le Partenariat canadien contre le cancer, qui est d'au moins 2,3:1, <sup>[2]</sup> avec des variations selon le type de cancer. Un rapport I:M inférieur au niveau recommandé peut indiquer un enregistrement incomplet des cas.

**Tableau A.2** Rapport d'incidence sur la mortalité normalisée selon l'âge par type de cancer, Ontario, 2016

Type de cancer	Ratio entre l'incidence et la mortalité
<b>Tous les cancers</b>	<b>2,9</b>
Vessie	4,9
Cerveau	1,4
Sein	5,9
Col de l'utérus	3,8

Type de cancer	Ratio entre l'incidence et la mortalité
Colorectal	2,6
Œsophage	1,0
Lymphome hodgkinien	9,7
Rein	4,7
Larynx	3,4
Leucémie	2,3
Foie	1,1
Poumon	1,5
Mélanome	7,9
Myélome	2,6
Lymphome non hodgkinien	4,6
Cavité buccale et pharynx	3,2
Ovaire	2,0
Pancréas	1,1
Prostate	5,1
Estomac	2,0
Testicule	35,0
Thyroïde	34,5
Utérus	6,2

**Remarque :** Le rapport I:M est le rapport entre le taux d'incidence normalisé selon l'âge et le taux de mortalité normalisé selon l'âge.

**Analyse :** Registre des cas de cancer de l'Ontario, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Sources :** Registre des cas de cancer de l'Ontario, (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

#### Exhaustivité des éléments de données

Tous les indicateurs de qualité des données ont répondu aux exigences minimales de la ligne directrice du Registre canadien du cancer (RCC), de la norme de certification « Gold » de la North American Association of centralized Cancer Registries (NAACCR) et de la ligne directrice du Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER) :

- Les taux de saisie des stades dans l'ensemble et pour la stadification concertée ont atteint l'objectif provincial de 90 % pour les cancers du sein, de la prostate, colorectal, du poumon et du col de l'utérus en 2016.

- Aucun cas ne manquait de données sur « l'âge au moment du diagnostic », « l'âge au moment du décès » ou le « sexe », répondant ainsi à la norme d'excellence de la NAACCR d'un maximum de 2 % ou moins. En outre, 0 % des cas ont été répertoriés comme « vivants avec un âge actuel supérieur à 100 ans » et des cas ont été répertoriés comme « décédés » avec date de décès manquante.
- Les codes postaux étaient manquants pour 2 % des cas, ce qui est inférieur au seuil de 5 % du RCCO pour cet indicateur.
- Le pourcentage de 2 % de cas dont le siège primitif est inconnu (C80.9) a également atteint le seuil de moins de 2,3 % de la norme SEER.

En 2016, 89 % des rapports synoptiques de pathologie cancéreuse discrets comportaient tous les éléments obligatoires conformément à la liste de contrôle électronique sur le cancer du College of American Pathologist.

Il n'existe pas de normes pour le nombre moyen de sources ou de notifications par cas ou pour le pourcentage de cas de morphologie inconnue. Les cas comportant un plus grand nombre de sources de données ou de notifications sont considérées comme plus complètes et plus fiables. Le pourcentage élevé de morphologie inconnue soulève certaines inquiétudes quant à la qualité et à la collecte des données. Le tableau A.3 présente d'autres mesures de la qualité des données liées à l'exhaustivité de l'enregistrement des cas du Registre des cas de cancer de l'Ontario.

**Tableau A.3** Estimations de l'exhaustivité des éléments données, Registre des cas de cancer de l'Ontario, 2016

Mesure	Valeurs
Nombre moyen de sources/déclarations par cas	14
Cas de cancers avec siège primaire non précisé	2,4 %
Cas avec morphologie inconnue†	5,6 %
Cas stadifiés‡	90,5 %
Exhaustivité de la collecte de données descas stadifiés‡	90,1 %
Rapports synoptiques de pathologie avec des éléments obligatoires	89,0 %
Cas pour lesquels on ne connaît pas « l'âge au moment du diagnostic/décès »	0,0 %
Cas pour lesquels on ne connaît pas « le sexe »	0,0 %
Cas pour lesquels on ne connaît pas « le code postal » au moment du diagnostic	2,0 %
Patients classés comme « vivants » avec un âge actuel >100	0,0 %
Patients classés comme « décédés » dont on ne connaît pas la date de décès	0,0 %

**Symboles :**

†Gamme histologique 8000-8005 (non spécifiée par ailleurs)

‡Pour les cancers du poumon, du sein (femmes), colorectal, du col de l'utérus et de la prostate uniquement

**Remarques :**

1. Pour tous les cas malins et in situ de la vessie.
2. Le nombre total de cas s'élève à 81 409 et représente 78 007 personnes.

**Analyse :** Registre des cas de cancer de l'Ontario, Analytics and Informatics, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Sources :** Registre des cas de cancer de l'Ontario, (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

**Données sur la population**

La population utilisée dans ce rapport pour la normalisation de l'âge est la population canadienne type de 2011 (Tableau A.4), basée sur le recensement de 2011 de Statistique Canada.

Les rapports de surveillance d'Action Cancer Ontario publiés avant 2016 ont utilisé la population canadienne type de 1991. Nous ne recommandons pas de comparer les taux normalisés selon l'âge dans ce rapport avec les taux de ces rapports antérieurs.

La population-type de 1991 n'est plus appropriée car la structure d'âge de la population a considérablement changé depuis. L'utilisation de la population-type de 2011 donne des taux normalisés selon l'âge qui sont plus proches du taux brut (c'est-à-dire, un taux non ajusté pour la répartition par âge).

Sauf indication contraire, les données sur la population utilisées dans les dénominateurs pour les prévisions relatives au cancer proviennent du ministère des Finances de l'Ontario (publiées au printemps 2018).

**Tableau A.4** Recensement de population de la population type canadienne de 2011 utilisés pour les taux normalisés selon l'âge, par groupe d'âge au Canada en 2011

Groupe d'âge (années)	Population
0 – 4	1 899 064
5 – 9	1 810 433
10 – 14	1 918 164
15 – 19	2 238 952
20 – 24	2 354 354
25 – 29	2 369 841
30 – 34	2 327 955
35 – 39	2 273 087
40 – 44	2 385 918

Groupe d'âge (années)	Population
45 – 49	2 719 909
50 – 54	2 691 260
55 – 59	2 353 090
60 – 64	2 050 443
65 – 69	1 532 940
70 – 74	1 153 822
75 – 79	919 338
80 – 84	701 140
85 et plus	643 070

**Remarque :** Les estimations postcensitaires sont basées sur les chiffres du recensement de 2011 ajustés pour le sous-dénombrement net du recensement (SDNR) (y compris l'ajustement pour les réserves indiennes et établissements indiens partiellement dénombrés) et les composantes de la croissance de la population qui ont eu lieu depuis ce recensement. Les estimations intercensitaires utilisent les chiffres de 2 recensements consécutifs ajustés pour le SDNR (y compris les estimations de l'ajustement pour les réserves indiennes et établissements indiens partiellement dénombrés).

**Sources :** Statistique Canada. Tableau 051-0001 - Estimations de la population, par groupe d'âge et sexe au 1<sup>er</sup> juillet au Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)

### Groupement des sièges pathologiques

Le Registre des cas de cancer de l'Ontario utilise des groupes de sièges pathologiques basés sur la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) <sup>[4]</sup> Ces groupes de sièges pathologiques sont inscrits sur la base des groupes du Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER).<sup>[5]</sup>

Les décès attribuables au cancer sont classés selon la 10<sup>e</sup> édition de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe (CIM-10).<sup>[6]</sup>

Les principaux groupes de cancers utilisés dans ce rapport sont présentés dans le tableau A.5.

**Tableau A.5A** Définitions du cancer : incidence

Type de cancer : de courte durée / longue durée	Définition de la CIM-O-3
Vessie	C67
Cerveau et autre système nerveux	C70-C72, C75.1-C75.3
Glioblastome	C71 avec les codes d'histologie 9440, 9441, 9442
Méninges	C70.0-C70.1, C70.9
Hypophyse, glande pinéale et poche de Rathke	C75.1-C75.3
Sein (femme)	C50

Type de cancer : de courte durée / longue durée	Définition de la CIM-O-3
Col de l'utérus	C53
Colorectal / Côlon et rectum	C18.0, C18.2–C20, C26.0
Côlon / Côlon à l'exclusion du rectum	C18.0, C18.2–C18.9
Côlon côté gauche	C18.5, C18.6, C18.7
Côlon côté droit	C18.0, C18.2, 18.3, C18.4
Rectum et jonction recto-sigmoïde	C19.9, C20.9
Jonction recto-sigmoïde	C19.9
Rectum	C20.9
Œsophage	C15
Adénocarcinome	C15 avec les codes d'histologie 8140-8573
Carcinome squameux	C15 avec les codes d'histologie 8050-8082
Rein	C64.9
Larynx	C32
Leucémie	C42.0, C42.1, C42.4 avec les codes d'histologie 9811–9818, 9837, 9823 9827. Codes d'histologie 9826, 9835–9836, 9820, 9832–9834, 9940, 9840, 9861, 9865–9867, 9869, 9871–9874, 9895–9897, 9898, 9910–9911, 9920, 9891, 9863, 9875–9876, 9945–9946, 9860, 9930, 9801, 9805–9809, 9931, 9733, 9742, 9800, 9831, 9870, 9948, 9963–9964
Leucémie aiguë lymphoïde	Codes d'histologie 9826, 9835-9836 C42.0, C42.1, C42.4 avec les codes d'histologie 9811-9818, 9837
Leucémie monocyttaire aiguë	9891
Leucémie aiguë myéloïde	Codes d'histologie 9840, 9861, 9865-9867, 9869, 9871-9874, 9895-9897, 9898, 9910-9911, 9920
Leucémie lymphoïde chronique	C42.0, C42.1, C42.4 avec le code d'histologie 9823
Leucémie myéloïde chronique	Codes d'histologie 9863, 9875-9876, 9945-9946
Foie / Foie et voie biliaire intrahépatique	C22.0, C22.1
Poumon	C34
Adénocarcinome / Adénocarcinome (cancer bronchopulmonaire non à petites cellules)	C34 avec les codes d'histologie 8015, 8050, 8140-1, 8143-5, 8147, 8190, 8201, 8211, 8250-5, 8260, 8290, 8310, 8320, 8323, 8333, 8401, 8440, 8470-1, 8480-1, 8490, 8503, 8507, 8550, 8570-2, 8574, 8576
Carcinome à grandes cellules / Carcinome à grandes cellules (cancer bronchopulmonaire non à petites cellules)	C34 avec les codes d'histologie 8012-4, 8021, 8034, 8082
Carcinome à petites cellules	C34 avec les codes d'histologie 8022, 8041, 8045
Carcinome à cellules squameuses / Carcinome à cellules squameuses (cancer bronchopulmonaire non à petites cellules)	C34 avec les codes d'histologie 8051-2, 8070-6, 8078, 8083-4, 8090, 8094, 8120, 8123
Lymphome	Toutes les localisations avec les codes d'histologie 9590–9597, 9670–9671, 9673, 9675, 9678–9680, 9684, 9687, 9689–9691, 9695, 9698–9702, 9705, 9708–9709, 9714–9719, 9727–9729;

Type de cancer : de courte durée / longue durée	Définition de la CIM-O-3
	Toutes les localisations autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec les codes d'histologie 9823, 9827
Lymphome hodgkinien	Toutes les localisations avec les codes d'histologie 9650-9667
Lymphome non hodgkinien (LNH)	Les codes d'histologie 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687, 9689-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9714-9719, 9727-9729;  Toutes les localisations autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec les codes d'histologie 9823, 9827
LNH extraganglionnaire	Toutes les localisations à l'exception de C02.4, C09.8-C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77.0-C77.9 avec les codes d'histologie 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687, 9688, 9689-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9712, 9714-9719, 9724-9729, 9735, 9737, 9738  Toutes les localisations à l'exception de C02.4, C09.8-C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.0-C42.2, C42.4, C77.0-C77.9 avec les codes d'histologie 9811-9818, 9823, 9827, 9837
LNH ganglionnaire	C02.4, C09.8, C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77 avec les codes d'histologie 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9712, 9714-9719, 9724-9729, 9735, 9737-9738, 9811-9818, 9823, 9827, 9837
Mélanome (non cutané)	C00-14, C20-C21, C30-31, C51-63, C69 avec les codes d'histologie 8720-8774
Muqueux	C00-14, C20-C21, C30-31, C51-63
Oculaire	C69
Mélanome de la peau	C44 avec les codes d'histologie 8720-8790
Myélome	9731-9732, 9734
Cavité buccale et pharynx	C00-C06, C09-C14
Hypopharynx	C12.9, C13
Lèvre et cavité buccale	C00, C02, C03, C04, C05.0, C06
Nasopharynx	C11
Oropharynx	C01.9, C05.1, C05.2, C09, C10
Ovaire	C56.9
Pancréas	C25
Prostate	C61.9
Estomac	C16



Type de cancer : de courte durée / longue durée	Définition de la CIM-O-3
Testicule	C62
Thyroïde	C73.9
Carcinome anaplasique	C73.9 avec les codes d'histologie 8012,8020-8021,8030-8032
Carcinome folliculaire	C73.9 avec les codes d'histologie 8290, 8330-8332, 8335
Carcinome médullaire de la thyroïde	C73.9 avec les codes d'histologie 8345, 8346, 8510
Carcinome papillaire	C73.9 avec les codes d'histologie 8050,8260, 8340, 8344
Utérus	C54, C55.9
Endomètre	C54, C55.9 avec les codes d'histologie 8050,8140,8143,8210-8211,8255,8260-8263,8310,8323,8340, 8380-8384,8441,8460-8461,8560,8570,8950-8951,8980-8981
Sarcome de l'utérus	C54, C55.9 avec les codes d'histologie 8800-8802,8805,8890-8891,8896,8900,8910,8930-8931

**Tableau A.5B** Définitions du cancer : taux de mortalité

Type de cancer : de courte durée / longue durée	Définition de la CIM-10
Vessie	C67
Cerveau et autre système nerveux	C70-C72, C75.1-C75.3
Sein (femme)	C50
Col de l'utérus	C53
Colorectal / Côlon et rectum	C18.0,C18.2–C20, C26
Œsophage	C15
Lymphome hodgkinien	C81
Rein	C64
Larynx	C32
Leucémie	C90.1, C91.0-C91.7, C91.9, C92.0-C92.4, C92.6-C92.9, C93.0-C93.3, C93.7, C93.9, C94.0-C94.5, C94.7, C95.0-C95.2, C95.7, C95.9
Foie / Foie et voie biliaire intrahépatique	C22.0, C22.2–C22.4, C22.7, C22.9
Poumon	C34
Mélanome de la peau	C43
Myélome	C90.0, C90.2, C90.3
Lymphome non hodgkinien (LNH)	C82–C86, C96.3
Cavité buccale et pharynx	C00–C06, C09-C14
Ovaire	C56
Pancréas	C25
Prostate	C61

Type de cancer : de courte durée / longue durée	Définition de la CIM-10
Estomac	C16
Testicule	C62
Thyroïde	C73
Utérus	C54–C55

**Tableau A.5C** Définitions du cancer : groupe de l'ensemble des « cancers rares » (chapitre 4)

Type de cancer	Incidence (définition de la CIM-O-3)	Mortalité (définition de la CIM-O-10)
Leucémie aiguë lymphoïde	Codes d'histologie 9826, 9835-9836; C42.0, C42.1, C42.4 avec les codes d'histologie 9811-9818, 9837	C91.0
Leucémie monocytaire aiguë	9891	C93.0
Leucémie aiguë myéloïde	Codes d'histologie 9840, 9861, 9865-9867, 9869, 9871-9874, 9895-9897, 9898, 9910-9911, 9920	C92.0, C92.4-C92.6, C92.8, C94.0, C94.2
Leucémie subaiguë, leucémie subleucémique et SAI	Codes d'histologie 9733, 9742, 9800, 9831, 9870, 9948, 9963-9964; C42.0, C42.1, C42.4 avec le code d'histologie 9827	C90.1, C91.5, C94.1, C94.3, C94.7, C95.1, C95.2, C95.7, C95.9
Anus, canal anal et anorectum	C21.0-C21.2, C21.8	C21
Appendice	C18.1	C18.1
Os et articulations	C40, C41	C40, C41
Sein (hommes)	C50	C50
Leucémie lymphoïde chronique	C42.0, C42.1, C42.4 avec le code d'histologie 9823	C91.1
Leucémie myéloïde chronique	Codes d'histologie 9863, 9875-9876, 9945-9946	C92.1
Nerfs crâniens et autres régions du système nerveux	C71 avec les codes d'histologie 9530-9539; C70, C72	C70, C72
Côlon descendant	C18.6	C18.6
Œsophage	C15	C15
Œil et orbite	C69	C69
Plancher buccal	C04	C04
Vésicule biliaire et autres voies biliaires	C23.9, C24	C23, C24
Gencive et autre partie de la bouche	C03, C05, C06	C03, C05, C06
Angle hépatique	C18.3	C18.3
Lymphome hodgkinien	Toutes les localisations avec les codes d'histologie 9650-9667	C81
Hypopharynx	C12.9, C13	C12, C13

Type de cancer	Incidence (définition de la CIM-O-3)	Mortalité (définition de la CIM-O-10)
Voies biliaires intrahépatiques	C22.1	C22.1
Sarcome de Kaposi	9140	C46
Gros intestin, SAI	C18.8-C18.9, C26.0	C18.8
Larynx	C32	C32
Lèvre	C00	C00
Glandes salivaires principales	C07.9, C08	C07, C08
Mésothéliome	Codes d'histologie 9050-9055	C45
Oreille moyenne	C30.1	C30.1
Cavité nasale et sinus paranasaux	C30.0, C31	C30, C31
Nasopharynx	C11	C11
Oropharynx	C10	C10
Autre leucémie aiguë	Codes d'histologie 9801, 9805-9809, 9931	C94.4, C94.5, C95.0
Autres organes digestifs	C26.8-C26.9, C48.8	C26.8-C26.9, C48.8
Autres tumeurs endocrines	C74, C75	C74, C75
Autres organes génitaux féminins	C57, C58.9	C57, C58
Autre leucémie lymphoïde	Codes d'histologie 9820, 9832-9834, 9940	C91.2-C91.4, C91.6-C91.9
Autres organes génitaux masculins	C63	C63
Autre leucémie myéloïde/monocytaire	Codes d'histologie 9860, 9930	C92.2-C92.3, C92.7, C92.9, C93.1-C93.3, C93.7, C93.9
Peau des autres régions épithéliales	C44 à l'exclusion des codes d'histologie 8000-8005, 8010-8046, 8050-8084, 8090-8110, 8720-8790, 9050-9055, 9140, 9590-9992	S.O.
Autre localisation de la cavité buccale et du pharynx	C14.0, C14.2, C14.8	C14
Autres organes urinaires	C68	C68
Pénis	C60	C60
Péritoine, épiploon et mésentère	C48.1, C48.2	C45.1, C48.1, C48.2
Plèvre	C38.4	C38.4, C45.0
Jonction recto-sigmoïde	C19.9	C19
Rétropéritoine	C48.0	C48.0
Glande salivaire	C07.9-C08	C07-C08
Intestin grêle	C17	C17
Tissus mous y compris le cœur	C38.0, C47, C49	C38.0, C45.2, C47, C49
Angle splénique	C18.5	C18.5
Testicule	C62	C62
Thymus et médiastin	C37.9, C38.1, C38.2, C38.3	C37.9, C38.1, C38.2, C38.3
Langue	C01.9-C02	C01-C02
Amygdale	C09	C09
Trachée	C33.9	C33

Type de cancer	Incidence (définition de la CIM-O-3)	Mortalité (définition de la CIM-O-10)
Côlon transverse	C18.4	C18.4
Uretere et bassinnet du rein	C66.9, C65.9	C65, C66
Vagin	C52.9	C52
Vulve	C51	C51

**Tableau A.5D** Définitions du cancer : cancers rares classés selon un éventail de groupes principaux (chapitre 4)

Type de cancer	Incidence (définition de la CIM-O-3)	Mortalité (définition de la CIM-O-10)
Anus, canal anal et anorectum	C21.0-C21.2, C21.8	C21
Appendice	C18.1	C18.1
Os et articulations	C40, C41	C40, C41
Sein (hommes)	C50	C50
Œil et orbite	C69	C69
Vésicule biliaire et autres voies biliaires	C23.9, C24	C23, C24
Sarcome de Kaposi	9140	C46
Glandes salivaires principales	C07.9, C08	C07, C08
Mésothéliome	Codes d'histologie 9050-9055	C45
Oreille moyenne	C30.1	C30.1
Cavité nasale et sinus paranasaux	C30.0, C31	C30, C31
Pénis	C60	C60
Péritoine, épiploon et mésentère	C48.1, C48.2	C45.1, C48.1, C48.2
Plèvre	C38.4	C38.4, C45.0
Rétropéritoine	C48.0	C48.0
Intestin grêle	C17	C17
Tissus mous y compris le cœur	C38.0, C47, C49	C38.0, C45.2, C47, C49
Thymus et médiastin	C37.9, C38.1, C38.2, C38.3	C37.9, C38.1, C38.2, C38.3
Trachée	C33.9	C33
Uretere et bassinnet du rein	C66.9, C65.9	C65, C66
Vagin	C52.9	C52
Vulve	C51	C51

**Tableau A.5E** Définitions du cancer : groupe de l'ensemble des « cancers courants » (chapitre 4)

Type de cancer	Incidence (définition de la CIM-O-3)	Mortalité (définition de la CIM-O-10)
Vessie	C67	C67
Cerveau et autre système nerveux	C71 à l'exclusion des codes d'histologie 9530-9539; C70, C72	C71, C75.1-C75.3
Sein (femme)	C50	C50

Type de cancer	Incidence (définition de la CIM-O-3)	Mortalité (définition de la CIM-O-10)
Col de l'utérus	C53	C53
Colorectal	C18.0, C18.2–C20, C26.0	C18.0, C18.2–C20, C26
Rein	C64.9	C64
Foie	C22.0	C22.0, C22.2–C22.4, C22.7, C22.9
Poumon	C34	C34
Mélanome de la peau	C44 avec les codes d'histologie 8720-8790	C43
Myélome	9731-9732, 9734	C90.0, C90.2, C90.3
Lymphome non hodgkinien (LNH)	Les codes d'histologie 9590–9597, 9670–9671, 9673, 9675, 9678–9680, 9684, 9687, 9689–9691, 9695, 9698–9702, 9705, 9708–9709, 9714–9719, 9727–9729;  Toutes les localisations autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec les codes d'histologie 9823, 9827	C82–C86, C96.3
Ovaire	C56.9	C56
Pancréas	C25	C25
Prostate	C61.9	C61
Estomac	C16	C16
Thyroïde	C73.9	C73
Utérus	C54, C55.9	C54–C55

**Abréviations :** CIM-O-3 désigne la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition; CIM-10 désigne la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, 10<sup>e</sup> révision.

**Remarques :**

1. Les types histologiques 9590 à 9989 (leucémies, lymphomes et maladies hématopoïétiques), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) sont exclus des autres sièges d'organes spécifiques.
2. Les types histologiques 8720 à 8774 (mélanome de la muqueuse) sont exclus des sièges suivants (et de certains sièges secondaires) : colorectal, ovaire, utérus, col de l'utérus, vagin, vulve, prostate, testicule, pénis, cavité buccale et pharynx, cavité nasale et sinus paranasal, principales glandes salivaires, oreille moyenne, et œil et orbite.

### Cancer de la peau sans présence de mélanome

Les données présentes dans ce rapport excluent les cas de carcinome basocellulaire et squameux de la peau, les types les plus courants de cancer de la peau autres que le mélanome.

Ces tumeurs ne mettent généralement pas la vie en danger et sont traitées en milieu ambulatoire. Bien que ces cas soient consignés dans les rapports de pathologie, leur grand nombre pose un problème pour

la saisie des données et l'assurance qualité par le registre des cas de cancer de l'Ontario, une exigence pour une surveillance significative.

### Stade du cancer au moment du diagnostic

La stadification du cancer est essentielle pour des soins de qualité. Les données sur le stade sont essentielles pour :

- évaluer l'efficacité des programmes de dépistage et de traitement;
- analyser la survie;
- rechercher de nouveaux traitements;
- planifier des ressources pour la gestion des soins de santé.

Le Tumor Node Metastasis (TNM) est le système de classification le plus largement utilisé pour évaluer le stade du diagnostic. Il est reconnu comme la norme internationale pour décrire l'étendue anatomique des cancers. Les définitions du TNM, qui en sont à leur huitième édition, sont gérées par l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) et le American Joint Committee on Cancer (AJCC). Les données sur les stades dans ce rapport sont basées sur la septième édition du TNM, qui était utilisée au moment de la stadification du cancer par le registre des cas de cancer.<sup>[7]</sup>

La stadification collaborative est une approche de stadification utilisée par les registres centraux des cas de cancer. La stadification collaborative rassemble les principes suivants :

- Synthèse du National Cancer Institute (NCI)'s Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program
- Catégories et groupements des stades du TNM
- Structure de codage de l'étendue de la maladie SEER

La plupart des éléments de données sur la stadification collaborative ont été traditionnellement recueillis par certains registres des cas de cancer. Ces éléments comprennent la taille de la tumeur, l'extension, le statut des ganglions lymphatiques et le statut métastatique. D'autres données, telles que les facteurs propres au siège ou à l'histologie (par exemple, le score de Gleason et le statut des récepteurs), sont propre à la stadification collaborative. Ces données sont utilisées pour déterminer le groupement du « meilleur stade » conformément au manuel de stadification du cancer (Cancer Staging Manual) de l'AJCC (dans sa septième édition).<sup>[7]</sup>

Les valeurs de la stadification collaborative pour le cancer invasif s'étendent du stade 1, qui signifie que la maladie est dans la phase précoce, au stade 4, qui signifie que le cancer s'est propagé (ou métastasé) à d'autres organes ou endroits du corps. Un « stade inconnu » est le résultat d'un examen limité du

stade, d'une documentation limitée dans le dossier médical de la personne ou des deux. « Non stadifié » signifie qu'aucune tentative de stadification n'a eu lieu.

À partir des cas diagnostiqués le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le Registre des cas de cancer de l'Ontario a introduit progressivement différentes versions de la stadification collaborative selon l'hôpital déclarant (consultez la liste des hôpitaux et des centres régionaux de cancérologie participants ci-dessous) et du type de cancer dont il est question. La stadification collaborative a été entièrement mise en œuvre pour les cancers du sein, du poumon, colorectal et de la prostate en 2010, pour les cancers de l'ovaire, de l'utérus et du col de l'utérus et le mélanome en 2011, et pour le cancer de la thyroïde en 2013. Les données sur les stades de la maladie figurant dans ce rapport concernent les années de diagnostic allant de 2010 à 2016.

Environ 10 à 20 % des cas de cancer du sein, colorectal, du poumon et de la prostate répertoriés dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario ne comportent pas de renseignements sur le stade au moment du diagnostic et sont donc exclus de cette analyse. Le stade au moment du diagnostic peut être manquant en raison de l'insuffisance des renseignements à l'appui dans le dossier médical du patient pour justifier un stade définitif au moment du diagnostic. La répartition des stades peut ne pas être la même pour les cas pour lesquels les données sont manquantes.

#### [Établissements ayant fourni des données de déclaration au niveau de l'activité utilisées pour la détermination du stade de la maladie à l'échelle de la population, Ontario](#)

##### CENTRES RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE

Centre régional de cancérologie de Grand River

Centre régional de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa

Centre de cancérologie Juravinski

Centre régional de cancérologie du Nord-Ouest

Centre de cancérologie du Sud-Est de l'Ontario

Centre régional de cancérologie Carlo Fidani de Peel

R.S. Centre régional de cancérologie de McLaugh à Durham

Hôpital Princess Margaret

Programme régional de cancérologie de London

Centre régional de cancérologie de Windsor

Centre régional de cancérologie de Simcoe Muskoka

Centre régional de cancérologie Stronach à Southlake

Centre de cancérologie du Nord-Est

Centre de cancérologie Odette

## HÔPITAUX

Hôpital Grand River

Centre des sciences de la santé de Hamilton

Centre des sciences de la santé de Kingston

Lakeridge Health

London Health Sciences Centre

Centre régional de santé Royal Victoria

Centre régional de santé de Southlake

Horizon Santé-Nord à Sudbury

Centre Sunnybrook des sciences de la santé

L'Hôpital d'Ottawa

Centre régional des sciences de la santé de  
Thunder Bay

Trillium Health Partners

University Health Network

Hôpital régional de Windsor

Bluewater Health

Hôpital Memorial de Cambridge

Grey Bruce Health Services

Halton Health Care Services

Centre de soins de santé Headwaters

Hôpital régional Humber River

Mackenzie Health (auparavant Hôpital York  
Central)

Hôpital de Markham-Stouffville

Hôpital Scarborough

Sinai Health System

Hôpital général de North York

Quinte Healthcare Corporation

Rouge Valley Health System

Hôpital de Sault-Sainte-Marie

Centre de santé St-Joseph

Hôpital St. Michael

Toronto East General Hospital

William Osler Health Centre

### Règles de codage pour les cancers primitifs multiples

Différentes règles existent pour déterminer si un cancer est un nouveau cancer primitif ou une extension d'un précédent cancer. À la suite d'une récente reconstruction, le Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO) a adopté les règles du Surveillance, Epidemiology and End Results Programme (SEER) pour le recensement des cancers primitifs multiples et l'attribution de l'histologie,<sup>[8]</sup> à l'instar d'autres registres des cas de cancers nord-américains.



Pour déterminer les cancers primitifs multiples, les règles de recensement du SEER prennent en compte l'histologie, le siège, la latéralité et le temps écoulé depuis le diagnostic initial. Les règles du SEER sont plus libérales que les règles précédemment utilisées dans le RCCO pour recenser les cancers primitifs multiples dans leur définition d'un nouveau cas primitif.

Les règles du SEER pour les cancers primitifs multiples ont été appliquées aux cas dans le RCCO diagnostiqués à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Les cas des années précédant l'adoption du SEER (c'est-à-dire de 1964 à 2009) ont été importés dans le nouvel RCCO à partir du Ontario Cancer Registry Information System (OCRIS) pour une utilisation analytique continue. L'OCRIS a appliqué une version modifiée des règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et de l'Association internationale des registres du cancer (AIRC),<sup>[9]</sup> qui sont plus conservatrices que les règles du SEER. Selon les règles du CIRC et de l'AIRC, une seule tumeur est enregistrée pour un organe, quel que soit le moment, à moins qu'il n'y ait des différences histologiques.

Dans ce rapport, les données ont été converties en utilisant les règles du CIRC et de l'AIRC lorsque :

- les analyses de tendances couvrent à la fois les périodes du RCCO (à partir de 2010) et de l'OCRIS (1983 à 2009)
- les comparaisons sont effectuées entre les données des deux systèmes de registres

Lorsque les données ne sont présentées qu'à partir de 2010, les règles du SEER ont été appliquées.

Étant donné que les règles du SEER sont moins conservatrices que les règles du CIRC et de l'AIRC, l'application des règles du SEER entraîne une augmentation du nombre de cas inclus dans les comptes d'incidence. Ceci est simplement le résultat de l'utilisation d'une méthodologie différente et ne reflète pas une augmentation réelle du nombre de personnes recevant un diagnostic de cancer. Pour la période de 2010 à 2016 en Ontario, 4,2 % des nouveaux cas en moyenne ont été considérés comme des cancers primitifs multiples.

À partir de l'année de diagnostic 2019, le registre a adopté de nouvelles règles solides sur les tumeurs du SEER pour remplacer les règles sur les cancers primitifs multiples et l'histologie du SEER. En outre, une nouvelle édition de la stadification a été utilisée pour les nouveaux cas de cancer diagnostiqués à partir de 2018. Toutefois, ces changements dans les systèmes de codage et de stadification n'affectent pas cette édition des *Statistiques sur le cancer en Ontario*.

### Données sur les cancers infantiles

Le Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS), géré par le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) et financé par le ministère de la santé de l'Ontario, est la source de données pour le groupe d'âge de 0 à 14 ans précisément. POGONIS est une source de données fiable et

validée utilisée pour estimer l'incidence, informer les politiques et la planification, et fournir des données essentielles pour la recherche sur les cas de cancer infantile en Ontario.

POGONIS, tout comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO), est une base de données dynamique. Les données sur les cancers chez les enfants utilisées dans ce rapport ont été extraites du POGONIS en octobre 2019.

POGONIS est un registre et une base de données basés sur la population qui depuis 1985, saisit des renseignements détaillés sur la démographie, le diagnostic, le traitement et les résultats sur tous les enfants et adolescents diagnostiqués ou traités pour un cancer dans le cadre d'un programme spécialisé de lutte contre le cancer chez les enfants en Ontario. Les données normalisées du POGONIS sont activement collectées par des gestionnaires de données ou des associés de recherche clinique spécialisés dans chacun des cinq centres tertiaires offrant des programmes spécialisés dans le cancer chez les enfants en Ontario. Les renseignements proviennent de l'examen complet des dossiers des hôpitaux, des systèmes d'information internes des hôpitaux et des liens directs avec les équipes de soins des patients. Les renseignements sur les décès dans POGONIS sont validés et complétés par le couplage annuel des dossiers avec le RCCO et le fichier des décès du registraire général de l'Ontario dans le cadre d'un accord de partage des données avec Santé Ontario (Action Cancer Ontario) afin de saisir systématiquement les décès dans l'ensemble de la cohorte.

Le POGO est également désigné comme une entité prescrite en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Le POGO a élaboré et mis en œuvre des politiques et des procédures détaillées qui régissent tous les aspects de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation des renseignements personnels sur la santé, qui sont détaillées dans le Code de protection de la vie privée et de la sécurité des données du POGO et dans ses procédures.

### Classification

La base de données POGONIS classe les cancers infantiles selon la Classification internationale des cancers chez les enfants (CICE-3).[10] Cette classification divise le cancer chez les enfants en 12 groupes principaux de diagnostic et 47 sous-groupes pour davantage de précision.

La classification de chaque cas appliqué dans cette analyse est fidèle au moment du diagnostic et au code morphologique de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O) qui lui est associé pour cette période. Comme la CICE-O-3 (publiée en 2005) n'intègre pas les changements de codage apportés dans la version actualisée du système de la CIM-O-3 (CIM-O-3.1, publiée en 2013), le POGO a intégré les changements apportés aux codes de la CIM-O-3.1 dans une classification actualisée de la CICE, basée sur l'expertise clinique et épidémiologique de l'Ontario. Les détails des différences de codage entre le POGONIS et la CICC-3 sont disponibles dans le rapport de surveillance du POGO à l'adresse suivante : [pogo.ca/research-data/data-reports/](http://pogo.ca/research-data/data-reports/) (en anglais seulement).

## Données sur la population

### Inclus dans les analyses d'incidence, de mortalité et de survie :

- Enfants diagnostiqués entre 0 et 14 ans et résidents de l'Ontario, qui ont été traités dans le cadre d'un programme spécialisé de lutte contre le cancer chez les enfants en Ontario, avec un diagnostic inclus dans le système de codage CICE-3 mis à jour par le POGO.

### Exclus des analyses d'incidence, de mortalité et de survie :

- Les enfants qui ne résidaient pas en Ontario mais qui ont été diagnostiqués ou traités dans le cadre d'un programme spécialisé de lutte contre le cancer chez les enfants en Ontario
- Les cas non diagnostiqués et non entièrement traités dans le cadre d'un programme spécialisé de lutte contre le cancer chez les enfants en Ontario.

La population utilisée dans le cadre de ce rapport pour la normalisation selon l'âge pour les cancers infantiles est la population canadienne type en 2011 (tableau A.4), qui est basée sur le recensement effectué en 2011 par Statistique Canada.

## Références

1. *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, L.O. 2004, ch. 3, annexe. A (2004).
2. Marrett LT, Hatcher J. Protocole d'évaluation de la qualité des données pour la surveillance du cancer au Canada. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer; 2009.
3. Ministère des Finances de l'Ontario [Internet]. [Toronto] : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012-2018. Mise à jour des prévisions démographiques pour l'Ontario, 2017-2041 Tableau 7 : Population totale de l'Ontario par groupe d'âge de cinq ans, 2017-2041 - scénario de référence ; [cité le 26 juin 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/projections/table7.html>
4. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et autres, éditeurs. La classification internationale des maladies. 3<sup>e</sup> éd. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2000.
5. Surveillance, Epidemiology and End Results Program [Internet]. Bethesda (MD) : National Cancer Institute. Site recodé définition de la CIM-O-3 et de l'OMS 2008; [cité le 26 septembre 2019]. Disponible à l'adresse suivante : [https://seer.cancer.gov/siterecode/icdo3\\_dwho/home/](https://seer.cancer.gov/siterecode/icdo3_dwho/home/)
6. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10) 2<sup>e</sup> éd. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2004.

7. Edge SB, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, éditeurs ; American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. 7<sup>e</sup> éd. New York : Springer; 2010.
8. Johnson CH, Peace S, Adamo P, Fritz A, Percy-Laurry A, Edwards BK. Multiple primary and histology coding rules [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and End Results Program; 2007 [mis à jour le 24 août 2012 ; cité le 15 octobre 2015]. Disponible à l'adresse suivante : <https://seer.cancer.gov/tools/mphrules/download.html>
9. Centre international de recherche sur le cancer; Organisation mondiale de la santé ; Association internationale des registres du cancer; Réseau européen des registres des cancers. Règles internationales pour les cancers primitifs multiples (ICD-O). 3e éd. Lyon, France : Centre international de recherche sur le cancer; 2004. Rapport interne n°: 2004/02.

# Annexe 2

## Analyse

### Tests de signification

Dans le présent rapport, le terme « significatif » fait référence au niveau de signification statistique (niveau alpha) de 0,05 utilisé pour définir les changements de tendance ou comparer les différences entre les taux ou les rapports. Les changements de tendance statistiquement non significatifs sont désignés dans le présent rapport par le terme « stable ». Dans certains cas (tels que les statistiques sur la survie), la signification statistique est évaluée à l'aide d'un intervalle de confiance, qui tient compte des variations et des risques d'erreurs et représente la fréquence à laquelle l'intervalle contiendrait la mesure moyenne 19 fois sur 20 (ou 95 % du temps).

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

La probabilité de développer un cancer ou d'en mourir fait référence à la probabilité qu'un nouveau-né développe un cancer ou en meurt au cours de sa vie. Les estimations du risque à vie sont effectuées sur la base des taux d'incidence et de mortalité actuels. Leur calcul suppose donc que les taux actuels pour chaque groupe d'âge demeureront constants tout au long de la vie du nouveau-né.

Les estimations de la probabilité de développer un cancer ou d'en mourir ont été calculées à l'aide du logiciel DevCan.<sup>[1]</sup> Le programme logiciel DevCan utilise la méthode des tables de mortalité sur la base des données transversales d'incidence, de mortalité et de population de 18 groupes d'âge pour calculer les probabilités à vie et selon l'âge de développer un cancer ou d'en mourir.

### Incidence et mortalité

#### DÉNOMBREMENT DE L'INCIDENCE

Le dénombrement de l'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au sein d'une population durant une période précise. Dans le présent rapport, ce terme fait référence au nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en une année civile en Ontario. Les données d'incidence sans décès complètes jusqu'à l'année 2016 étaient disponibles au moment de rédiger ce rapport.

Le dénombrement de la mortalité correspond au nombre de décès attribuables au cancer du sein d'une population particulière durant une période précise. Dans le présent rapport, la mortalité fait référence au nombre de décès attribuables au cancer en une année civile en Ontario. Par souci de cohérence, ce rapport utilise des données collectées sur la même plage d'année pour l'incidence et la mortalité (c. -à-d., de 1981 à 2016).

Les statistiques d'incidence et de mortalité du cancer infantile présentées dans le présent rapport reposent sur la cohorte d'enfants ayant reçu un diagnostic de cancer entre 1986 et 2016. Les statistiques d'incidence du cancer infantile sont indiquées pour la période 1986-2016, alors que celles relatives à la mortalité du cancer infantile sont présentées pour la période 1991-2016.

#### TAUX

Les taux d'incidence et de mortalité représentent le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès attribuables à cette maladie pour 100 000 personnes d'une population au cours d'une période précise. Ils sont parfois appelés taux bruts car ils ne sont pas ajustés en fonction de la répartition par âge de la population. Les taux ont été calculés à l'aide de la version 8.3.5 du programme *Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER)\*\*Stat.*<sup>[2]</sup>

Pour les enfants âgés de 0 à 14 ans, les taux d'incidence et de mortalité représentent le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès attribuables à cette maladie pour 1 000 000 d'enfants. Les taux d'incidence et de mortalité représentent le nombre de nouveaux cas de cancer et de décès attribuables à cette maladie pour. Les taux pédiatriques ont été calculés à l'aide de la version 9.4 du logiciel *Statistical Analysis System (SAS)*.

#### TAUX NORMALISÉS SELON L'ÂGE

Les taux normalisés selon l'âge sont des moyennes pondérées de taux par groupe d'âge basés sur une population type. Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) et le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) sont ajustés au titre des différences observées dans la structure par âge de diverses populations. Cela permet de comparer l'incidence et la mortalité du cancer entre différentes populations. Il peut s'agir de différents segments d'une population (p. ex., différentes situations géographiques) ou de la même population à différents moments. Les taux normalisés selon l'âge donnent le taux qui aurait été obtenu si la population concernée avait la même répartition par âge que le population type.

Le présent rapport fait appel à la normalisation directe, qui produit des taux artificiels aux fins uniques de comparaison. La population type utilisée est la population canadienne de 2011 (avec des groupes d'âge de 5 ans).

#### TENDANCES EN MATIÈRE DE TAUX NORMALISÉS SELON L'ÂGE

Les tendances de l'incidence et de la mortalité sont déterminées à partir de la variation annuelle en pourcentage (VAP) et de la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP), elles-mêmes calculées sur la base des taux normalisés selon l'âge. La VAP a été utilisée pour étudier les changements de tendance à court terme. La VAMP est une mesure sommaire qui décrit le changement de tendance sur une période plus longue à l'aide d'une seule statistique.

La VAP et la VAMP ont été estimées à l'aide du logiciel de régression Joinpoint (version 4.2.0.2 et version 4.7.0.0 pour le cancer infantile).<sup>[3]</sup> Le modèle de régression Joinpoint s'appuie sur une régression par morceaux pour modéliser la fluctuation des taux sur l'échelle logarithmique. Un algorithme statistique permet de repérer le nombre optimal de lieux où survient un changement de tendance, ainsi que l'emplacement de ceux-ci (les points de jonction). Le logiciel de régression Joinpoint intègre également un test de permutation Monte Carlo pour déterminer si le changement de tendance est statistiquement significatif.<sup>[4]</sup>

En règle générale, le modèle que le logiciel Joinpoint considérait le mieux adapté était utilisé. Cependant, pour certains types de cancer, d'autres modèles ont été employés pour décrire le mieux les changements de tendance observés dans les données. Cela nous a permis d'éviter de rendre compte de tendances instables résultant de nombres de cas relativement faibles dans quelques groupes stratifiés. Il était autorisé de relever un nombre maximal de 3 points de jonction et un nombre minimal de 5 points de données par segment.

## PROJECTIONS

Les projections en matière d'incidence et de mortalité pour les années 2017 à 2020 et les années 2021 à 2030 ont été estimées à partir du progiciel de projections Canproj<sup>[5]</sup> du logiciel R. Le progiciel Canproj est une version modifiée du progiciel Nordpred Power 5,<sup>[6]</sup> qui repose sur un modèle de régression de Poisson âge-période-cohorte. Le progiciel Canproj comprend des adaptations visant à résoudre les problèmes rencontrés par le modèle de Poisson type et améliorer la précision des prévisions.

Les populations ontariennes employées pour calculer les prévisions relatives au cancer sont tirées des projections démographiques établies jusqu'en 2041 par le ministère des Finances de l'Ontario. La méthodologie et les hypothèses employés pour calculer les projections de population peuvent être retrouvées ailleurs.<sup>[7]</sup>

Canproj comprend 3 sous-progiciels :

- le modèle Nordpred (*adpcproj* : modèle âge-dérive-période-cohorte)
- le modèle âge-cohorte (*acproj* : modèle âge-cohorte)
- le modèle hybride (*hybdproj* : modèle qui ne tient compte que de l'âge)

Chaque sous-ensemble peut établir ses projections de manière indépendante. CanProj intègre un arbre de décision qui permet de déterminer le modèle de projection le plus approprié parmi les trois modèles. Ce progiciel peut également substituer une distribution binomiale négative à une distribution de Poisson en cas de dispersion excessive des données. Enfin, Canproj vérifie la pertinence du modèle retenu.

Les projections pour « tous les cancers » et chaque siège individuel de cancer ont été estimées à l'aide de l'ensemble Canproj.

Modèle âge-dérive-période-cohorte (Nordpred)

Le modèle Norpred Power 5 est représenté comme suit :

$$Case_{ap} \sim Poisson(\mu_{ap}),$$
$$R_{ap} = \frac{\mu_{ap}}{n_{ap}} = (A_a + P_p + C_c + Dp)^5$$

(voir le texte descriptif de [l'équation du modèle Norpred Power 5.](#))

Les symboles de l'équation représentent les éléments suivants :

- $R_{ap}$  désigne le taux d'incidence dans le groupe d'âge  $a$  à la période du calendrier  $p$ .
- $\mu_{ap}$  désigne le nombre moyen de cas dans le groupe d'âge  $a$  à la période du calendrier  $p$ .
- $n_{ap}$  cas désigne la taille de la population correspondante.
- $A_a$  désigne la composante âge pour le groupe d'âge  $a$ .
- $D$  désigne le paramètre de dérive linéaire commune.
- $P_p$  désigne la composante non linéaire de la période  $p$ .
- $C_c$  désigne la composante non linéaire de la cohorte  $c$ .
- $p$  désigne la période du calendrier.

Les cohortes ont été calculées comme suit :

$$c = A + p - a$$

avec  $A$  égal au nombre total de groupes d'âge (18)

Modèle âge-cohorte (modèle acproj)

Le modèle âge-cohorte est une forme réduite du modèle Nordpred retenue par Canproj lorsqu'il existe peu de données portant sur les cohortes les plus âgées et les plus jeunes. En raison de la rareté des données portant sur ces cohortes situées à chaque extrémité, les cohortes restantes avec des données complètes servent de référence lorsque les effets de l'âge et de la cohorte sont estimés.<sup>[5]</sup> Le modèle âge-cohorte prend la forme suivante :



$$Case_{ap} \sim Poisson(\mu_{ap}),$$

$$R_{ap} = \frac{\mu_{ap}}{n_{ap}} = (A_a + C_c)^5, \quad c = A + p - a,$$

$$p = 1, 2, \dots, P, \quad c = 1, 2, \dots, C \text{ where } C = A + P - 1$$

(voir le texte descriptif du [modèle âge-cohorte](#).)

Modèles hybrides : ne tenant compte que de l'âge, commun à tous les âges et selon l'âge

Il existe 3 types de modèles hybrides : le modèle hybride qui ne tient compte que de l'âge, le modèle commun à tous les âges et le modèle selon l'âge. Ces modèles combinent 3 méthodes : méthodes des moyennes, de types de point de jonction, et lorsque les effets de la cohorte ne sont pas significatifs, de régression de Poisson.<sup>[4,5]</sup> Ces fonctions hybrides comparent d'abord le modèle commun à tous les âges avec le modèle selon l'âge à l'aide d'un test chi-carré chez les groupes d'âge pour lesquels des données existent sur les périodes entières. Lorsqu'il n'existe pas de différence significative entre les modèles, le recours au modèle commun à tous les âges sera privilégié; le modèle selon l'âge étant retenu dans les autres cas.

Les données d'incidence, de mortalité et de population ont été classées par année de diagnostic, année de décès et sexe, et groupées par groupes d'âge de 5 ans (0 à 4 ans, 5 à 9 ans, et ce, jusqu'à 85 ans et plus). Pour les projections d'incidence, les cas satisfaisant aux règles de classement des cancers primitifs multiples de l'IARC/IACR de 1981 à 2016 ont fait l'objet de projections. Elles ont ensuite été converties conformément aux règles de classement des cancers primitifs multiples du SEER pour la période 2010-2016, en appliquant un facteur d'inflation basé sur la hausse des cancers primitifs multiples selon l'âge. Les projections pour tous les cancers confondus ont été estimées en fonction de la somme de toutes les données relatives aux 23 sièges de cancer présentées dans le présent rapport.

Les projections de mortalité ont également été estimées à l'aide d'un progiciel Canproj divisant les décès attribuables au cancer de 1981 à 2016 par les groupes d'âge de 5 ans et l'année civile. Pour obtenir les projections d'incidence et de mortalité pour tous les cancers confondus, celles-ci ont été calculées en fonction du sexe puis additionnées. C'est pourquoi les projections reposant uniquement sur les données relatives à tous les cancers confondus ne sont pas égales à la somme des projections pour les deux sexes. Vous trouverez les listes des modèles employés pour tous les cancers confondus et pour chaque siège individuel de cancer par sexe au tableau A.6 (projections d'incidence) et au tableau A.7 (projections de mortalité).

**Tableau A.6** Modèles Canproj employés pour le calcul des projections d'incidence du cancer, par siège de cancer et par sexe

Type de cancer	Hommes	Femmes
Tous les cancers	adpcproj (NB)	hybdproj(NBags)

Type de cancer	Hommes	Femmes
Vessie	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Cerveau	acproj (P)	adpcproj (P)
Sein (femme)	s.o.	adpcproj (NB)
Col de l'utérus	s.o.	adpcproj (P)
Colorectal	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Œsophage	hybdproj(ComT)	hybdproj(ComT)
Lymphome hodgkinien	hybdproj(NBags)	hybdproj(Avg)
Rein	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Larynx	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Leucémie	hybdproj(NBags)	hybdproj(NBags)
Foie	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Poumon	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Mélanome	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Myélome	hybdproj(ComT)	hybdproj(ComT)
Lymphome non hodgkinien	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Cavité buccale et pharynx	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Ovaire	s.o.	adpcproj (P)
Pancréas	hybdproj(ComT)	hybdproj(Ags)
Prostate	adpcproj (NB)†	s.o.
Estomac	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Testicule	acproj(P)	s.o.
Thyroïde	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Utérus	s.o.	adpcproj (P)

#### Abréviations :

- acproj(P) désigne le modèle âge-cohorte avec distribution de Poisson
- acproj(NB) désigne le modèle âge-cohorte avec distribution binomiale négative
- adpcproj (NB) désigne le modèle Norpred avec distribution binomiale négative
- adpcproj (P) désigne le modèle Norpred avec distribution de Poisson
- hybdproj(NBags) désigne le modèle hybride avec distribution binomiale négative selon l'âge
- hybdproj(Ags) désigne le modèle hybride avec distribution de Poisson selon l'âge
- hybdproj(ComT) désigne le modèle hybride commun à tous les âges
- hybdproj(Avg) désigne le modèle hybride en utilisant la méthode des moyennes
- s/o signifie « sans objet »

#### Symbole :

† Cinq périodes ont été prises en compte pour estimer les projections d'incidence. Les estimations projetées ont été calculées selon des données débutant à partir du groupe d'âge de 35 à 39 ans.

**Tableau A.7** Modèles Canproj employés pour le calcul des projections de mortalité du cancer, par siège de cancer et par sexe

Type de cancer	Hommes	Femmes
Tous les cancers	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Vessie	hybdproj(Ags)	hybdproj(ComT)
Cerveau	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Sein (femme)	s.o.	adpcproj (P)
Col de l'utérus	s.o.	adpcproj (P)
Colorectal	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Œsophage	hybdproj(NBags)	hybdproj(ComT)
Lymphome hodgkinien	hybdproj(ComT)	hybdproj(ComT)
Rein	acproj (P)	adpcproj (P)
Larynx	hybdproj(Ags)	adpcproj (P)
Leucémie	adpcproj (P)	hybdproj(Ags)
Foie	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Poumon	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Mélanome	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Myélome	hybdproj(ComT)	acproj(NB)
Lymphome non hodgkinien	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Cavité buccale et pharynx	hybdproj(ComT)	hybdproj (Ags)
Ovaire	s.o.	adpcproj (P)
Pancréas	hybdproj(Avg)	adpcproj (P)
Prostate	adpcproj (NB)†	s.o.
Estomac	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Testicule	hybdproj(ComT)	s.o.
Thyroïde	hybdproj(ComT)	hybdproj(ComT)
Utérus	s.o.	adpcproj (P)

**Abréviations :**

- acproj(P) désigne le modèle âge-cohorte avec distribution de Poisson
- acproj(NB) désigne le modèle âge-cohorte avec distribution binomiale négative
- adpcproj (NB) désigne le modèle Norpred avec distribution binomiale négative
- adpcproj (P) désigne le modèle Norpred avec distribution de Poisson

- hybdproj(NBags) désigne le modèle hybride avec distribution binomiale négative selon l'âge
- hybdproj(Ags) désigne le modèle hybride avec distribution de Poisson selon l'âge
- hybdproj(ComT) désigne le modèle hybride commun à tous les âges
- hybdproj(Avg) désigne le modèle hybride utilisant la méthode des moyennes
- s/o signifie « sans objet »

**Symbole :**

† Six périodes ont été prises en compte pour estimer les projections d'incidence. Les estimations prévues ont été calculées selon des données débutant à partir du groupe d'âge de 45 à 49 ans.

**Survie**

Les rapports de survie relative (RSR) sont estimés en comparant la durée de survie des personnes atteintes de cancer à la durée de survie prévue de la population générale d'Ontariens de même âge et de même sexe durant la même période. La survie relative indique la mesure dans laquelle un diagnostic de cancer raccourcit la durée de vie. Le RSR est généralement exprimé sous forme de pourcentage. Plus la valeur est proche de 100 %, plus le profil de survie est similaire à celui de la population générale.

Les analyses de survie portaient sur les premiers cancers primitifs. Les RSR sont calculés pour les cas diagnostiqués chez les personnes âgées de 15 à 99 ans. Les cas correspondant aux conditions suivantes ont été exclus des analyses de survie :

- L'âge de la personne était inconnu.
- Ils ont été uniquement diagnostiqués à l'aide d'une autopsie.
- La date de diagnostic et la date de décès sont identiques (p. ex., les cas « Certificat de décès seulement » pour lesquels les diagnostics ont lieu au moment du décès ou à la suite du décès).

Consultez le tableau A.1 pour obtenir des détails sur les cas « Certificat de décès seulement ».

Les analyses de survie conditionnelle et relative ont été effectuées à l'aide du logiciel *Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER)\*Stat* (version 8.3.5).<sup>[2]</sup> Les proportions de survie prévue ont été calculées à partir de la méthode d'Ederer II <sup>[8]</sup> employée dans les tables de mortalité provinciales produites par Statistique Canada. Il se peut que les tables de mortalité actuellement disponibles pour calculer la survie prévue ne reflètent pas complètement tous les facteurs contribuant à la variation de la mortalité toutes causes confondues, tels que le tabagisme. Il faut tenir compte de cet élément lorsque vous interprétez les estimations.

Les RSR ont été estimés à partir de la méthode de la cohorte lorsque des données de suivi complètes après le diagnostic (p. ex., au moins 5 ans de suivi pour estimer un rapport à 5 ans) étaient disponibles. Pour les cas diagnostiqués récemment qui ne disposaient pas de données de suivi complètes, les

estimations ont été calculées à partir de la méthode de la période. L'analyse par période est fondée sur l'expérience de survie des personnes dans un intervalle récent pour estimer la survie.<sup>[9]</sup> La méthode de la période, à l'image des tables du moment, permettent de calculer des estimations à jour puisque cela signifie qu'il n'est pas nécessaire d'attendre de recueillir les données de la période de suivi complète pour mener l'analyse (p. ex., 5 ans pour un rapport à 5 ans). Interprétez les comparaisons entre les RSR par période et cohorte avec prudence en raison des deux différentes méthodes employées pour calculer les apports respectifs.

Les RSR sont normalisés selon l'âge en les pondérant selon les poids types internationaux de la survie à un cancer.<sup>[10]</sup> (consultez le tableau A.8 pour obtenir des détails sur la pondération.)

**Tableau A.8** Poids types internationaux de la survie à un cancer employés pour normaliser les rapports de survie relative, par type de cancer et groupe d'âge

Groupes d'âge (années)	Pondérations	Types de cancer
15 – 44, 45 – 54, 55– 64, 65 – 74, 75 – 100	60, 10, 10, 10, 10	Testicule, lymphome hodgkinien, leucémie aiguë lymphoïde
15 – 44, 45 – 54, 55 – 64, 65 – 74, 75 – 100	28, 17, 21, 20,14	Nasopharynx, tissus mous, mélanome, col utérin, cerveau, glande thyroïde, os
15 – 44, 45 – 54, 55 – 64, 65 – 74, 75 – 100	7, 12, 23, 29, 29	Tous les autres types de cancer à l'exception de la prostate
15 – 54, 55 – 64, 65 – 74, 75 – 84, 85 – 100	19, 23, 29, 23, 6	Prostate

Pour les enfants âgés de 0 à 14 ans, les proportions de survie à 5 ans ont été estimées en fonctions des premiers cancers primaires diagnostiqués entre 1987 et 2016. La survie globale est une estimation de la probabilité de survie à toutes les causes de décès sur un intervalle précis après un diagnostic de cancer. Contrairement aux rapports de survie relative, les proportions de survie globale ne tiennent pas compte de la survie prévue de la population générale d'Ontariens de même âge et de même sexe durant la même période. Les proportions de survie globale ont été calculées à partir de la méthode de la cohorte lorsque des données de suivi complètes étaient disponibles (pour les cas diagnostiqués historiquement, entre 1987 et 2011) et à partir de la méthode de la période lorsque des données de suivi complètes n'étaient pas disponibles (pour les cas diagnostiqués récemment, entre 2012 et 2016). Les patients ont été suivis jusqu'à leur date de décès ou jusqu'au 31 décembre 2018 (selon la première des éventualités).

## Prévalence

Les analyses de prévalence ont été effectuées à partir du logiciel *SEER\*\*Stat* (version 8.3.5).<sup>[2]</sup> Le présent rapport établit une prévalence de durée limitée fondée sur le nombre de personnes; à savoir le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer malin sur une période précise (p. ex., 2 ans, 5 ans ou 10 ans) qui étaient encore vivantes à la date de référence. La date de référence retenue était le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Seul le premier cancer primitif a été pris en compte dans le calcul de prévalence pour tous les cancers confondus, mais pour les types de cancer individuels, tous les cas d'un type de cancer donné par individu ont été pris en compte. Par exemple, une personne atteinte d'un premier cancer de la prostate primitif et d'un second cancer colorectal primitif serait prise en compte une seule fois dans le calcul de prévalence pour tous les cancers mais deux fois dans les calculs de prévalence par type de cancer individuel (c.-à-d., une fois pour le calcul de prévalence du cancer de la prostate et une fois pour le calcul de prévalence du cancer colorectal).

## Références

1. DevCan - Probability of Developing or Dying of Cancer Software. Version 6.7.7 [logiciel]. Bethesda (MD): National Cancer Institute, Statistical Research and Applications Branch; 2019. Source : <https://surveillance.cancer.gov/devcan/download>
2. Action Cancer Ontario [Internet]. Toronto : Action Cancer Ontario; [consulté le 18 août 2019]. Ensemble SEER\*Stat de CCO; [consulté le 18 août 2019]. Source : <https://www.cancercareontario.ca/fr/data-research/accessing-data/seer-stat>
3. Joinpoint Regression Program. Version 4.2.0.2 [logiciel]. National Cancer Institute, Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications Branch; 2015.
4. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med.* 15 février 2000;19(3):335-51.
5. Qiu Z, Hatcher J; C-Proj Working Team. Canproj — The R package of cancer projection methods based on generalized linear models for age, period, and/or cohort. Edmonton: Alberta Health Services; 2011.
6. Fakyaer H, Moller B. Nordpred software package [Internet]. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2015 [cited 2015 Oct]. Source : <http://www.kreftregisteret.no/en/Research/Projects/Nordpred/Nordpred-software/>
7. Ministère des Finances de l'Ontario [Internet]. [Toronto] : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; c2012-2018. Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017–2041. Tableau 7 : Population totale de l'Ontario par groupe d'âge de cinq ans, 2017–2041 – Scénario de référence; [consulté le 26 juin 2018]. Source : <https://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/demographics/projections/table7.html>

8. Ederer F, Heise H. The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates. Methodological note 11. In: Ederer F, Heise H. Instructions to IBM 650 programmers in processing survival computations. Bethesda (MD): National Cancer Institute, End Results Evaluation Section; 1959.
9. 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. Février 2004;40(3):326-35.
10. Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. Eur J Cancer. Octobre 2004;40(15):2307-16.

# Textes descriptifs des équations

## Modèle Norpred Power 5

Le nombre de cas de cancer pour le groupe d'âge « a » dans la période de calendrier « p » suit une distribution de Poisson avec une moyenne égale au nombre de cas moyen par âge pour la période « p ». Le taux d'incidence dans le groupe d'âge « a » pour la période de calendrier « p » est égal au nombre de cas moyen dans ce groupe d'âge et cette période de calendrier divisée par la taille de la population correspondante. Ce taux d'incidence peut également être décrit comme la somme de la composante âge désigne la composante âge pour le groupe d'âge « a », la composante non linéaire de la période « p », la composante non linéaire de la cohorte « c » et du produit du paramètre de dérive linéaire commune et de la période du calendrier, la somme de ces composants étant ensuite élevée à la puissance 5.

[Retourner à l'équation du modèle Norpred Power 5](#)

## Modèle âge-cohorte (modèle acproj)

Le nombre de cas de cancer pour le groupe d'âge « a » dans la période de calendrier « p » suit une distribution de Poisson avec une moyenne égale au nombre de cas moyen par âge pour la période « p ». Le taux d'incidence dans le groupe d'âge « a » pour la période de calendrier « p » est égal au nombre de cas moyen dans ce groupe d'âge et cette période de calendrier divisé par la taille de la population correspondante. Ce taux d'incidence peut également être décrit comme la somme de la composante âge pour le groupe d'âge « a » et la composante non linéaire de la cohorte « c », la somme de ces composants étant ensuite élevée à la puissance 5. La cohorte « c » est égale au nombre total de groupes d'âge « A » auquel est additionnée la période de calendrier « p » et est soustrait le groupe d'âge « a ». La période « p » peut être égale à 1, 2, et ce, jusqu'à la valeur de « P » et la cohorte « c » peut être égale à 1, 2, et ce, jusqu'à la valeur de « C ». La composante « C » est égale au nombre total de groupes d'âge, auquel est additionné « P » et est soustrait 1.

[Retourner à l'équation du modèle âge-cohorte](#)



# Annexe 3

## Glossaire

**Âge médian (au moment du diagnostic) :** Âge auquel la moitié des cas de cancer déclarés sont plus âgés et l'autre moitié plus jeunes.

**Biais lié au temps de devancement :** Délai entre la détection précoce d'un cancer et le moment de sa présentation clinique et de son diagnostic habituel.

**Cancer rare :** Cancer dont le taux d'incidence est inférieur à 6 nouveaux cas pour 100 000 personnes par an.

**Cancers les plus courants :** Pour les besoins de ce rapport, cette notion fait référence aux quatre cancers les plus couramment diagnostiqués en Ontario, à savoir les cancers du sein, de la prostate, du poumon et le cancer colorectal.

**Canproj :** Méthode de prévision statistique du cancer basée sur la modélisation statistique par âge, période et cohorte.

**Certificat de décès seulement :** Cas pour lesquels la seule source de données est un certificat de décès. Ces cas sont exclus des analyses de survie.

**Changement relatif (dans les taux prévisionnels) :** Différence entre les taux prévisionnels de deux périodes par rapport au taux de la période précédente, exprimée en pourcentage (c'est-à-dire [taux de la période 2 moins taux de la période 1] divisé par le taux de la période 1)

**Classification internationale des cancers chez les enfants:** Système de classification diagnostique des cancers chez les enfants basé sur la morphologie et le siège primitif de la tumeur, en mettant davantage l'accent sur la classification des cancers de l'adulte.

**Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O) :** Norme internationale pour la classification d'un cancer à l'aide d'un code topographique, qui décrit le siège anatomique d'origine (ou système d'organes) de la tumeur et d'un code morphologique, qui décrit le type de cellule (ou histologie de la tumeur, ainsi que le comportement (malin ou bénin).

**Classification TNM des tumeurs malignes :** Norme reconnue pour la classification de l'étendue de la propagation du cancer.

**Confirmé au microscope :** Pourcentage de cas qui ont été diagnostiqués sur la base d'une vérification microscopique d'un échantillon de tissu, y compris les cas confirmés histologiquement, les cas

diagnostiqués sur la base d'échantillons cytologiques et les cas de leucémie diagnostiqués sur la base d'un examen hématologique.

**Incidence du cancer** : Nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une période donnée dans une population.

**Mortalité par cancer** : Nombre de décès lié à un cancer au cours d'une période donnée dans une population.

**Normes internationales de survie au cancer** : Méthode de pondération de la population acceptée au niveau international pour normaliser les taux de survie par âge.

**Probabilité à vie d'être atteint du cancer ou d'en mourir** : Probabilité qu'une personne reçoive, au cours de sa vie, (de sa naissance à sa mort), un diagnostic de cancer ou d'en mourir.

**Population-type** : Souvent appelée million type de population, c'est la répartition par âge utilisée comme poids pour créer des statistiques normalisées par âge (c'est-à-dire ajustées en fonction de l'âge).

**Prévalence** : Nombre de personnes encore en vie chez qui un cancer a été diagnostiqué dans une population donnée et à un moment précis ou à un moment donné.

**Prévision** : Estimation ou prévision de l'incidence ou de la mortalité future d'un cancer, basée sur des données actuelles et historiques.

**Pronostic** : Issue ou évolution probable du cancer.

**Proportion de survie globale** : Estimation de la probabilité de survivre à toutes les causes de décès pendant un intervalle de temps déterminé (par exemple, 5 ans) après le diagnostic d'un cancer dans une cohorte de cas de cancer. Peut également être appelée « survie observée ».

**Rapport de survie relative (RSR)** : Proportion de personnes qui survivent pendant un certain temps (par exemple, 5 ans) par rapport à la survie attendue de personnes similaires (en fonction de l'âge, du sexe et du temps) dans la population générale.

**Récurrence** : Apparition d'un cancer au même siège ou à un autre siège après une rémission.

**Règle de codage des cancers primitifs multiples et des types histologiques** : Les tumeurs sont considérées comme des malignités primaires multiples si elles apparaissent à des sièges différents et si elles appartiennent à un groupe histologique ou morphologique différent chez un individu.

**Rémission** : Réduction ou disparition des signes et symptômes du cancer.

**Stade au moment du diagnostic** : Se réfère à l'étendue de la propagation du cancer au moment où le diagnostic de cancer est établi.

**Survie conditionnelle** : Probabilité de survivre un certain nombre d'années étant donné qu'un patient a déjà survécu « x » années après son diagnostic. Dans ce rapport, la survie conditionnelle sur 5 ans étudie la probabilité de survivre au moins 5 ans, étant donné qu'une personne a déjà survécu 1, 2, 3, 4 ans depuis son diagnostic initial.

**Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)** : Moyenne pondérée (basée sur une population type du nombre de décès par cancer pour 100 000 personnes par groupe d'âge de 5 ans (0 à 4, 5 à 9, ..., 85 ans et plus) survenus au cours d'une année, divisée par le nombre de personnes dans ce groupe d'âge cette année-là. Les taux normalisés selon l'âge donnent le taux qui serait obtenu si la population concernée avait la même répartition par âge qu'une population-type donnée. Dans ce rapport, la population-type est la population canadienne de 2011.

**Taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA)** : Moyenne pondérée (basée sur une population type) du nombre de nouveaux cas de cancer pour 100 000 personnes par groupe d'âge de 5 ans (0 à 4, 5 à 9, ..., 85 et plus) diagnostiqués au cours d'une année, divisée par le nombre total de personnes dans ce groupe d'âge cette année-là. Les taux normalisés selon l'âge donnent le taux qui serait obtenu si la population concernée avait la même répartition par âge qu'une population-type donnée. Dans ce rapport, la population-type est la population canadienne de 2011.

**Variation annuelle en pourcentage (VAP)** : Mesure permettant d'évaluer le taux de variation dans le temps d'un taux d'incidence ou de mortalité. Elle est calculée en ajustant un modèle linéaire aux taux annuels après application d'une transformation logarithmique. La courbe estimée est ensuite retransformée pour représenter un pourcentage d'augmentation ou de diminution par an. La méthode permet d'ajuster une série de segments linéaires avec différentes courbes aux données de tendance à long terme.

**Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)** : Représente la moyenne pondérée des variations annuelles en pourcentage du modèle Joinpoint, où le poids est la longueur (c'est-à-dire le nombre d'années) de l'intervalle <ABBR tooltip>VAP<<< variation annuelle en pourcentage>>

**Vieillesse de la population** : Désigne une proportion croissante de personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population.

# Ressources connexes

(en anglais seulement)

L'outil **Ontario Cancer Profiles** est un outil de cartographie libre-service et interactif. Il donne à l'utilisateur la possibilité de créer des graphiques, des cartes et des tableaux personnalisés qui présentent des statistiques provinciales et régionales récentes sur le fardeau de cancers particuliers, les facteurs de risque et les indicateurs de dépistage. Cela permet à l'utilisateur de créer des profils qui soutiennent les efforts ciblés de lutte et de prévention contre le cancer.

[cancercareontario.ca/ontariocancerprofiles](http://cancercareontario.ca/ontariocancerprofiles)

**CCO SEER\*Stat** est un progiciel statistique qui contient les fichiers de données sur le cancer en Ontario du Registre ontarien du cancer. Il aide les analystes à produire des statistiques d'incidence, de mortalité, survie et de prévalence aux fins d'étude de l'impact du cancer sur la population ontarienne.

[cancercareontario.ca/seerstat](http://cancercareontario.ca/seerstat)

L'indice **Cancer System Quality Index** met en évidence les domaines dans lesquels les fournisseurs de services de cancérologie peuvent améliorer la qualité et la prestation des soins. Le rapport comprend 31 indicateurs couvrant l'ensemble du continuum de soins de cancérologie, ainsi que plusieurs mesures relatives à la prévention du cancer.

[csqi.on.ca](http://csqi.on.ca)

Les fiches **Ontario Cancer Facts** sont de brèves fiches d'information mensuelles visant à étendre les connaissances sur le cancer et ses facteurs modificateurs de risque Ontario. Les données sont généralement tirées de sources telles que le Registre des cas de cancer de l'Ontario, les publications d'Action Cancer Ontario, et des études de santé fédérales, provinciales ou régionales. Les lecteurs peuvent s'inscrire pour recevoir les fiches Ontario Cancer Facts par courriel.

[cancercareontario.ca/cancerfacts](http://cancercareontario.ca/cancerfacts)

L'indice **Prevention System Quality Index** décrit la distribution des facteurs de risque du cancer dans la population ontarienne, et recommande des politiques et des programmes à mettre en œuvre à l'échelle du système pour réduire les facteurs de risque du cancer.

[cancercareontario.ca/psqi](http://cancercareontario.ca/psqi)

Les rapports **Cancer Risk Factors in Ontario** est une série de rapports étudiant les preuves épidémiologiques liant un vaste éventail de facteurs de risque à divers types de cancer en Ontario. Ces

rapports servent de référence et de fondement pour les efforts de prévention, en particulier la planification et la production de rapports sur les mesures de prévention du cancer.

[cancercareontario.ca/riskfactor](http://cancercareontario.ca/riskfactor)

L'organisme **Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)** soutient la prise en charge du cancer infantile. En tant qu'organisme de collaboration entre les fournisseurs de services et d'autres intervenants, POGO veille à offrir des soins de cancérologie de haute qualité, et à améliorer les circonstances de tous les enfants atteints d'un cancer, ainsi que celles de leur famille et aidants. Leurs travaux comprennent :

- la planification des besoins provinciaux et leur coordination,
- l'offre de conseils au ministère de la Santé de l'Ontario sur la lutte contre le cancer infantile et son traitement,
- la production de statistiques visant à éclairer les politiques de lutte contre le cancer infantile et permettant de fournir des soins de haute qualité aux patients.

L'organisme **Canadian Organization for Rare Disorders (CORD)** est le réseau canadien des organismes représentant les personnes atteintes de troubles rares. Cet organisme milite pour les personnes atteintes de maladies rares en vue de promouvoir une politique en matière de santé et un système de soins de santé qui répondent à leurs besoins. CORD collabore avec les gouvernements, les chercheurs, les cliniciens et l'industrie pour promouvoir la recherche, le diagnostic, le traitement et les services relatifs à toutes les maladies rares au Canada.

[raredisorders.ca](http://raredisorders.ca)