

Statistiques sur le cancer en Ontario 2024

SANTÉ ONTARIO | FÉVRIER 2025



Santé Ontario
Action Cancer Ontario

Comment citer ce rapport

Le matériel figurant dans ce rapport peut être reproduit ou copié sans autorisation; toutefois, la citation suivante pour indiquer la source doit être utilisée :

Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Statistiques sur le cancer en Ontario 2024. Toronto : Santé Ontario; 2025.

ISSN 2563-3317

ISBN 978-1-4868-7351-7

Table des matières

Figures et tableaux	6
Avant-propos	10
Introduction	11
Également dans cette série	12
Ressources connexes :.....	12
À propos de ce rapport	14
Sources de données et méthodes	14
Statistiques par sexe.....	14
Remarques sur les données.....	15
Inclusions et exclusions.....	17
Auteurs et collaborateurs.....	18
Auteurs.....	18
Collaborateurs.....	18
Communiquer avec nous.....	20
Registre des cas de cancer de l'Ontario	20
Programme de surveillance du cancer	20
Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) et POGO Networked Information System (POGONIS).....	20
Chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario	21
Aperçu	21
Incidence	23
Variation géographique.....	23
Tendances de l'incidence du cancer	24
Changements au niveau de la gravité des cas de cancer	34
Mortalité.....	40
Tendances de mortalité chez les personnes atteintes de cancer	41
Surmortalité	44
Mortalité prématurée	45
Survie	47
Conclusion	50
Chapitre 2 : Incidence du cancer	53
Aperçu de l'incidence	53
Incidences estimées de cancer en 2024.....	54
Taux d'incidence projeté par sexe	55
Incidence projetée par sexe et type de cancer	58
Incidence projetée par âge et type de cancer.....	60
Incidence du cancer de 1986 à 2020	63
Probabilité de développer un cancer	65

Incidence par sexe et type de cancer	67
Incidence par âge et type de cancer	74
Faits saillants : Incidence du cancer chez les enfants.....	77
Tendances de l'incidence par sexe et type de cancer	84
Tendances d'incidence par âge	102
Faits saillants : Tendances de l'incidence du cancer chez les enfants	103
Incidence par stade du cancer	109
Chapitre 3 : Mortalité du cancer	110
Aperçu de la mortalité	110
Mortalité estimée par cancer en 2024	111
Mortalité projetée par sexe	112
Mortalité projetée par sexe et type de cancer	113
Mortalité projetée par sexe et âge	116
Mortalité liée au cancer de 1986 à 2020.....	119
Le cancer comme principale cause de décès	119
Probabilité de mourir d'un cancer	120
Mortalité par sexe et type de cancer	122
Mortalité par âge et type de cancer.....	125
Tendances de la mortalité par sexe et type de cancer	131
Tendances de la mortalité par âge.....	140
Faits saillants : Tendances de la mortalité du cancer chez les enfants.....	141
Chapitre 4 : Survie du cancer	147
Aperçu de la survie	147
Survie par sexe et type de cancer.....	148
Survie par âge	154
Faits saillants : Tendances de la survie au cancer chez les enfants.....	156
Tendances de la survie par type de cancer	157
Survie par durée et type de cancer	166
Survie par stade du cancer	168
Survie conditionnelle par type de cancer	170
Chapitre 5 : Prévalence du cancer	174
Aperçu de la prévalence	174
Prévalence par sexe et type de cancer.....	175
Prévalence par âge et type de cancer	181
Tendances de la prévalence par sexe et type de cancer	185
Annexe 1 : Sources de données	191
Qualité des données.....	192
Certificats de décès uniquement et cas confirmés au microscope.....	192
Rapport d'incidence et de mortalité	194
Complétude des éléments de données.....	195
Données démographiques	197
Données démographiques utilisées pour les analyses.....	197
Données de population utilisées pour la normalisation selon l'âge.	197

Groupe de sites de cancer	199
Stade du cancer au moment du diagnostic.....	204
Changements récents dans les normes de stadification du cancer, de codage et de création de cas	206
Établissements contribuant aux données de déclaration des activités utilisées pour la stadification de la population, Ontario	207
Établissements contribuant à la stadification à l'échelle de la population du Registre des cas de cancer de l'Ontario, Ontario	207
Règles de codage pour les cancers primaires multiples.....	209
Données sur le cancer infantile	210
Classification	211
Données sur la population	211
Règles de codage pour les cancers primaires multiples.....	211
Données sur la COVID-19	212
Annexe 2 : Analyse	213
Test de signification.....	213
La COVID-19 et le cancer	213
Tendances d'incidence et stade du cancer	213
Hospitalisation pour la COVID-19.....	214
Tendances de la mortalité et surmortalités	215
Mortalité prématurée	216
Survie.....	217
Probabilité de développer ou de mourir d'un cancer	217
Projections.....	218
Modèle de dérive d'âge-période-cohorte (Nordpred).....	218
Modèle âge-cohorte (modèle AC).....	219
Méthode hybride : modèles d'âge seulement, de tendance commune et de tendance spécifique à l'âge	219
Données historiques pour les projections.....	220
Incidence et mortalité	223
Valeurs	223
Taux.....	223
Contribution relative des facteurs à la tendance d'incidence.....	224
Taux normalisés selon l'âge	224
Tendances des taux normalisés selon l'âge	225
Le modèle Jump pour l'analyse de tendance de l'incidence.....	225
Cancers comportant des tendances notables.....	226
Survie	226
Définition.....	226
Analyses	227
Prévalence	229
Annexe 3 : Glossaire.....	230
Références	235

Figures et tableaux

Chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario	21
Figure 1.1 Taux d'incidence normalisé selon l'âge des ratios de COVID-19 comparant les taux des bureaux de santé publique au taux de l'Ontario, pour les nouveaux cas de cancer diagnostiqués, de 2020 à 2021	23
Figure 1.2 Valeurs d'incidence par mois, Ontario, 2019 à 2022	25
Figure 1.3 Différence en pourcentage des valeurs d'incidence par mois, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019	26
Figure 1.4 Différence dans les valeurs d'incidence annuelles, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019	27
Tableau 1.1 Valeurs d'incidence, taux normalisés selon l'âge et différence en pourcentage des valeurs d'incidence par mois, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019	30
Tableau 1.2 Valeurs d'incidences et différence en pourcentage par sexe binaire et groupe d'âge, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019	33
Tableau 1.3 Pourcentage de cas d'incidents à un stade précoce par rapport à un stade avancé selon les types de cancer sélectionnés, Ontario, 2018 à 2020	36
Figure 1.5 Pourcentage de nouveaux cas par stade au moment du diagnostic et par type de cancer pour certains cancers sélectionnés, Ontario, 2018 à 2020	37
Figure 1.6 Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour toutes les causes chez les personnes atteintes de la COVID-19 confirmée chez la population générale et celle atteinte de cancer, Ontario, 2020 à 2021	39
Figure 1.7 Nombre de décès toutes causes confondues chez les personnes atteintes de cancer par mois, Ontario, 2019 à 2022	41
Figure 1.8 Différence en pourcentage de la mortalité attribuable à toutes les causes chez les personnes atteintes de cancer par mois, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019	43
Figure 1.9 Surmortalité (attribuable à toutes les causes) chez les personnes atteintes de cancer, Ontario, 2020-2021	44
Figure 1.10 Taux de mortalité prématurée chez les personnes atteintes de cancer, Ontario, avant la pandémie de COVID-19 (2017) et première année de la pandémie (2020)	45
Figure 1.11 Taux de mortalité prématurée chez les personnes atteintes de cancer selon le statut de COVID-19, Ontario, 2020	46
Figure 1.12 Taux de survie relative à un an normalisés pour certains types de cancer, Ontario, 2018 à 2021	48
Figure 1.13 Taux de survie relative normalisés selon l'âge à deux ans par types de cancer sélectionnés, Ontario, 2018 à 2020	49
Chapitre 2 : Incidence du cancer	53
Figure 2.1 Valeurs d'incidences et taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, de 1986 à 2024	55
Figure 2.2 Valeurs d'incidences et taux normalisés selon l'âge, par sexe binaire, pour tous les cancers combinés, Ontario, 1986 à 2024	57
Tableau 2.1 Nombre prévu d'incidences et taux normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2024	59

Tableau 2.2 Nombre prévu d'incidences et taux par âge par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2024	61
Figure 2.3 Incidence liée aux changements du risque de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement, Ontario 1986 à 2019	64
Tableau 2.3 Probabilité à vie de développer un cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2016 à 2019	66
Tableau 2.4 Taux d'incidence normalisés selon l'âge et nombres par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020	69
Figure 2.4 Pourcentage de nouveaux cas par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020	73
Tableau 2.5 Âge médian au moment du diagnostic par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2018 à 2020 ..	75
Tableau 2.S1 Nombre et taux d'incidence du cancer chez les enfants, par type de cancer, de zéro à 14 ans, Ontario, 2018 à 2022	77
Tableau 2.6 Nombre d'incidences et taux par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2020	79
Figure 2.5A Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer, pour les quatre cancers les plus courants, Ontario, de 1986 à 2020	88
Figure 2.5B Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer, pour les cancers dont les tendances récentes sont en forte augmentation ou diminution, Ontario, 1986 à 2020.....	89
Tableau 2.7 Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisé selon l'âge selon le type de cancer et le sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2019	90
Figure 2.6 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer et sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2019.....	101
Figure 2.S1 Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer chez les enfants, tous cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, de 1988 à 2022	103
Figure 2.7 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (1986 à 2020) et variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge (1986 à 2019) par sexe binaire et groupe d'âge, Ontario	106
Chapitre 3 : Mortalité du cancer	110
Figure 3.1 Valeurs de mortalité et taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, 1986 à 2024	111
Figure 3.2 Valeurs de mortalité et taux normalisés selon l'âge, par sexe binaire, pour tous les cancers combinés, Ontario, 1986 à 2024	113
Tableau 3.1 Nombre prévu de cas de mortalité et taux normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2024	115
Tableau 3.2 Nombre prévu de cas de mortalité et taux par âge par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2024	117
Figure 3.3 Principales causes de décès, Ontario, 2020	119
Tableau 3.3 Probabilité à vie de décéder d'un cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2016 à 2020	121
Tableau 3.4 Nombre de décès et taux de mortalité par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020.....	123
Figure 3.4 Pourcentage de décès du cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020.....	125
Tableau 3.5 Âge médian au moment du décès par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2018 à 2020	126

Tableau 3.6 Nombre de cas de décès et taux par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2020	129
Figure 3.5A Taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer pour les quatre cancers les plus courants, Ontario, de 1986 à 2020	135
Figure 3.5B Taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer pour les cancers présentant des tendances récentes notablement croissantes ou décroissantes, Ontario, de 1986 à 2020.	135
Tableau 3.7 Variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge, selon le type de cancer et le sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2020	136
Figure 3.6 Taux de variation annuel moyen en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2020.....	139
Figure 3.S1 Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer chez les enfants, tous les cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, de 1991 à 2021.....	141
Figure 3.7 Taux de mortalité normalisés selon l'âge et variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge par sexe binaire et groupe d'âge, Ontario, de 1986 à 2020	144
Chapitre 4 : Survie du cancer	147
Tableau 4.1 Taux de survie relative (TSR) sur cinq ans par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2016 à 2020	151
Figure 4.1 Taux de survie relative à cinq ans par tranche d'âge et période de temps, Ontario, de la période 1986-1990 à la période 2016-2020.....	155
Figure 4.S1 Proportions de survie globale à cinq ans des enfants atteints de cancer, tous cancers confondus, âgés de 0 à 14 ans, Ontario, de la période 1987-1991 à la période 2017-2021.....	156
Tableau 4.2 Taux de survie relative sur cinq ans normalisés selon l'âge selon le type de cancer et la période, Ontario, de la période 1986-1990 à la période 2016-2020	158
Figure 4.2 Taux de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge pour certains cancers, Ontario, 1986 à 2020	162
Figure 4.3 Taux de survie relative par type de cancer et durée de survie, Ontario, 2020	167
Figure 4.4 Taux de survie relative à cinq ans, selon le type de cancer et le stade au moment du diagnostic, Ontario, 2013 à 2017	169
Tableau 4.3 Taux de survie relative conditionnelle sur cinq ans selon le type de cancer et les années de survie, Ontario, 2016 à 2020	171
Chapitre 5 : Prévalence du cancer	174
Tableau 5.1 Prévalence sur dix ans et trente ans par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020	176
Figure 5.1 Prévalence sur 30 ans par type de cancer, Ontario, 2020.....	180
Tableau 5.2 Prévalence sur trente ans par type de cancer, sexe binaire et groupe d'âge, Ontario, 2020	182
Figure 5.2 Dénombrement de la prévalence sur 10 ans par type de cancer, Ontario, de 2000 à 2020	185
Tableau 5.3 Prévalence sur dix ans par type de cancer, sexe binaire et période de temps, Ontario, 2000, 2010, 2020	187
Annexe 1 : Sources de données	191
Tableau A.1 Cas confirmés par certificat de décès uniquement et cas confirmés par microscopie par type de cancer, Registre des cas de cancer de l'Ontario, 2020.....	193

Tableau A.2 Rapport incidence/mortalité normalisé selon l'âge par type de cancer, Ontario, 2020.....	194
Tableau A.3 Estimations de l'exhaustivité des éléments de données, Registre des cas de cancer de l'Ontario, 2020	196
Tableau A.4 Chiffres de population de la population canadienne en 2011 utilisés pour les taux normalisés selon l'âge par groupe d'âge, Canada, 2011	198
Tableau A.5A Définitions pour l'incidence du cancer.....	199
Tableau A.5B Définitions de la mortalité du cancer	203
Cancer de la peau autre que le mélanome	203
Annexe 2 : Analyse	213
Tableau A.6 Modèles de Canproj pour les projections de l'incidence du cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario	221
Tableau A.7 Modèles Canproj pour les projections de mortalité du cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario.....	222
Tableau A.8 Normes internationales de survie au cancer utilisées pour la standardisation des taux de survie relative par type de cancer et groupe d'âge	228

Avant-propos

Nous sommes heureux de vous présenter les Statistiques 2024 sur le cancer en Ontario, le cinquième d'une [série de rapports](#) qui servent de source définitive d'information sur la surveillance du cancer en Ontario. La surveillance du cancer est la pierre angulaire pilier de l'amélioration de la performance du système de cancérologie et des résultats pour les personnes atteintes de cancer. Ces renseignements jouent un rôle crucial dans l'élaboration des plans de lutte contre le cancer en Ontario, y compris du [Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 6](#), qui est une feuille de route visant à garantir un système de lutte contre le cancer intégré qui fonctionne pour tous les habitants de la province.

La principale source de données pour les *Statistiques 2024 sur le cancer en Ontario* est le [Registre des cas de cancer de l'Ontario](#), l'un des registres des cas de cancer les plus grands et des plus fréquemment utilisés en Amérique du Nord. Les analyses et l'interprétation des données du Registre des cas du cancer de l'Ontario présentées dans ce rapport donnent un aperçu clair du cancer en Ontario : qui développe quel type de cancer et à quel moment, leur probabilité de survie ou de décès liés au cancer, et comment ces schémas et tendances ont évolué au fil du temps. Ces renseignements permettent de mieux comprendre l'état actuel et futur du cancer, déterminent les domaines prioritaires et aident à évaluer les efforts de lutte contre le cancer. Par conséquent, la collecte et la communication de ces données sont les premières étapes pour réduire le fardeau du cancer.

Cette année marque le 60e anniversaire du Registre des cas de cancer de l'Ontario. Elle marque également le quatrième anniversaire du début de la pandémie mondiale de COVID-19, dont les répercussions se font encore sentir aujourd'hui. Un chapitre spécial des *Statistiques 2024 sur le cancer en Ontario* explore comment les résultats sur le cancer à l'échelle de la population ont été touchés au cours des premières années de la pandémie de COVID-19.

Alors que Santé Ontario (Action Cancer Ontario) continue de travailler avec ses nombreux partenaires pour renforcer les efforts de lutte contre le cancer, il est important de se souvenir des vies humaines derrière les chiffres de ce rapport. Les personnes vivant avec un diagnostic de cancer, leurs partenaires de soins et leurs familles, ainsi que les personnes à risque de cancer, sont au cœur de toutes nos actions. Le document *Statistiques 2024 sur le cancer en Ontario* contribue à favoriser une collaboration continue afin d'assurer la qualité et la durabilité du réseau de cancérologie et de réduire le risque de cancer pour les personnes en Ontario.

Rebecca Truscott

Directrice principale
Lutte contre le cancer et intégration des données probantes
Soins aigus et hospitaliers
Santé Ontario

Elaine Meertens

Vice-président
Programmes de cancérologie, génétique
Soins aigus et hospitaliers
Santé Ontario

Jill Tinmouth, M.D., Ph. D.

Directrice provinciale des affaires médicales
Lutte contre le cancer et scientifique en chef, CCC
Soins primaires et communautaires
Santé Ontario

Dr Jonathan Irish, M.D.

Vice-président, Soins cliniques
Programme de cancérologie
Soins aigus et hospitaliers
Santé Ontario

Introduction

Le document *Statistiques 2024 sur le cancer en Ontario* est le cinquième d'une série de rapports qui fournit des renseignements exhaustifs sur le fardeau du cancer en Ontario. Produit par le [Programme de surveillance](#) 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, les chercheurs et d'autres personnes impliquées 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 du cancer. Le rapport peut également être utile pour au public qui souhaite se documenter sur le cancer.

Cette édition du rapport fournit les statistiques les plus récentes sur le fardeau du cancer en Ontario en utilisant les données les plus récentes disponibles au moment de l'analyse (c.-à-d. les données réelles de 1986 à 2020) et les projections (c.-à-d. les estimations) pour les années les plus récentes (2021 à 2024). Un chapitre spécial de cette édition ([chapitre 1](#)) met en lumière les schémas et les tendances du cancer pendant la pandémie de COVID-19 en utilisant des données réelles (2019 à 2020) et provisoires¹ (2021 à 2022).

Ce rapport comprend également des statistiques sur le cancer chez les enfants (de zéro à 14 ans) jusqu'à l'année 2022, qui ont été fournies par le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO). Le POGO est le conseiller officiel du ministère de la Santé de l'Ontario en matière de lutte et de traitement contre le cancer chez les enfants, et travaille à garantir que toutes les personnes touchées par le cancer infantile aient accès aux meilleurs soins et au meilleur soutien. Consultez les faits saillants sur le cancer infantile au [chapitre 2 \(Incidence\)](#), au [chapitre 3 \(Mortalité\)](#) et au [chapitre 4 \(Survie\)](#).

Il est possible de trouver des renseignements importants sur le rapport, y compris sur les notes de données, à la section [À propos de ce rapport](#). Les annexes contiennent des renseignements sur les sources de données ([annexe 1 : Sources de données](#)), la méthodologie ([annexe 2 : Analyse](#)) et les termes ([annexe 3 : Glossaire](#)) utilisés dans ce rapport.

Les données pour toutes les figures et tous les tableaux du rapport sont fournies dans des classeurs Excel téléchargeables, qui peuvent être trouvés sur la page web du rapport : cancercareontario.ca/ocsreport.

¹Dans le rapport, les statistiques utilisant des données provisoires doivent être interprétées avec prudence. Voir [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#) pour de plus amples renseignements.

Également dans cette série

[Statistiques 2022 sur le cancer en Ontario](#) met l'accent sur la prévalence future estimée du cancer en Ontario.

[Statistiques 2020 sur le cancer en Ontario](#) met l'accent sur les projections à long terme de l'incidence et de la mortalité liées au cancer, ainsi que sur le fardeau des cancers rares en Ontario.

[Statistiques 2018 sur le cancer en Ontario](#) met l'accent sur le fardeau de la comorbidité chez les personnes atteintes de cancer et l'incidence des délais d'attente pour le traitement chirurgical sur la survie pour certains cancers. Les statistiques sur le cancer sont également fournies par le bureau de santé publique.

[Statistiques 2016 sur le cancer en Ontario](#) (en anglais seulement) comprend des « points saillants » mettant en évidence des statistiques sur des indicateurs cliniquement pertinents pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal, le cancer de la tête et du cou, le cancer du poumon et le cancer de la prostate.

Ressources connexes :

Les rapports [Cancer Risk Factors in Ontario](#) (en anglais seulement) sont une série de rapports étudiant les preuves épidémiologiques liant un large éventail de facteurs de risque à différents 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 rapport sur les mesures de prévention du cancer.

[L'Indice de qualité du réseau de cancérologie](#) 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 des indicateurs couvrant l'ensemble du continuum de soins de cancérologie, ainsi que plusieurs mesures relatives à la prévention du cancer.

[Mon QICancer](#) est un site web qui aide les gens à comprendre leur risque de certains cancers, les facteurs qui contribuent à réduire leur risque de cancer, les facteurs qui augmentent leur risque de développer un cancer et les changements spécifiques qu'ils peuvent apporter pour réduire leur risque.

[Profils Cancer Ontario](#) est un outil de cartographie interactif en libre-service, qui permet aux utilisateurs de créer des graphiques, des cartes et des tableaux personnalisés pour présenter des statistiques provinciales et régionales récentes sur les indicateurs de la charge de morbidité du cancer, des facteurs de risque et du dépistage du cancer sélectionnés. Cette personnalisation permet aux utilisateurs de créer des profils qui soutiennent les efforts ciblés de contrôle et de prévention du cancer.

La [Trousse SEER*Stat du Registre des cas de cancer de l'Ontario](#) est un logiciel statistique qui contient des fichiers de données sur le cancer en Ontario extraits du Registre des cas de cancer de l'Ontario. Cette trousse permet aux analystes de produire des statistiques sur l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence pour étudier les répercussions du cancer sur la population de l'Ontario.

[Indice de qualité du système de prévention](#) est un rapport, qui repose sur une approche axée sur l'équité en santé, se concentre sur les indicateurs liés aux politiques et aux programmes visant à réduire les facteurs de risque des maladies chroniques et les expositions en Ontario.

La page Web sur les [recherches et données de POGO](#) (en anglais seulement) est une passerelle vers des renseignements, des ressources, des statistiques et des données spécifiques au cancer infantile en Ontario, y compris vers des outils pratiques et des perspectives pour les projets de recherche et la planification.

À propos de ce rapport

Le présent rapport fournit des renseignements exhaustifs sur l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence du cancer en Ontario. Un chapitre spécial met l'accent sur les schémas et les tendances des nouveaux cas de cancer, des décès et de la survie pendant la pandémie de COVID-19 (chapitre 1).

Sources de données et méthodes

Les données du rapport proviennent des sources suivantes :

- Santé Ontario (Registre des cas de cancer de l'Ontario)
- Ministère des Finances de l'Ontario (Projections démographiques)
- Ministère de la Santé de l'Ontario (Solution de gestion des cas et des contacts de santé publique)
- Pediatric Oncology Group of Ontario [Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS)]
- Statistique Canada (Estimations de la population; tables de mortalité)

D'autres renseignements détaillés sur les données utilisées dans ce rapport, y compris sur les mesures de qualité des données, se trouvent à [l'annexe 1 : Sources de données](#). Des renseignements sur la méthodologie utilisée dans ce rapport peuvent être trouvés à [l'annexe 2 : Analyse](#).

Statistiques par sexe

Les termes de sexe féminin et masculin font référence au sexe qui est enregistré par le Registre des cas de cancer de l'Ontario de l'Ontario. En raison des limitations des sources de données utilisées, les statistiques sur le sexe dans le présent rapport font référence au sexe assigné à la naissance, qui ne comprend que les catégories binaires « homme » et « femme ». Les statistiques sur le sexe ne sont pas rapportées pour les personnes intersexes ou les identités de genre telles que non-binaire, trans et deux esprits, car ces renseignements ne sont pas actuellement reçus par le Registre des cas de cancer de l'Ontario.

Remarques sur les données

- Ce rapport examine les statistiques par sexe, groupe d'âge et type de cancer pour les [cancers primaires](#) (y compris tous les cancers combinés) et au fil du temps.
- Le chapitre 1 (La COVID-19 et le cancer en Ontario) fournit des statistiques en utilisant des données réelles (c.-à-d. disponibles au moment de l'analyse) et des données provisoires ²(c.-à-d. des données incomplètes) et fait des distinctions entre elles s'il y a lieu.
- Les chapitres 2 à 5 (Incidence du cancer, Mortalité, Survie, Prévalence) fournissent des statistiques en utilisant des données réelles (c.-à-d. disponibles au moment de l'analyse) et des projections (c.-à-d. des estimations, uniquement aux chapitres 2 et 3) pour les années où les données ne sont pas encore disponibles, et font des distinctions entre celles-ci s'il y a lieu.
- Les données de ce rapport comprennent les premières années de la période de la pandémie de COVID-19. Une diminution des nouveaux cas de cancer a été observée en 2020 pour presque tous les sites de cancer par rapport aux années précédentes. Pour cette raison :
 - L'année 2020 a été exclue des analyses de la probabilité de développer un cancer au cours de sa vie, des tendances en matière d'incidence et des projections relatives à l'incidence. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les projections, consultez [l'annexe 2 : Analyse](#).
 - Le chapitre spécialisé (chapitre 1) donne un aperçu des schémas et des tendances des nouveaux cas de cancer, des décès et de la survie pendant la pandémie de COVID-19.
- Ce rapport se concentre principalement sur le cancer chez les adultes, mais il inclut également des statistiques relatives à l'incidence, à la mortalité et à la survie pour certains cancers infantiles sélectionnés (de zéro à 14 ans) fournies par notre partenaire, [Pediatric Oncology Group of Ontario \(POGO\)](#). Pour obtenir des statistiques plus approfondies sur les cancers infantiles en Ontario, consultez le [rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario \(en anglais seulement\)](#).
- Ce rapport utilise une forme abrégée du nom des types de cancer. Voir le **tableau A.5** à [l'annexe 1 : Sources de données](#) pour le nom complet et les définitions correspondantes.
- Le Registre des cas de cancer de l'Ontario et le Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS) sont un ensemble de bases de données dynamiques, qui reçoivent régulièrement de nouveaux renseignements sur les cas et des mises à jour des dossiers existants. Par conséquent, les statistiques contenues dans le présent rapport doivent être considérées exactes uniquement au moment de l'analyse. Pour obtenir de plus amples détails, consultez [l'annexe 1 : Sources de données](#).
- Le Registre des cas de cancer de l'Ontario a adopté de nouvelles règles de codage pour les cancers primaires multiples en 2010, ce qui a augmenté les statistiques d'incidence de certains cancers à partir de cette année-là. Pour obtenir de plus amples détails, consultez [l'annexe 1 : Sources de données](#).
- Des modifications ont été apportées aux normes de codage du cancer, de création de cas et de stadification pour les cas diagnostiqués à partir du 1er janvier 2018. Ce changement a affecté l'incidence de certains sous-types de cancer et a entraîné un changement dans la répartition des stades (notamment une augmentation des stades inconnus) pour certains types de cancer

²Dans le rapport, les statistiques utilisant des données provisoires doivent être interprétées avec prudence. Voir [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#) pour de plus amples renseignements.

par rapport aux années précédentes. Pour obtenir de plus amples détails, consultez [l'annexe 1 : Sources de données](#).

- Dans le présent rapport, le mot « significatif » fait référence à la signification statistique en utilisant le niveau de signification de 5 %. Pour obtenir de plus amples détails, consultez [l'annexe 2 : Analyse](#).

Inclusions et exclusions

Tumeurs malignes par rapport à tumeurs non malignes

Les statistiques mentionnées dans ce rapport font presque toujours référence aux tumeurs malignes (c.-à-d. cancéreuses). Les exceptions concernent les cancers de la vessie, du cerveau et d'autres cancers du système nerveux, ainsi que certains cancers infantiles.

- Comme d'autres provinces ou territoires, les Statistiques sur le cancer en Ontario regroupent les cas de carcinome *in situ* de la vessie avec les cas de cancer malin de la vessie afin de surveiller l'incidence en raison de la signification clinique des cas de cancer *in situ* de la vessie. Le Registre des cas de cancer de l'Ontario a commencé à enregistrer systématiquement les cas de carcinome *in situ* de la vessie à partir de 2010. Dans ce rapport, les cas de carcinome de la vessie *in situ* sont traités comme suit :
 - incidence : inclus dans toutes les analyses (voir « Tendances des taux uniformisés selon l'âge » à [l'annexe 2 : Analyse](#) pour obtenir des renseignements sur la façon dont ces cas sont traités dans les analyses des tendances en matière d'incidence).
 - mortalité : inclus dans toutes les analyses, bien que les décès liés au cancer de la vessie *in situ* soient relativement rares.
 - survie : inclus uniquement dans les analyses à partir de 2010, sauf indication contraire
 - prévalence : exclue de toutes les analyses
- Les statistiques sur l'incidence des tumeurs malignes et non malignes du cerveau et d'autres tumeurs du système nerveux sont incluses dans ce rapport, car leurs symptômes sont courants et leur traitement peut être similaire. Les cas non malins comprennent les tumeurs bénignes et les tumeurs limites. Comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario a commencé à enregistrer systématiquement les tumeurs cérébrales non malignes et d'autres systèmes nerveux à partir de 2010, les statistiques relatives à l'incidence, à la survie et à la prévalence de ces cas ne sont fournies que pour la période de 2010 à 2020. De plus, elles sont exclues de toutes les analyses de mortalité.
- Pour les cancers infantiles, les tumeurs bénignes sélectionnées et les tumeurs de comportement indéterminé (tumeurs du système nerveux central et des cellules germinales) sont incluses et classées selon la Classification internationale des cancers chez les enfants.

Sièges secondaires du cancer et sous-types

- Comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario n'enregistre pas certains types de cancers de la peau sans présence de mélanome (carcinome basocellulaire et squameux), ce rapport exclut les statistiques pour ces cas et ils sont exclus des statistiques sur l'ensemble des cancers. Les cancers de la peau autre que le mélanome représentent le type de cancer le plus courant dans la plupart des juridictions.
- Les statistiques sur l'incidence, la survie et la prévalence sont fournies pour tous les cancers combinés, 23 types de cancer majeurs et pour certains sous-sites anatomiques (topographiques) et sous-types (histologiques) de ces cancers, qui ont été sélectionnés en consultation avec des experts cliniques.
- En raison des limitations du logiciel utilisé pour générer des statistiques, il est difficile de produire des statistiques de mortalité pour une liste complète de sous-sites et de sous-types. Par conséquent, dans ce rapport, les statistiques sur la mortalité par cancer sont fournies pour

tous les cancers confondus et les 23 types de cancer principaux, mais pas par sièges secondaires (topographie) et sous-types (histologie).

- Les statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie du cancer infantile sont fournies pour tous les cancers confondus. L'incidence du cancer infantile est également déclarée par type de cancer. Pour obtenir des statistiques plus approfondies sur les cancers infantiles en Ontario, consultez le [rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (en anglais seulement).

Auteurs et collaborateurs

Auteurs

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Aniq Anam, Programme de surveillance
Prithwish De, Ph. D., Programme de surveillance
et Registre des cas de cancer de l'Ontario
Zeinab El-Masri, Programme de surveillance
Xinyi Ge, Ph. D., Programme de surveillance
Christine Neustaedter, Programme de
surveillance
Todd Norwood, Ph. D., Programme de
surveillance
Lindsay Obress, Programme de surveillance
Bogdan Pylypenko, Registre des cas de cancer
de l'Ontario (RCCO)
Himeshi Samarasinghe, Ph. D., Programme de
surveillance

Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)

Mohammad Agha, Ph. D., recherche et
analytique de la santé
Maria Chiu, Ph. D., scientifique principale,
recherche et analytique de la santé
Jacqui DeBique, communications
Bruna DiMonte, confidentialité et gestion des
données
Paul Gibson, M.D., directeur médical associé
David Hodgson, M.D., directeur médical et
titulaire de la chaire sur le cancer infantile du
POGO
Felicia Leung, Ph. D., analytique de la santé

Collaborateurs

Nous remercions les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de ce rapport :

Registre des cas de cancer de l'Ontario (Santé Ontario)

Phoebe Ah-Nim
Roberta Albuquerque
Hanan Atoufah
Raluca Bardi-Pal
Julie Bonthron
Ernest Jimenez
Mary Jane King
Katie Larson
Grace Liu
Liza Lovell
Marianne Luettschwager

Xiao Dong Ma
Joshua Mazuryk
Ekua Morgan
Gina Naraine
Amy Parks
Toral Patel
Katharine Pearson
Grace Pontanares
Myriel Quilacio
Veronica Rivera
Saima Yaqoob
Lishen Zhou
Jacqueline Zonni

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Shameeza Allard	Christian Finley, M.D.	Bronwen McCurdy
Michelle Archibald	Leta Forbes, M.D.	Cassandra McKay
Christopher Bredeson, M.D.	Julia Gao	Olivia Meggetto
Munaza Chaudhry, Ph. D.	Eric Gutierrez	Lisa Milgram
Anna Chiarelli, Ph. D.	Henry Hao	Emma Sabo
Natasha Collaton	Jonathan Isenberg, M.D.	Christine Stogios
Dustin Costescu, M.D.	Tom Kouroukis, M.D.	Martin Tammemagi, Ph. D.
Hanna Dias	Rachel Kupets, M.D.	Jill Tinmouth, M.D., Ph. D.
Catherine Dubé, M.D.	Jenny Lass	Meghan Walker, Ph. D.
Samantha Feinberg, M.D.	Sydney Liang	Frances Wright, M.D.
Sarah Ferguson, M.D.	Donna Maziak, M.D.	Alice Xu

Partenaires

Megan Brunner, région de Halton	Jin Niu, Partenariat canadien contre le cancer
Antoine Eskander, M.D., Université de Toronto	Jordan Robson, Agence de la santé publique du Canada
Lindsay Favotto, Bureau de santé de la région de Niagara	Isabelle Soerjomataram, M.D., Ph. D., Centre international de recherche sur le cancer
Sharon Fung, Partenariat canadien contre le cancer	Chamundeeswari Srinivasan, communauté des représentants des patients et familles de Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
Amanda Kirkwood, Bureau de santé de la région de Niagara	Justin Thielman, Santé publique Ontario
Ning Liu, Ph. D., ICES	Richard Wu, communauté des représentants des patients et familles de Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
Jennifer McCloskey, représentante des patients et familles de Santé Ontario (Action Cancer Ontario)	
Eileen Morgan, Ph. D., Centre international de Recherche sur le Cancer	

Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO)

Alexandra Airhart
Mandy Sala
Sibel Yardimoglu
Les gestionnaires de données du Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS) et les équipes locales des cinq hôpitaux tertiaires de l'Ontario offrant des programmes spécialisés dans le cancer infantile :

- CHEO
- Children's Hospital, London Health Sciences Centre
- McMaster Children's Hospital, Hamilton Health Sciences
- SickKids (The Hospital for Sick Children)
- Centre des sciences de la santé de Kingston, site de l'hôpital général de Kingston

Le POGO remercie chaleureusement le ministère de la Santé de l'Ontario pour son soutien financier. Les opinions exprimées sur les renseignements relatifs au cancer infantile figurant dans le rapport sont celles du POGO et ne reflètent pas nécessairement celles de la province de l'Ontario.

Communiquer avec nous

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 les données sur près de 90 000 nouveaux cas de cancer chaque année.

[Voir le Registre des cas de cancer de l'Ontario](#)

Programme de surveillance du cancer

Renseignez-vous sur le programme de Santé Ontario, qui analyse et interprète les données sur le cancer afin d'examiner et de faire rapport du fardeau du cancer et des tendances en la matière en Ontario.

[Programme de surveillance du cancer](#)

Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) et POGO Networked Information System (POGONIS)

Pour de plus amples renseignements sur le POGO, le cancer chez les enfants et le registre et la base de données complets du POGO sur le cancer chez les enfants en Ontario, qui a recueilli des renseignements sur cette population unique depuis 1985.

En savoir plus [à propos du POGO](#) (en anglais seulement).

[Voir POGONIS](#) (en anglais seulement)

Le [Programme de surveillance](#) est ouvert 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](#).

Pour soumettre des suggestions ou des questions spécifiques au cancer chez les enfants, veuillez communiquer avec le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) par [courriel](#).

Chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario

Ce chapitre offre un aperçu des schémas et des tendances chez les personnes atteintes de cancer en Ontario pendant la pandémie de la maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19). On y examine les changements dans le nombre de nouveaux cas de cancer, la gravité des cas de cancer mesurée par les changements de stade au moment du diagnostic et les hospitalisations, ainsi que les changements dans le nombre de décès par cancer et la survie des personnes atteintes de cancer en Ontario. L'analyse utilise des données de 2019 jusqu'à la fin de 2022, ou jusqu'à la fin de 2020 ou de 2021 si des données plus récentes n'étaient pas disponibles.

La collecte des données sur l'incidence et la mortalité du cancer dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario prend du temps, surtout pendant une période perturbatrice comme la pandémie de COVID-19. Par conséquent, certaines estimations fournies dans ce chapitre pour 2021 et 2022 peuvent changer au fil du temps à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles pour le registre.

Aperçu

Les premières années de la pandémie de COVID-19 ont entraîné d'importantes perturbations sociales, économiques et de soins de santé en Ontario et dans le monde entier. Malgré les restrictions de santé publique visant à limiter la propagation de la COVID-19, il était évident qu'en Ontario, certains sous-groupes de la population générale étaient à risque élevé de contracter la COVID-19, comme les personnes vivant dans les communautés et qui vivaient la marginalisation (1,2), les populations de minorités ethniques (3), les personnes vivant dans des foyers de soins de longue durée (4) et les nouveaux arrivants en Ontario(5). Les personnes atteintes de cancer, en particulier celles atteintes d'un cancer hématologique, étaient également plus susceptibles que la population générale d'être atteint de la maladie grave de la COVID-19 en raison de leur immunosuppression, de la comorbidité ou des traitements en cours (6). De plus, même si elles ont été vaccinées contre la COVID-19, des personnes atteintes de cancer continuent de présenter un risque plus élevé de percée d'infection et de conséquences plus graves (7).

Les publications et les rapports précédents ont examiné les diverses répercussions des restrictions de santé publique sur le réseau de cancérologie de l'Ontario : accès aux services de soins primaires, la participation au dépistage du cancer, l'accès aux services de diagnostic du cancer, y compris les biopsies chirurgicales et les services de biopsie guidés par imagerie, et les chirurgies du cancer et d'autres traitements(8–10). La réduction de l'accès aux services de santé et de leur utilisation a affecté la plupart des personnes à la recherche de soins médicaux pour le cancer et d'autres problèmes de santé (11,12). Bon nombre des ressources de soins ont été redirigées afin de prioriser le traitement de personnes atteintes de la COVID-19, entraînant des retards dans le diagnostic de cancer (13) et le report de dépistage et de traitement du cancer (14). Voir l'**encadré 1** pour les principaux événements survenus pendant la première année de la pandémie.

ENCADRÉ 1. Événements clés survenus au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 en Ontario

- Le premier cas de COVID-19 en Ontario a été identifié le 25 janvier 2020.
- Le gouvernement de l'Ontario a déclaré sa première urgence provinciale en réponse à la COVID-19 le 17 mars 2020.
- Les chirurgies non urgentes ont été interrompues entre le 15 mars et le 26 mai 2020. Les programmes de dépistage du cancer ont surtout été suspendus du 23 mars au 26 mai 2020, et la reprise de l'envoi des lettres de correspondance pour le dépistage a été retardée jusqu'en 2021.
- Après le début de la deuxième vague de COVID-19 en septembre 2020, une fermeture à l'échelle de la province a été annoncée le 26 décembre 2020 afin de limiter la propagation de l'infection.
- L'ordre de rester à la maison a été annoncé le 8 avril 2021 afin de préserver davantage la capacité du système de santé.

On prévoyait que les retards et les obstacles à l'accès aux services de santé au début de la pandémie entraîneraient un nombre de nouveaux cas de cancer plus faible que prévu, un plus grand nombre de cas diagnostiqués à un stade avancé et une mortalité plus élevée pour certains types de cancer (15,16). Alors que la littérature publiée à ce jour montre de manière écrasante des réductions de l'incidence du cancer, il existe des preuves contradictoires concernant les changements de stade au moment du diagnostic pour certains cancers. Malgré les données suggérant une augmentation de la mortalité par cancer au cours de la première année de la pandémie, il manque des statistiques plus récentes sur cette mesure.

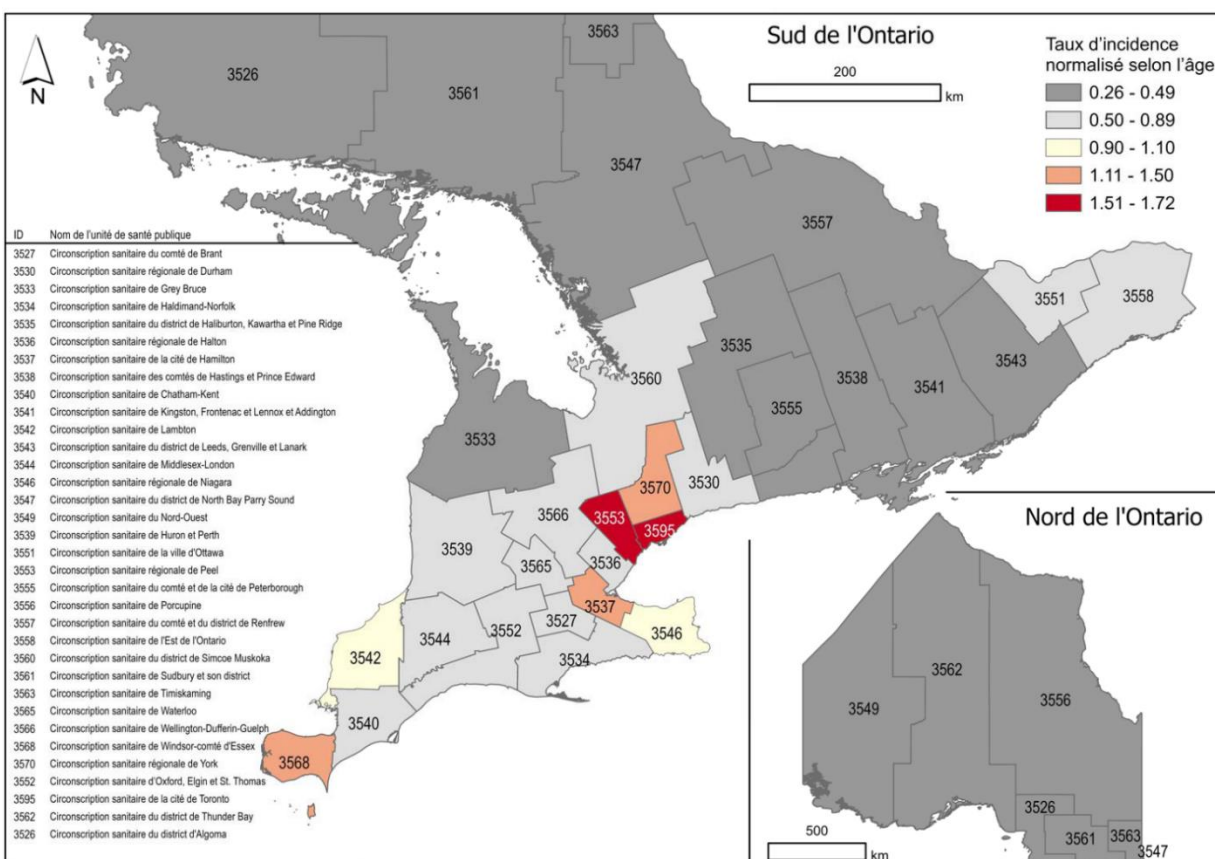
Les données du Registre des cas de cancer fondés sur la population ont récemment commencé à être publiées sur toutes les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur le cancer. Avec la disponibilité de données plus récentes du Registre des cas de cancer en Ontario, il est maintenant possible de dresser un portrait complet des tendances et des schémas d'incidence, de mortalité et de survie du cancer au cours des premières années de la pandémie de COVID-19. Comme les cancers infantiles sont généralement différents des cancers chez les adultes, les résultats décrits dans ce chapitre peuvent ne pas refléter les tendances et les schémas de ces cancers.

Incidence

Variation géographique

Parmi les personnes atteintes de cancer en Ontario, les taux de COVID-19 différaient géographiquement selon le bureau de santé publique, des taux plus élevés étant retrouvés dans la région du Grand Toronto (**figure 1.1**).

Figure 1.1 Taux d'incidence normalisé selon l'âge des ratios de COVID-19 comparant les taux des bureaux de santé publique au taux de l'Ontario, pour les nouveaux cas de cancer diagnostiqués, de 2020 à 2021



Remarques :

- Les taux d'incidence ont été uniformisés indirectement en utilisant les taux par âge parmi les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer en Ontario de 2015 à 2020.
- Le nombre de cas de COVID-19 dans la Solution de gestion des cas et des contacts est sous-estimé, car toutes les personnes atteintes de COVID-19 ne développent pas de symptômes, ne cherchent pas de traitement médical ou de dépistage, ce qui fait que la maladie n'est pas déclarée. La source de données ne comprend que les cas confirmés.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Sources de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario); Solution de gestion des cas et des contacts (ministère de la Santé)

Tendances de l'incidence du cancer

En règle générale, on s'attendrait à ce qu'il y ait de plus en plus de nouveaux cas de cancer au fil du temps, car la population de l'Ontario augmente et vieillit, ce qui sont deux facteurs majeurs de l'incidence du cancer (voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#)). Cependant, comme dans de nombreuses autres juridictions, l'Ontario a enregistré un nombre de nouveaux cas de cancer inférieur à ce qui était prévu au cours de la première année de la pandémie en raison de la suspension des programmes de dépistage, d'un accès réduit aux services de diagnostic et d'une diminution du nombre de personnes en interaction avec le système de santé.

Le suivi des cas par année et par mois de diagnostic a montré que le nombre de nouveaux cas a diminué pour passer de 6 378 en mars 2020 à 4 637 en avril et à 5 076 en mai (**figure 1.2**), mais est revenu à 6 338 en juin. La diminution des nouveaux cas semble avoir été transitoire, car le nombre mensuel de nouveaux cas est revenu à des niveaux proches de la normale tout au long du reste de l'année 2020.

La diminution moyenne des nouveaux cas en avril et en mai 2020 (les deux premiers mois complets suivant l'annonce de l'état d'urgence par le gouvernement de l'Ontario) était de 35 % inférieur que pendant la même période en 2019 (**figure 1.3**). Les augmentations relatives des nouveaux cas en mars 2021 (augmentation de 16 % par rapport à 2019) et en juin 2021 (augmentation de 13 % par rapport à 2019) suggèrent que le système de lutte contre le cancer travaillait à rattraper les retards de diagnostic, qui ont eu lieu au début de la pandémie de COVID-19. En règle générale, une augmentation des nouveaux cas a suivi chaque pic lors d'une vague pandémique. Voir **l'encadré 2** pour le calendrier des vagues de COVID-19 en Ontario. (17)

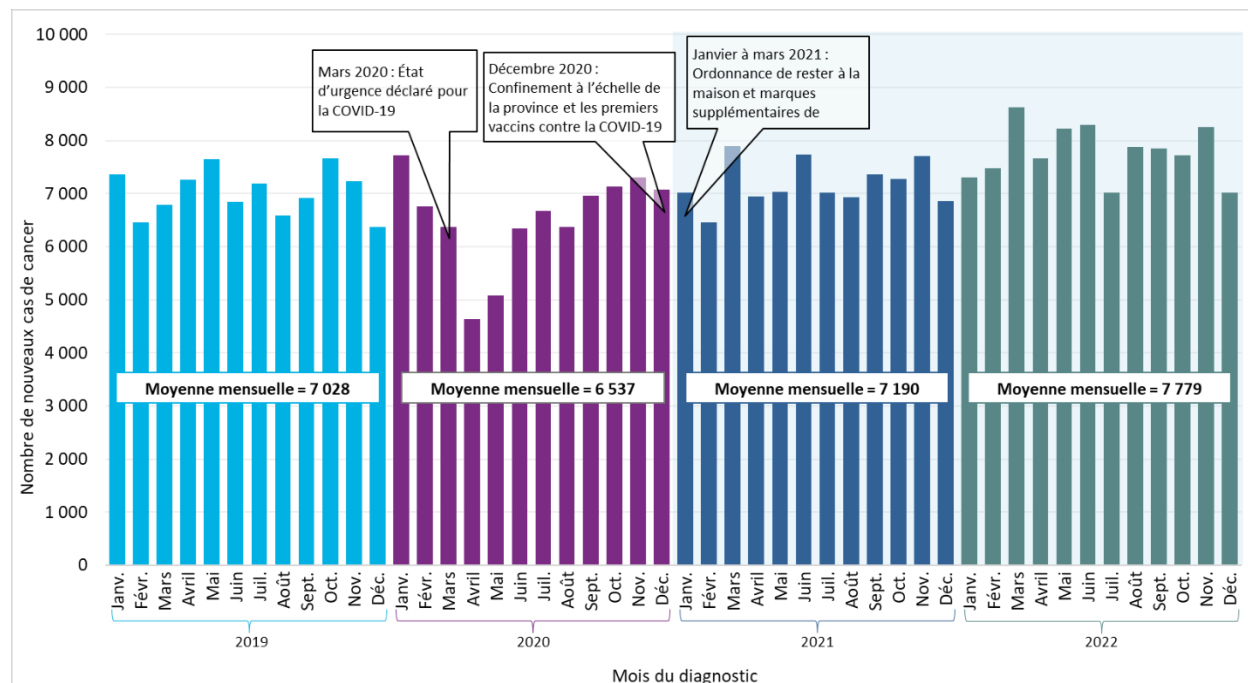
Il convient de noter que les statistiques pour 2021 et 2022 sont basées sur des données provisoires. Les chiffres pour ces années sont probablement sous-estimés, car les [cas confirmés par « certificat de décès uniquement » \(CDU\)](#) n'ont pas encore

été pris en compte au moment de la présente analyse. Certains cas enregistrés pour 2022 étaient encore en cours de validation par le Registre des cas de cancer de l'Ontario au moment de l'analyse.

ENCADRÉ 2. Chronologie des vagues de la pandémie de COVID-19 en Ontario, de 2020 à 2022.

- Vague 1 : 26 février 2020 au 31 août 2020 (durée de 188 jours).
- Vague 2 : 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021 (durée de 181 jours).
- Vague 3 : Du 1^{er} mars 2021 au 31 juillet 2021 (durée de 153 jours).
- Vague 4 : 1^{er} août 2021 au 14 décembre 2021 (durée de 135 jours).
- Vague 5 : 15 décembre 2021 au 28 février 2022 (durée de 75 jours).
- Vague 6 : 1^{er} mars 2022 au 18 juin 2022 (durée de 109 jours).
- Vague 7 : 19 juin 2022 au 12 novembre 2022 (durée de 146 jours).

Figure 1.2 Valeurs d'incidence par mois, Ontario, 2019 à 2022



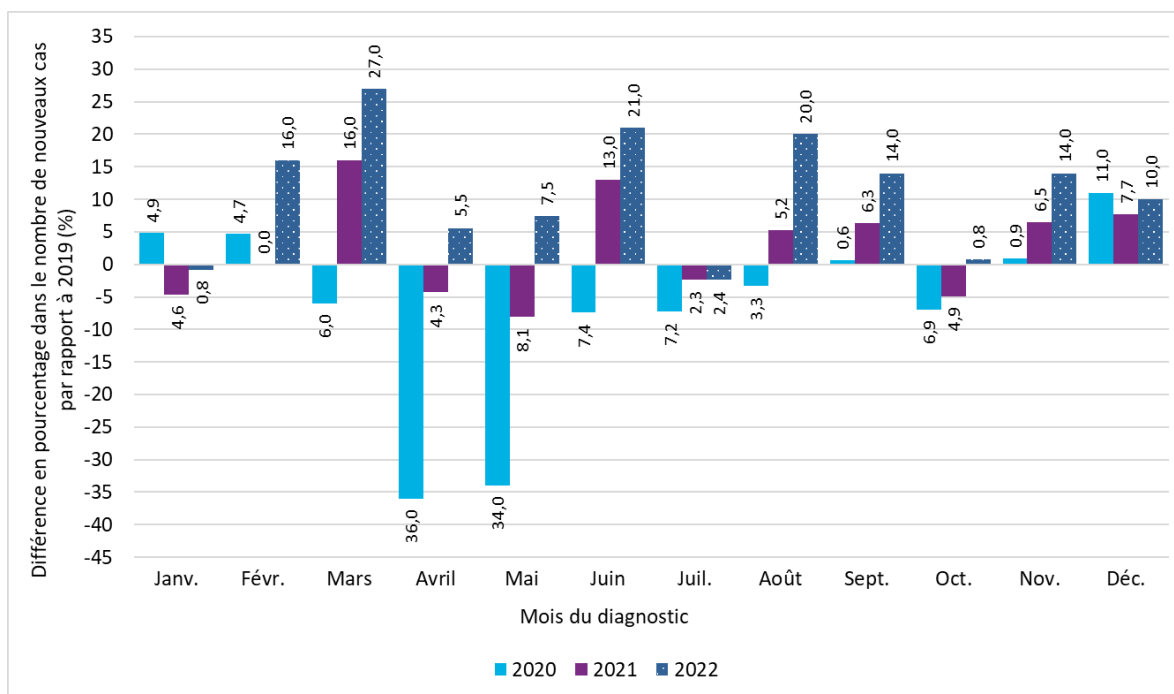
Remarques :

- Les valeurs d'incidence sont fondées sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les années ayant un arrière-plan bleu indiquent des décomptes provisoires de cas de cancer et doivent donc être interprétées avec prudence.
- Les données pour les années de diagnostic 2021 et 2022 sont provisoires; elles ne comprennent pas les quelques 1,4 % des cas de personnes qui sont identifiées comme ayant le cancer seulement au moment du décès, car cette information n'était pas disponible dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario au moment de l'analyse. De plus, les données pour l'année de diagnostic 2022 comprennent certains cas qui étaient encore en cours de validation par le registre.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 1.3 Différence en pourcentage des valeurs d'incidence par mois, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019



Remarques :

- Les valeurs d'incidence sont fondées sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les données pour les années de diagnostic 2021 et 2022 sont provisoires; elles ne comprennent pas les quelques 1,4 % des cas de personnes qui sont identifiées comme ayant le cancer seulement au moment du décès, car cette information n'était pas disponible dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario au moment de l'analyse. De plus, les données pour l'année de diagnostic 2022 comprennent certains cas qui étaient encore en cours de validation par le registre.

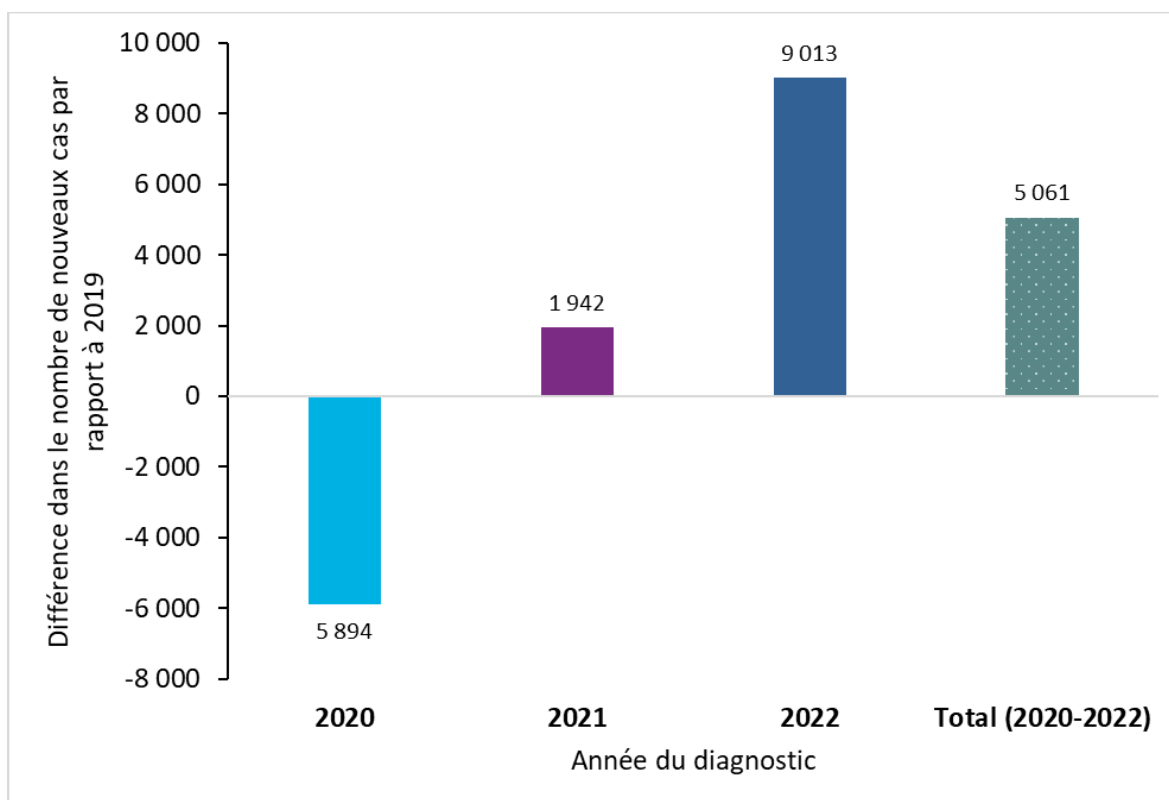
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les dénombrements des cancers annuels reflétaient également les fluctuations mensuelles observées au cours des premières années de la pandémie. En 2020, on a signalé 78 438 nouveaux cas de cancer en Ontario, ce qui représente près de 6 000 cas de moins que l'année précédente (84 332 nouveaux cas de cancer en 2019) (**tableau 1.1**). Le nombre de nouveaux cas de cancer est revenu à des niveaux prépandémiques et les a dépassés au cours des années suivantes, 86 274 nouveaux cas ayant été signalés en 2021 et 93 345 cas en 2022. Cumulativement, il y a eu 5 061 nouveaux cas de cancer diagnostiqués entre 2020 et 2022 de plus qu'en 2019, ce qui suggère un rattrapage des nouveaux diagnostics au cours des deux

années suivant 2020 pour les cas qui n’avaient pas été diagnostiqués auparavant (**figure 1.4**). Les nouveaux cas supplémentaires reflètent également en partie les augmentations habituelles des nouveaux diagnostics en raison de la croissance de la population et du vieillissement (voir **figure 2.3** au [chapitre 2 : Incidence du cancer](#))

Figure 1.4 Différence dans les valeurs d’incidence annuelles, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019



Remarques :

- Les chiffres d’incidence annuelle sont comparés aux cas diagnostiqués en 2019, année où il y a eu 84 332 nouveaux cas de cancer (**tableau 1.1**).
- Les valeurs d’incidence sont fondées sur les normes de surveillance, d’épidémiologie et de résultats finaux de l’Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l’Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les données pour les années de diagnostic 2021 et 2022 sont provisoires; elles ne comprennent pas les quelques 1,4 % des cas de personnes qui sont identifiées comme ayant le cancer seulement au moment du décès, car cette information n’était pas disponible dans le Registre des cas de cancer de l’Ontario au moment de l’analyse. De plus, les données pour l’année de diagnostic 2022 comprennent certains cas qui étaient encore en cours de validation par le registre.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l’Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TISA) pour tous les cancers combinés a diminué de 9,0 %, passant de 528,7 cas en 2019 à 481,0 pour 100 000 en 2020 (**tableau 1.1**), mais est revenu au niveau d'avant 2019 dès 2022 (**figure 2.1** au [chapitre 2 : Incidence du cancer](#)).

Cancers avec un dénombrement réduit de cas en 2020

Au cours de la première année de la pandémie, le nombre de nouveaux cas en 2020 en Ontario était inférieur à celui de 2019 pour 18 des 23 types de cancer examinés dans ce rapport. La plus grande baisse en pourcentage des nouveaux cas de cancer a été observée dans plusieurs types de cancer (**tableau 1.1**) :

- 18,4 % de moins de cas de problèmes de la thyroïde
- 12,1 % de moins de cas de cancer du sein (femmes)
- 12,0 % de moins de cas de cancer de la prostate
- 11,1 % de moins de cas de mélanome

Ces diminutions de nouveaux cas sont généralement cohérentes en ce qui concerne le type de cancer (13) et dans leur ampleur de diminution par rapport aux rapports du Canada comparant les cas de 2015 à 2019 par rapport à 2020 (18), et des États-Unis comparant les cas de 2019 à 2020 (19).

À la suite de la forte diminution des nouveaux cas en 2020, l'augmentation relative des nouveaux cas de cancer en 2022 par rapport à 2019 était de 9,0 % ou plus pour le mélanome, le cancer du sein (femmes) et le cancer de la prostate. La forte augmentation de ces cancers suggère une élimination croissante des arriérés de diagnostics.

En comparaison, il y avait 9,3 % de moins de cas de cancer du col de l'utérus, 7,2 % de moins de cas de cancer colorectal (5,2 % pour le côlon et 11,0 % pour le rectum, données non présentées) et 4,8 % de moins de cas de cancer du poumon en 2020 par rapport à 2019. L'impact moindre sur ces cancers par rapport au cancer du sein, qui a également été affecté par la fermeture temporaire d'un programme de dépistage, est probablement multifactoriel. Tout d'abord, les cancers du sein sont détectés plus souvent par dépistage que les autres cancers du programme de dépistage, qui peuvent détecter des lésions précancéreuses pour le col de l'utérus et le côlon. De plus, le dépistage du cancer colorectal offre la possibilité de prélever des échantillons à domicile pour des tests immunochimiques fécaux, ce qui réduit ainsi le besoin de se rendre en personne à une consultation clinique. Enfin, un programme de dépistage du cancer du poumon à l'échelle de la province n'était pas encore pleinement établi au début de la pandémie et cela pourrait expliquer la réduction moins importante des nouveaux cas diagnostiqués en 2020 par rapport aux cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon. Parmi les cancers du col de l'utérus, du côlon et du poumon, la hausse relative après la baisse temporaire en 2020 a été la plus importante pour le cancer du col de l'utérus (+40,3 %) en 2021, ce qui suggère une résorption des retards de diagnostic. Les nouveaux cas diagnostiqués de cancer du poumon sont restés faibles en 2021 (-5,7 %) et en 2022 (-1,2 %).

Le cancer de la thyroïde a continué de montrer une diminution des nouveaux cas en 2020 et les années suivantes. De même, le cancer du rein et le cancer du foie, qui ont tous deux connu une

baisse de nouveaux cas au cours de la première année de la pandémie, ont continué à avoir un moins grand nombre de cas diagnostiqués en 2021 (-1,6 % pour le rein et -10,4 % pour le foie) et en 2022 (-8,3 % pour le rein et -1,0 % pour le foie).

Cancers pour lesquels le nombre de cas a augmenté en 2020

Pour quelques types de cancer, le nombre de nouveaux cas enregistrés pendant la pandémie était plus élevé qu'en 2019, ce qui suggère que leurs diagnostics ont été moins affectés par les mesures de santé publique liées à la COVID-19. Ces cancers comprenaient (**tableau 1.1**) :

- Cancer du cerveau (+1,3 % en 2020)
 - Cancer de l'œsophage (+4,4 %)
 - Lymphome de Hodgkin (+2,3 %)
 - Cancer du pancréas (+4,8 %)
- blue

Parce que ces cancers provoquent des symptômes évidents plus tôt dans la progression de la maladie, il est possible que les personnes atteintes des types de cancer mentionnés ci-dessus aient cherché des soins médicaux lorsque les symptômes sont apparus, même pendant les restrictions en matière de santé publique. Cependant, il y a des exceptions à ce schéma. Par exemple, il y a eu une diminution des nouveaux cas de lymphome non hodgkinien et de myélome, qui sont également souvent diagnostiqués à la suite de symptômes, en 2020 par rapport à 2019. Malgré les baisses en 2020, les deux types de cancer ont montré des chiffres plus élevés de cas en 2021 et 2022.

Cancers pour lesquels le nombre de cas est inchangé en 2020

Il n'y a eu qu'un petit changement ($\pm 0,2$ %) dans les nouveaux cas de cancers de l'ovaire et de l'estomac en 2020 par rapport à 2019 (**tableau 1.1**). Cependant, contrairement au cancer de l'ovaire, le cancer de l'estomac a connu l'une des plus fortes augmentations de nouveaux cas (+11,1 %) en 2021.

Tableau 1.1 Valeurs d'incidence, taux normalisés selon l'âge et différence en pourcentage des valeurs d'incidence par mois, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019

Type de cancer	2019 – valeur	2019 – TINA	2020 – valeur	2020 – TINA	2021 – valeur	2021 – TINA	2022 – valeur	2022 – TINA	2020 c. 2019 – différence dans les valeurs (%)	2021 c. 2019 – différence dans les valeurs (%)	2022 c. 2019 – différence dans les valeurs (%)
Tous les cancers	84 332	528,7	78 438	481,0	86 274	517,8	93 345	549,5	- 7,0	2,3	10,7
Vessie	4 217	25,5	3 867	22,8	4 434	25,5	4 347	24,3	- 8,3	5,1	3,1
Cerveau	1 170	7,6	1 185	7,5	1 167	7,4	1 331	8,2	1,3	- 0,3	13,8
Sein (femmes)	11 884	146,7	10 450	127,4	12 801	152,9	14 391	169,3	- 12,1	7,7	21,1
Col de l'utérus	643	8,8	583	7,9	635	8,6	902	11,8	- 9,3	- 1,2	40,3
Colorectal	8 372	52,1	7 773	47,4	8 948	53,3	9 516	56,0	- 7,2	6,9	13,7
Œsophage	894	5,5	933	5,6	858	5,0	1 008	5,7	4,4	- 4,0	12,8
Lymphome de Hodgkin	429	2,9	439	3,0	472	3,2	477	3,1	2,3	10,0	11,2
Rein	2 644	16,8	2 384	14,9	2 602	16,0	2 425	14,6	- 9,8	- 1,6	- 8,3
Larynx	409	2,5	394	2,4	396	2,3	413	2,4	- 3,7	- 3,2	1,0
Leucémie	2 413	15,2	2 335	14,3	2 502	15,1	2 386	14,1	- 3,2	3,7	- 1,1
Foie	1 393	8,5	1 344	8,0	1 248	7,3	1 379	7,9	- 3,5	- 10,4	- 1,0
Poumon	10 259	61,8	9 769	57,2	9 676	55,2	10 131	56,4	- 4,8	- 5,7	- 1,2
Mélanome	4 272	27,0	3 798	23,5	4 255	25,9	4 655	27,5	- 11,1	- 0,4	9,0
Myélome	1 406	8,6	1 356	8,1	1 544	9,0	1 558	8,9	- 3,6	9,8	10,8
Lymphome non hodgkinien	4 348	27,2	4 025	24,6	4 527	27,1	4 602	26,9	- 7,4	4,1	5,8
Cavité buccale et pharynx	2 006	12,7	1 918	11,9	2 085	12,7	2 192	13,1	- 4,4	3,9	9,3
Ovaire	1 271	15,6	1 274	15,5	1 302	15,5	1 452	17,3	0,2	2,4	14,2
Pancréas	2 235	13,7	2 342	14,0	2 207	12,9	2 210	12,6	4,8	- 1,3	- 1,1
Prostate	8 546	111,1	7 524	95,3	9 305	114,3	10 898	130,1	- 12,0	8,9	27,5
Estomac	1 537	9,5	1 536	9,3	1 708	10,1	1 914	11,1	- 0,1	11,1	24,5
Testicules	468	6,7	453	6,4	483	6,7	470	6,7	- 3,2	3,2	0,4
Thyroïde	2 946	20,4	2 404	16,3	2 561	17,2	2 772	18,2	- 18,4	- 13,1	- 5,9
Utérus	3 122	38,3	2 931	35,2	3 298	38,7	3 620	42,2	- 6,1	5,6	16,0

Abréviation : TINA veut dire Taux d'incidence normalisé selon l'âge

Remarques :

- Les types de cancer sont définis selon la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3)(20) ([voir l'Annexe 1 : Sources de données](#)).
- Les valeurs d'incidence sont fondées sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les taux sont pour 100 000 et sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne en 2011.
- Les données pour les années de diagnostic 2021 et 2022 sont provisoires; elles ne comprennent pas les quelques 1,4 % des cas de personnes qui sont identifiées comme ayant le cancer seulement au moment du décès, car cette information n'était pas disponible dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario au moment de l'analyse. De plus, les données pour l'année de diagnostic 2022 comprennent certains cas qui étaient encore en cours de validation par le registre.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

D'autres provinces canadiennes ont également déclaré une diminution du nombre de nouveaux diagnostics au cours de la première année de la pandémie, bien que l'ampleur de cette diminution ait varié en fonction du type de cancer et de la juridiction (21–23). Ces variations reflètent probablement les différences découlant des confinements et des autres mesures de santé publique, qui ont affecté le dépistage du cancer et les services de diagnostic, l'accès aux services de soins primaires et la quantité de soins virtuels par rapport aux soins en personne. Certaines personnes ont peut-être hésité à demander des soins médicaux au plus fort de la pandémie, soit en raison de leur crainte personnelle de la COVID-19, soit pour se conformer aux ordres du gouvernement de rester à la maison. D'autres ont peut-être ignoré les signes précoces de leur cancer et n'ont cherché des soins médicaux que plus tard pendant la pandémie.

Changements dans les nouveaux cas par sexe et groupe d'âge

Les hommes et les femmes ont connu une baisse des nouveaux cas de cancer au cours de la première année de la pandémie (**tableau 1.2**), qui a été suivie d'une augmentation similaire au cours des années subséquentes par rapport à 2019. En 2020, la plus grande diminution des nouveaux cas chez les femmes (-7,9 %) par rapport aux hommes (-6,1 %) reflète probablement la pause temporaire des programmes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes.

Chaque groupe d'âge a connu une diminution des nouveaux cas de cancer au cours de la première année de la pandémie (**tableau 1.2**). L'incidence a été la plus marquée pour le groupe d'âge de 40 à 59 ans. Bien qu'il représente seulement environ un quart (21,8 %) de tous les nouveaux cas de cancer, au cours de la première année de la pandémie, ce groupe d'âge a connu la plus grande diminution des diagnostics, soit 9,7 %. En comparaison, on a observé une diminution légèrement plus faible chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, qui représentent généralement plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer.

Contrairement à d'autres groupes d'âge adulte, la diminution des diagnostics chez les personnes âgées de 40 à 59 ans et les personnes âgées de 80 ans et plus s'est poursuivie en 2021. En d'autres termes, le nombre de nouveaux cas de cancer dans ces groupes d'âge n'est pas revenu à des niveaux typiques en 2021.

Tableau 1.2 Valeurs d’incidences et différence en pourcentage par sexe binaire et groupe d’âge, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019

	2019 – nouveaux cas	2020 – nouveaux cas	2021 – nouveaux cas	2022 – nouveaux cas	2020 c. 2019 – différence relative (%)	2021 c. 2019 – différence relative (%)	2022 c. 2019 – différence relative (%)
Total	84 332	78 438	86 274	93 345	- 7,0	2,3	10,7
Hommes	41 724	39 193	42 768	46 080	- 6,1	2,5	10,4
Femmes	42 608	39 245	43 506	47 265	- 7,9	2,1	10,9
0 à 19 ans	616	563	591	525	- 8,6	- 4,1	- 14,8
20 à 39 ans	3 515	3 363	3 622	3 930	- 4,3	3,0	11,8
40 à 59 ans	18 964	17 131	18 379	20 039	- 9,7	- 3,1	5,7
60 à 79 ans	45 540	42 225	48 601	53 003	- 7,3	6,7	16,4
80 ans et plus	15 697	15 156	15 081	15 848	- 3,4	- 3,9	1,0

Remarques :

- Les valeurs d’incidence sont fondées sur les normes de surveillance, d’épidémiologie et de résultats finaux de l’Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l’Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Dans ce chapitre, les statistiques selon le sexe font référence aux données sexuelles qui sont binaires et attribuées à la naissance. Pour de plus amples renseignements, consultez [À propos de ce rapport : Statistiques selon le sexe](#).
- Les données pour les années de diagnostic 2021 et 2022 sont provisoires; elles ne comprennent pas les quelques 1,4 % des cas de personnes qui sont identifiées comme ayant le cancer seulement au moment du décès, car cette information n’était pas disponible dans le Registre des cas de cancer de l’Ontario au moment de l’analyse. De plus, les données pour l’année de diagnostic 2022 comprennent certains cas qui étaient encore en cours de validation par le registre.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l’Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Changements au niveau de la gravité des cas de cancer

Un diagnostic de cancer plus grave pourrait refléter un accès réduit aux services de santé et une utilisation moindre de ces services, ce qui est associé à un retard dans la recherche de soins de santé, un dépistage retardé, des procédures diagnostiques différées et des défis liés à la main-d'œuvre en santé. Dans ce rapport, les changements au niveau de la gravité du cancer en raison de la pandémie ont été évalués en examinant les changements dans la répartition du stade au moment du diagnostic et les taux d'hospitalisation des personnes atteintes de cancer.

Répartition du stade

Le stade au moment du diagnostic est l'un des facteurs de pronostic les plus importants pour le cancer. Les données sur les stades au niveau de la population en Ontario sont disponibles à partir de 2010 pour les quatre cancers les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate) ainsi que pour le cancer du col de l'utérus. Au cours de la première année de la pandémie, certains cancers pour lesquels des données sur le stade au niveau de la population étaient disponibles en Ontario ont été diagnostiqués à des stades plus avancés, bien que toutes les modifications de la répartition des stades n'aient pas été statistiquement significatives. Pour évaluer si un changement vers un stade avancé au moment du diagnostic s'est produit, les répartitions des cancers de stade précoce (stade 1 ou 2) et des cancers de stade avancé (stade 3 ou 4) de 2018 à 2020 ont été comparées (**tableau 1.3**). Un changement statistiquement significatif ($p < 0,001$) vers un stade avancé au moment du diagnostic s'est produit pour les cancers du sein (chez les femmes) et du côlon.

Certains changements ont également été observés par chaque groupe de stade, bien que ces changements n'aient pas fait l'objet de tests pour leur signification statistique. Par rapport aux années précédentes, en 2020, il y a eu une proportion plus faible de cas de stade 1 et de légères augmentations de la proportion de cas de stades 2, 3 et 4 pour les cancers du sein (chez les femmes), du col de l'utérus et du côlon (**figure 1.5**). Pour chacun de ces cancers, des programmes de dépistage organisés sont disponibles en Ontario, à savoir le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et ContrôlerCancerColorectal. Le nombre de personnes dépistées dans le cadre des programmes de dépistage organisés de l'Ontario de mars à décembre 2020 est resté inférieur à celui de 2019 (24). La pause temporaire dans le dépistage organisé a entraîné une baisse du nombre de personnes dépistées en 2020, ainsi que le retard dans l'envoi des lettres de correspondance jusqu'en 2021, ont peut-être joué un rôle dans les changements de répartition des stades en 2020. Il y avait probablement un plus grand nombre de personnes diagnostiquées en raison de la présentation de symptômes pendant cette période.

Aucun changement notable n'a été observé dans la répartition des stades des cas de cancer du poumon (**figure 1.5**), qui représentent les cas détectés par dépistage et les cas identifiés par les symptômes. À la suite d'un programme pilote qui a débuté en 2017, l'Ontario a mis en place un programme de dépistage du cancer du poumon chez les personnes à haut risque en 2021 (24). Contrairement à d'autres cancers pour lesquels il existe un programme de dépistage organisé, les répartitions par stade du cancer du poumon présentées ici ne sont pas influencées par les

interruptions d'un programme de dépistage basé sur la population au cours de la première année de la pandémie de COVID-19.

Il y a eu une proportion plus élevée de cas de cancer de la prostate de stade 4 en 2020 qu'au cours des années précédentes (**figure 1.5**). Cependant, contrairement à d'autres types de cancer, la proportion plus élevée de cas de cancer de la prostate de stade 4 continue une tendance croissante, qui a commencé avant la pandémie et qui pourrait être associée à une diminution de l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate au fil du temps (voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#) pour une description des facteurs influençant l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate au Canada).

Étant donné le nombre plus élevé que d'habitude de nouveaux cas identifiés en 2022 (voir **figure 1.4** et **tableau 1.1**), il est probable que certains de ces cas seront diagnostiqués à un stade plus avancé de la maladie. Les données dans les futures éditions de ce rapport aideront à vérifier cette hypothèse.

Plusieurs conséquences des diagnostics tardifs de cancer sont souvent liées à un stade plus avancé de la maladie, comme le pire taux de survie. Le stade avancé affecte également le type et la fréquence des services liés au cancer dont une personne pourrait avoir besoin, tels que la chirurgie, la radiothérapie, le traitement systémique et les soins palliatifs.

Les données probantes provenant de la littérature sur les changements dans la répartition des stades pour différents types de cancer pendant la pandémie de COVID-19 sont mitigées. De manière similaire aux résultats présentés ici, une étude sur le cancer colorectal réalisé aux Pays-Bas (25) et une étude sur divers cancers réalisée aux États-Unis (19) ont montré que la proportion de cas de stades 1 et 2 a été considérablement réduite par les confinements précoces de la pandémie, tandis que les cas de stades 3 et 4 ont augmenté. En revanche, plusieurs études fondées sur des établissements (c.-à-d. non fondées sur la population) réalisées en Ontario n'ont trouvé aucun changement dans la répartition des stades pour les cancers du sein, du côlon, de la prostate, de l'endomètre et du poumon (26,27). Ces résultats divergents peuvent être liés à des différences dans la composition des populations étudiées ainsi qu'à l'incapacité de détecter des différences substantielles dans des échantillons d'étude plus petits. Les différences pourraient également indiquer une variabilité locale dans les enquêtes menées pendant la pandémie, du soupçon de cancer jusqu'au diagnostic de cancer.

Certaines recherches suggèrent également que les changements dans la répartition du stade du cancer au moment du diagnostic entre la première et la deuxième vague de la pandémie de COVID-19 ont pu se produire progressivement au fur et à mesure de l'assouplissement des restrictions de santé publique au cours de 2020. Par exemple, une petite étude réalisée à New York (28), qui a eu lieu au trimestre civil suivant immédiatement la première vague, a révélé qu'il y avait une proportion plus élevée que d'habitude de nouveaux cas de cancer du poumon de stade 1 et de stade 2 récemment diagnostiqués. Ce changement reflétait probablement un retard dans les cas chirurgicaux du trimestre précédent. Toutefois, au dernier trimestre de 2020 et au premier trimestre de 2021, la répartition s'est déplacée vers une proportion plus élevée de cas de stade 3 et 4.

Tableau 1.3 Pourcentage de cas d'incidents à un stade précoce par rapport à un stade avancé selon les types de cancer sélectionnés, Ontario, 2018 à 2020

Type de cancer	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	– Début (stade 1 et 2) (%)	– Avancé (stade 3 et 4) (%)	– Début (stade 1 et 2) (%)	– Avancé (stade 3 et 4) (%)	– Début (stade 1 et 2) (%)	– Avancé (stade 3 et 4) (%)
Sein (femmes)*	87,2	12,8	87,4	12,6	86,3	13,7
Col de l'utérus	84,5	15,5	81,0	19,0	80,5	19,5
Colorectal*	47,1	52,9	48,2	51,8	44,8	55,2
Poumon	35,1	64,9	37,0	63,1	34,7	65,3
Prostate	61,4	38,7	55,2	44,8	55,1	44,9

Symbole : * Changement statistiquement significatif vers un plus grand nombre de cancers diagnostiqués à un stade avancé en 2020 par rapport aux années pré-pandémiques de 2018 et 2019. Voir [l'annexe 2 : Analyse](#) pour de plus amples renseignements.

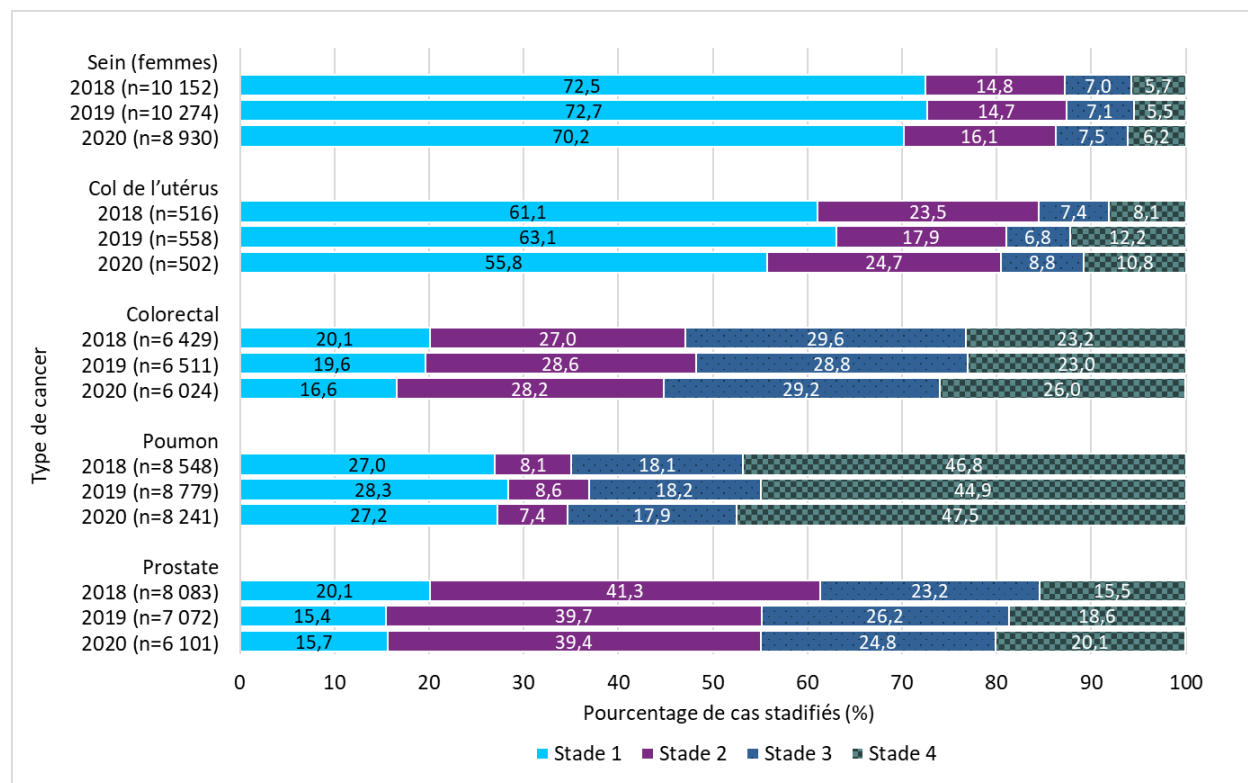
Remarques :

- Les cas pour lesquels le stade était inconnu ou aucun stade n'avait été attribué par le RCCO ont été exclus de cette analyse. Au fil des années, les nombres de cas étaient les suivants : prostate n = 21 256 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 4 503); sein n = 29 356 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 4 669); colorectal n = 18 964 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 5 549); poumon n = 25 568 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 4 747), col de l'utérus n = 1 576 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 269).
- Le cancer du sein (femmes) et le cancer de la prostate ont connu un nombre significativement plus élevé de cas dont le stade était inconnu ou non déterminé en 2020 par rapport à 2019 et 2018. Le cancer du poumon a connu plus de cas dont le stade était inconnu ou non attribué en 2020 qu'en 2019, mais significativement moins qu'en 2018. Les cancers du col de l'utérus et du côlon ont connu des nombres similaires de cas dont le stade était inconnu ou non attribués de 2018 à 2020. Voir [Annexe 1 : Stade du cancer au moment du diagnostic](#) pour de plus amples renseignements.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 1.5 Pourcentage de nouveaux cas par stade au moment du diagnostic et par type de cancer pour certains cancers sélectionnés, Ontario, 2018 à 2020



Remarques :

- Les cas pour lesquels le stade était inconnu ou auxquels aucun stade n'avait été attribué par le RCCO ont été exclus de cette analyse. Au fil des années, les nombres de cas étaient les suivants : prostate n = 21 256 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 4 503); sein (femmes) n = 29 356 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 4 669); colorectal n = 18 964 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 5 549); poumon n = 25 568 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 4 747); col de l'utérus n = 1 576 (à l'exclusion du stade inconnu ou non attribué = 269).
- Le cancer du sein (femmes) et le cancer de la prostate ont connu un nombre significativement plus élevé de cas dont le stade était inconnu ou non déterminé en 2020 par rapport à 2019 et 2018. Le cancer du poumon a connu plus de cas dont le stade était inconnu ou non attribué en 2020 qu'en 2019, mais significativement moins qu'en 2018. Les cancers du col de l'utérus et du côlon ont connu des nombres similaires de cas dont le stade était inconnu ou non attribués de 2018 à 2020. Voir [l'annexe 1 : Stade du cancer au moment du diagnostic](#) pour de plus amples renseignements.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

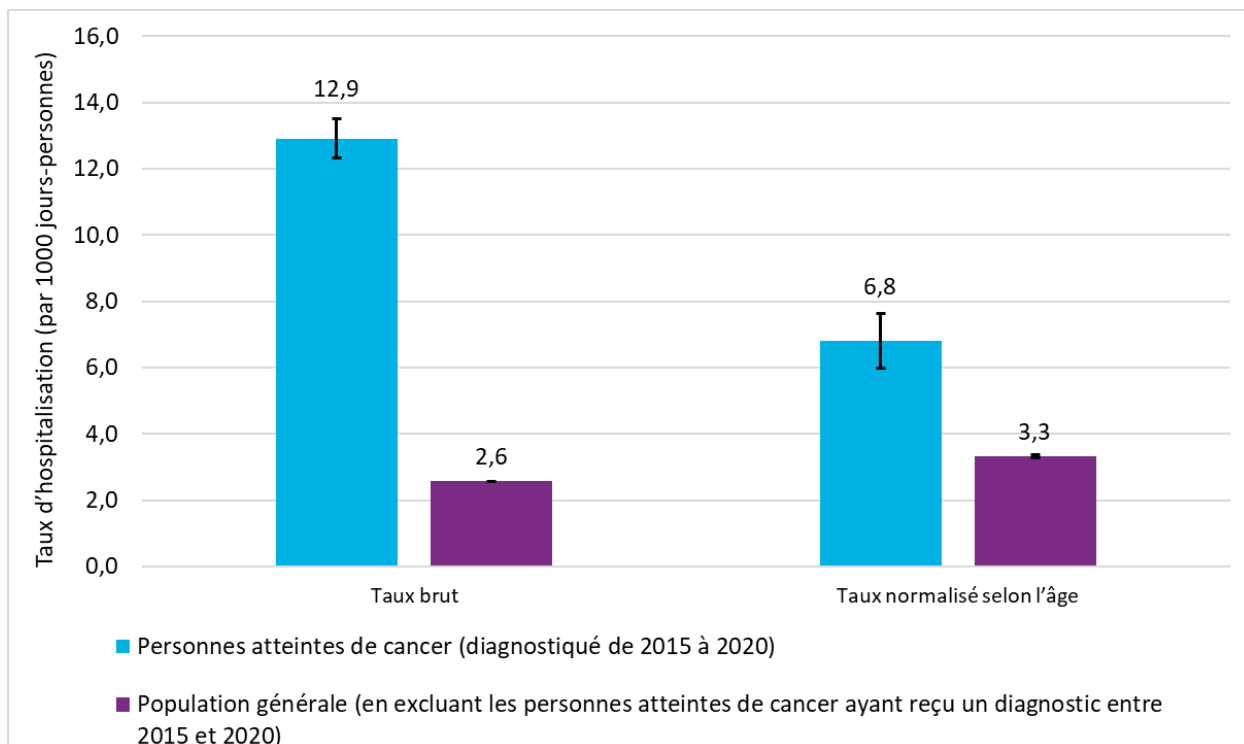
Hospitalisations parmi les patients atteints de cancer positif à la COVID-19

Au début de la pandémie, les personnes atteintes de cancer ont été désignées comme étant à risque plus élevé de contracter la COVID-19, d'avoir une plus grande morbidité, d'être plus susceptibles de se retrouver à l'unité de soins intensifs et de présenter un risque accru de décès (29–32). Tout comme les autres patients immunosupprimés (p. ex. patients en dialyse et ayant subi une transplantation d'organe), les personnes atteintes de cancer peuvent être plus susceptibles de contracter la COVID-19 et de subir des complications que les personnes exemptes de cancer, car elles peuvent être immunosupprimées en raison de la maladie, de son traitement et d'un risque accru d'infections secondaires (33).

Alors que les taux d'hospitalisation non planifiée sont généralement plus élevés chez les personnes atteintes de cancer que dans la population générale (34), les taux d'hospitalisation chez les personnes atteintes de cancer ont peut-être été encore plus élevés pendant la pandémie. Être hospitalisé pendant la pandémie peut servir de procuration pour la gravité de la COVID-19 et permettre de suivre les différences de résultats, comme la mortalité, chez les personnes atteintes de cancer et la population générale.

En Ontario, les personnes atteintes de cancer et de COVID-19 ont été hospitalisées à un taux plus élevé que les membres de la population générale atteints de COVID-19 (**figure 1.6**). Après un ajustement pour la proportion plus élevée de personnes âgées dans la population atteinte de cancer, le taux d'hospitalisation chez les personnes atteintes de cancer s'est révélé deux fois plus élevé que le taux chez la population générale (6,8 par rapport à 3,3 pour 1 000 jours-personnes).

Figure 1.6 Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour toutes les causes chez les personnes atteintes de la COVID-19 confirmée chez la population générale et celle atteinte de cancer, Ontario, 2020 à 2021



Remarques :

- Les taux sont par tranche de 1 000 jours-personnes.
- Les taux normalisés selon l'âge sont normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne en 2011.
- Les personnes atteintes de cancer comprennent celles qui ont été diagnostiquées entre 2015 et 2020. Les personnes ayant un cas confirmé de COVID-19 avant leur diagnostic de cancer ont été incluses dans le groupe de la population générale.
- Les valeurs d'incidence sont fondées sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les données sur les hospitalisations liées à la COVID-19 proviennent de la Solution de gestion des cas et des contacts. L'hospitalisation comprend toutes les personnes ayant une date déclarée d'admission à l'hôpital et un test positif à la COVID-19 dans les 14 jours précédant ou les trois jours suivant l'hospitalisation. Les visites aux urgences ne sont pas incluses dans le nombre d'hospitalisations déclarées.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Sources de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario); Solution de gestion des cas et des contacts, ministère de la Santé (mars 2023)

Le taux d'hospitalisation plus élevé chez les personnes atteintes de cancer et de la COVID-19 est conforme à une étude menée en Ontario (35), qui a révélé un risque d'hospitalisation supérieur de 11 % entre janvier 2020 et novembre 2021 chez les personnes atteintes de tumeurs solides et un risque supérieur de 75 % chez les personnes atteintes de cancers hématologiques par rapport aux personnes sans cancer. De plus, une étude réalisée au Royaume-Uni montre que la différence de risque d'hospitalisation en raison de la COVID-19 entre les personnes atteintes de cancer et celles qui ne le sont pas a diminué au cours de la pandémie (36).

La probabilité d'hospitalisation pendant la pandémie a été influencée par plusieurs facteurs. Une étude a montré que les personnes ayant des antécédents de cancer étaient 16 % plus susceptibles d'être hospitalisées en raison de la COVID-19 que la population générale (37). De plus, l'étude a révélé que les personnes atteintes de cancer qui étaient hospitalisées en raison de la COVID-19 avaient tendance à être légèrement plus âgées que les personnes atteintes de cancer qui n'étaient pas hospitalisées (âge moyen de 74 ans par rapport à 68,2 ans), ce qui est également évident dans ce rapport (voir **figure 1.6**). Les personnes atteintes de cancer qui ont été hospitalisées en raison de la COVID-19 ont également été diagnostiquées avec un cancer à un stade plus avancé (19,4 % par rapport à 11,3 %), avaient plusieurs cancers (16,6 % par rapport à 11,2 %) et se situaient dans la période de cinq ans suivant leur dernier diagnostic de cancer (c.-à-d. qu'elles étaient en traitement actif ou en suivi). Les personnes atteintes de myélome, de leucémie, de cancer du rein, de cancer du poumon, de cancer du foie et de lymphome non hodgkinien étaient plus susceptibles d'être hospitalisées en raison de la COVID-19 que les personnes atteintes de cancer du sein (femmes), de cancer du col de l'utérus, de mélanome, de cancer de la cavité buccale, de cancer de la prostate, de cancer des testicules et de cancer de la thyroïde. D'autres études ont révélé un risque accru d'hospitalisation en raison de la COVID-19 chez les personnes atteintes de cancers du foie, du poumon et hématologiques (38,39).

Mortalité

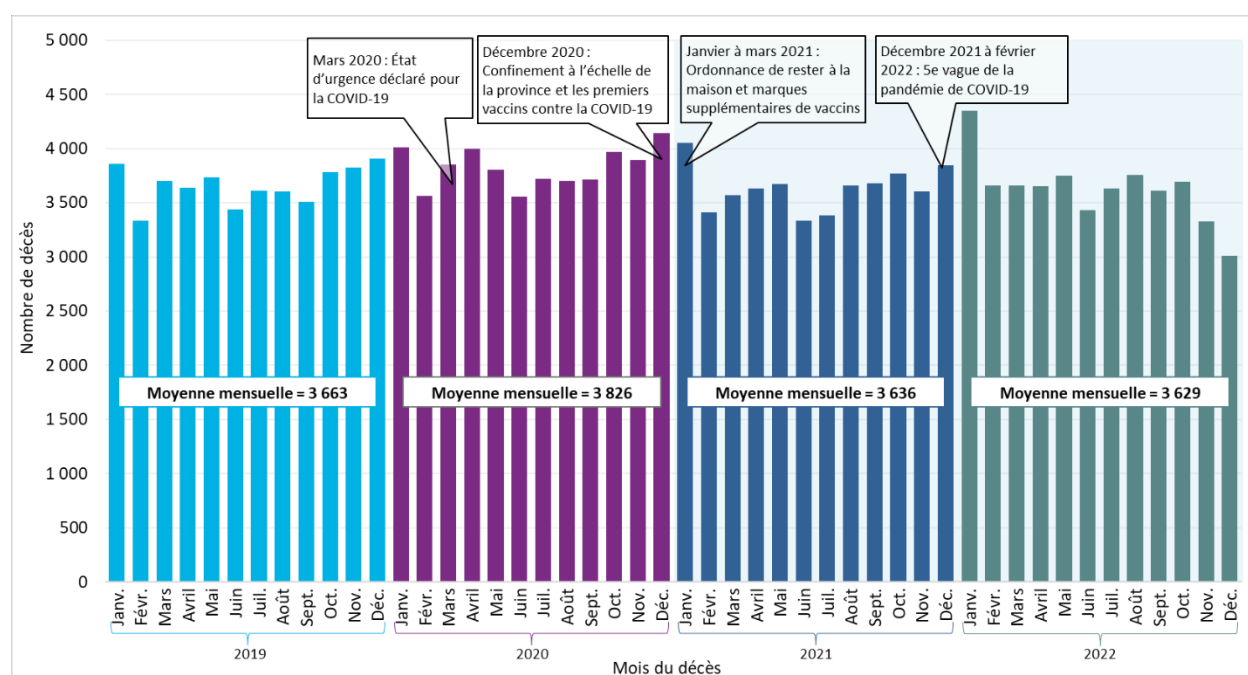
Les décès pendant la pandémie de COVID-19 reflètent la mortalité habituelle, ainsi que les décès directement ou indirectement liés à la COVID-19. La tendance historique d'une augmentation du nombre de décès chez les personnes atteintes de cancer devait se poursuivre pendant la pandémie. Cette tendance est le résultat de l'incidence croissante du cancer en Ontario attribuable à une population en croissance et vieillissante, qui sont des facteurs majeurs de l'incidence du cancer (voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#)) et donc aussi de la mortalité.

En 2020, il y a eu 4 758 décès confirmés de COVID-19 en Ontario (40), et, selon les données de Santé Ontario, 333 de ces décès étaient parmi des personnes diagnostiquées avec un cancer entre 2015 et 2020, ce qui représente un taux normalisé selon l'âge de 60,8 décès liés à la COVID-19 pour 100 000 personnes-années. Bien des décès liés à la COVID-19 chez les personnes atteintes ou non d'un cancer sont susceptibles d'avoir eu lieu chez les résidents des établissements de soins de longue durée (41), car le Canada avait la plus forte proportion de décès liés à la COVID-19 chez les résidents de ces établissements par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (42).

Tendances de mortalité chez les personnes atteintes de cancer

Dans l'ensemble, le nombre de décès chez les personnes atteintes de cancer était plus élevé en 2020 qu'en 2019 (45 931 en 2020 par rapport à 43 955 en 2019). Bien que le nombre moyen de décès mensuels ait été inférieur en 2021 et en 2022 (**figure 1.7**), les données disponibles pour ces années ne reflètent pas les décès survenus chez des personnes qui ont été déterminées comme ayant un cancer uniquement au moment de leur décès, les cas dits confirmés « par certificat de décès uniquement » (CDU). Les cas confirmés par CDU pour 2021 et 2022 n'étaient pas disponibles au moment de cette analyse. Les cas confirmés par CDU représentent environ 1,4 % de tous les nouveaux cas de cancer en Ontario chaque année pendant cette période.

Figure 1.7 Nombre de décès toutes causes confondues chez les personnes atteintes de cancer par mois, Ontario, 2019 à 2022



Remarques :

- Comprend les décès de toutes causes parmi les personnes diagnostiquées avec le cancer de 1981 à 2022.
- Les années avec un arrière-plan bleu indiquent des dénombrements de décès provisoires et doivent donc être interprétées avec prudence.
- Les données pour 2021 et 2022 ne comprennent pas les décès parmi les quelques 1,4 % de personnes dont les nouveaux cas ont été déterminés comme étant atteintes de cancer uniquement au moment du décès (c.-à-d. les cas confirmés par certificat de décès uniquement).

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

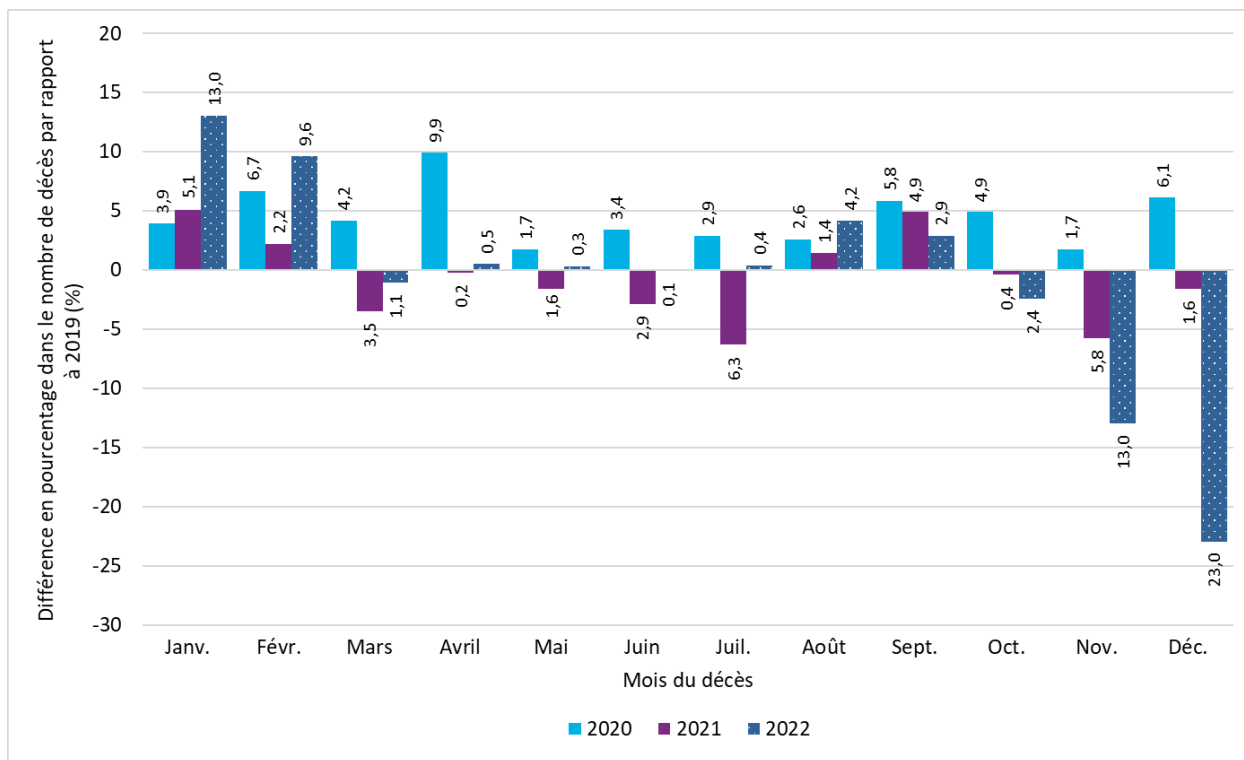
Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (mars 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Alors que chaque mois de l'année 2020 a montré un nombre plus élevé de décès chez les personnes atteintes de cancer par rapport à 2019 (**figure 1.7**), avril 2020 (le deuxième mois de la pandémie en Ontario) a connu une augmentation de près de 10 % des décès (**figure 1.8**). Cette observation est cohérente avec le nombre total de décès au Canada parmi les personnes atteintes de cancer et de COVID-19 (10).

Un nombre élevé de décès a également été signalé au cours des deux premiers mois de 2022, représentant une augmentation de 13,0 % et de 9,6 % par rapport à janvier et février 2019 (**figure 1.8**). Cette période en 2022 s'est déroulée pendant la cinquième vague de la pandémie de COVID-19 en Ontario, qui a commencé en décembre 2021, et l'arrivée du variant Omicron. Cette cinquième vague coïncide avec le plus grand nombre de nouveaux cas de COVID-19 en une seule journée, qui s'est produit en décembre 2021. Le risque plus élevé de décès en raison du variant Omicron a également été observé dans des juridictions autres que l'Ontario(43).

Il est raisonnable de supposer que l'ensemble des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les décès liés au cancer n'a pas encore été observé. Les retards dans le diagnostic, comme le suggère le changement de répartition des stades pour certains cancers en 2020, les taux plus élevés d'hospitalisation des personnes atteintes de cancer et l'accès réduit aux services de lutte contre le cancer ou leur utilisation, laissent présager une possibilité de taux de mortalité plus élevés dans les années à venir. Il sera important de continuer à surveiller les taux de mortalité à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles.

Figure 1.8 Différence en pourcentage de la mortalité attribuable à toutes les causes chez les personnes atteintes de cancer par mois, Ontario, 2020 à 2022 par rapport à 2019



Remarques :

- Décès attribuables à toutes les causes chez les personnes atteintes de cancer diagnostiqué de 1981 à 2022.
- Les données pour 2021 et 2022 ne comprennent pas les décès parmi les quelques 1,4 % de personnes dont les nouveaux cas ont été déterminés comme étant atteintes de cancer uniquement au moment du décès (c.-à-d. les cas confirmés par certificat de décès uniquement).

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

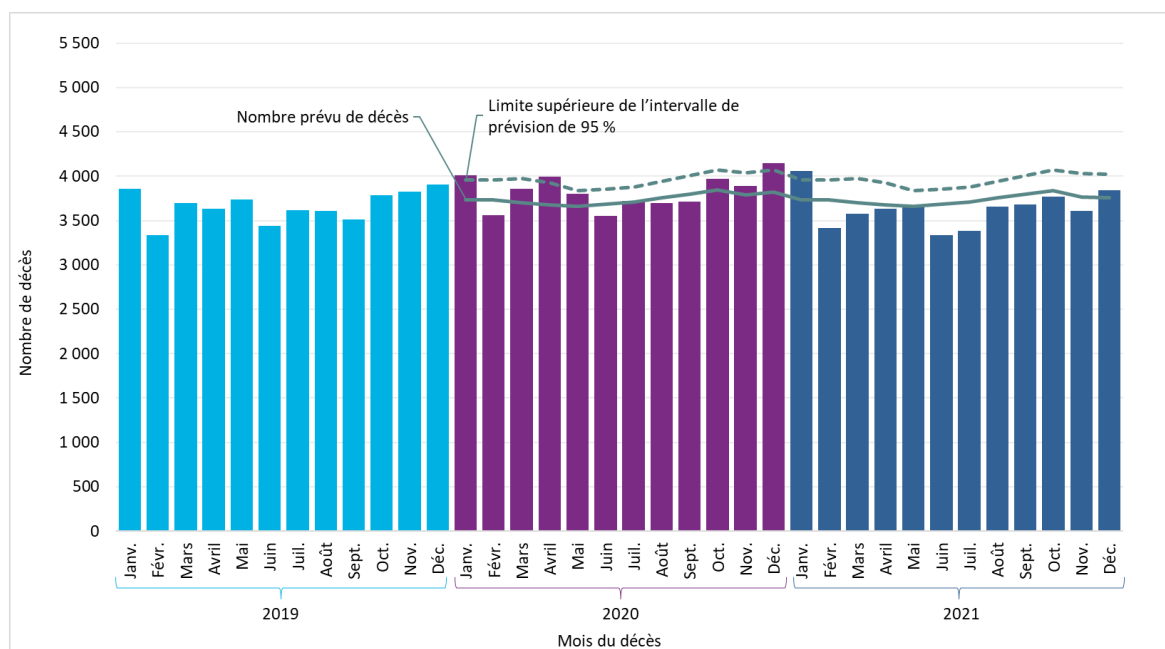
Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (mars 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Surmortalité

En Ontario, le nombre de décès augmente régulièrement au fil du temps en raison du vieillissement et de la croissance de la population de la province. La pandémie de COVID-19 a également contribué à l'augmentation du nombre total de décès. La surmortalité suggère un écart par rapport à la tendance habituelle de la mortalité et sert de moyen supplémentaire de mesurer l'incidence de la pandémie de COVID-19.

La **figure 1.9** montre le nombre mensuel observé et attendu de décès attribuables à toutes les causes chez la population atteinte de cancer de 2020 à 2021. Au cours de l'année 2020, il y a eu 1 443 surmortalités chez la population atteinte de cancer et, au cours de l'année 2021, il y a eu 417 surmortalités. Ces résultats reflètent la surmortalité déclarée dans la population générale en Ontario au cours de la première année de la pandémie (44).

Figure 1.9 Surmortalité (attribuable à toutes les causes) chez les personnes atteintes de cancer, Ontario, 2020-2021



Remarques :

- Les décès de 2019 à 2021 incluent les personnes diagnostiquées avec le cancer de 1981 à 2021.
- Le nombre prévu de décès a été calculé à l'aide de l'algorithme de Farrington (voir [annexe 2 : Analyse](#)), fondée sur toutes les causes de décès parmi la cohorte de personnes atteintes de cancer de 2015 à 2019.
- La limite supérieure représente l'intervalle de prévision supérieur à 95 % pour le nombre de décès prévus.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

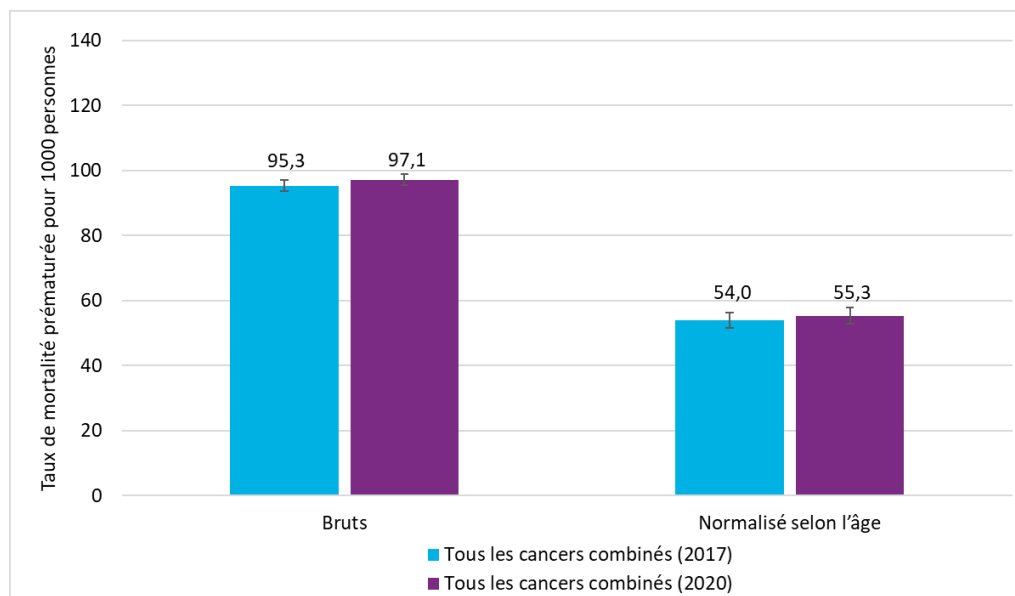
Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (mars 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Mortalité prématurée

Les décès prématurés sont définis comme des décès survenant avant l'âge de 75 ans (45,46). En Ontario, les taux de mortalité prématurée normalisés selon l'âge chez les personnes atteintes de cancer sont similaires entre la période pré-pandémique (54,0 pour 1 000 personnes en 2017) et la première année de la pandémie (55,3 pour 1 000 personnes en 2020) (**figure 1.10**).

De plus, il n'y avait aucune différence dans les taux de mortalité prématurée normalisés selon l'âge chez les personnes atteintes de cancer qui étaient atteintes de la COVID-19 (53,5 pour 1 000 personnes) et les personnes atteintes de cancer qui n'étaient pas atteintes de la COVID-19 en 2020 (55,4 pour 1 000 personnes) (**figure 1.11**). Il n'y avait également aucune différence dans les taux non ajustés (c.-à-d. bruts).

Figure 1.10 Taux de mortalité prématurée chez les personnes atteintes de cancer, Ontario, avant la pandémie de COVID-19 (2017) et première année de la pandémie (2020)



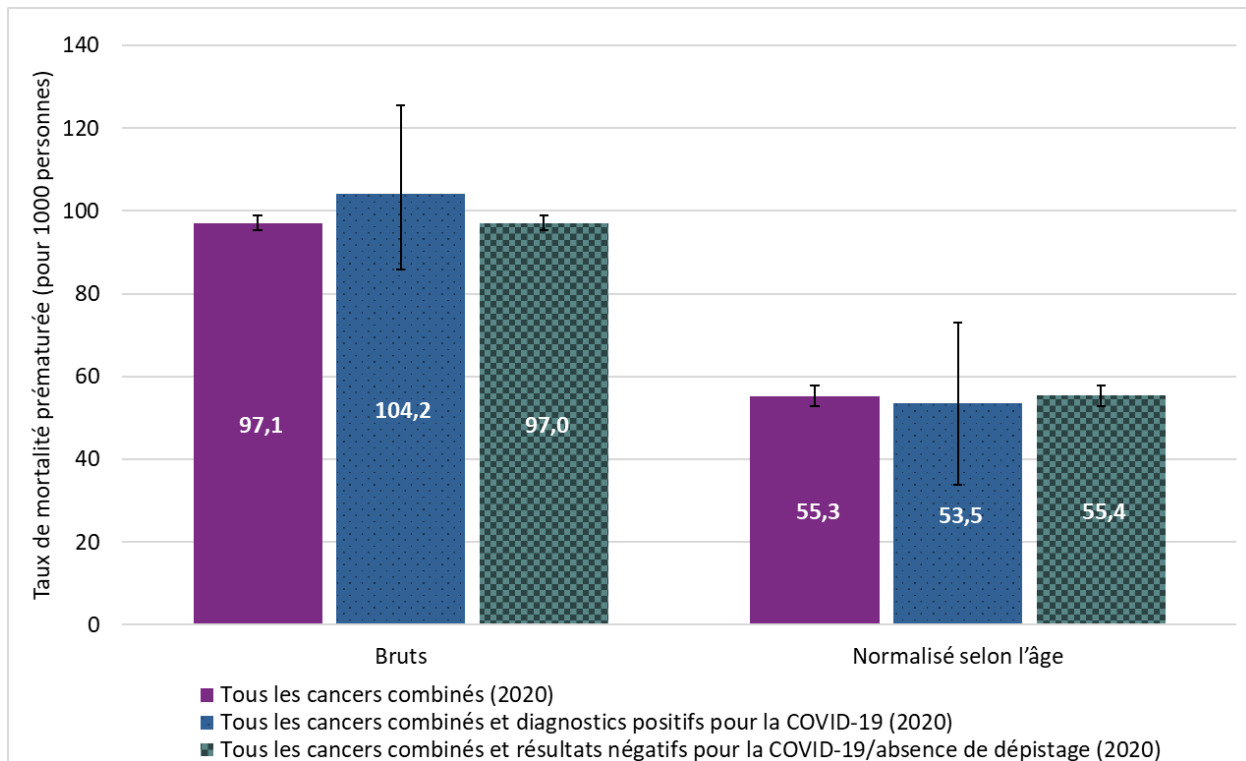
Remarques :

- Les taux de décès prématurés en 2017 ont été calculés pour la cohorte de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2015 et 2017. Les taux de décès prématurés en 2020 ont été calculés pour la cohorte de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2018 et 2020.
- Les taux sont par 1 000 personnes.
- Les taux normalisés selon l'âge sont normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne en 2011.
- Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (mars 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 1.11 Taux de mortalité prématurée chez les personnes atteintes de cancer selon le statut de COVID-19, Ontario, 2020



Remarques :

- Les taux de décès prématurés en 2020 ont été calculés pour la cohorte de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2018 et 2020.
- Les taux sont par 1 000 personnes.
- Les taux normalisés selon l'âge sont normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne en 2011.
- Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Sources de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (mars 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario); Solution de gestion des cas et des contacts, ministère de la Santé (mars 2023)

Survie

Les changements au niveau de la survie à court terme (un an et deux ans) sont une façon d'estimer l'incidence sur la détection du cancer et les retards dans le traitement pendant la pandémie. La survie à court terme saisit également la morbidité liée à des problèmes de santé aigus et concomitants tels que la COVID-19. Parce que les personnes atteintes de cancer sont très susceptibles de contracter la COVID-19 (47,48), il est probable que bon nombre d'entre elles ont choisi de limiter leur exposition au virus en s'isolant et en réduisant ou évitant les rencontres avec les professionnels de la santé pendant la pandémie. Pour éviter les répercussions négatives du retard à se faire soigner, l'Ontario a mis en place des stratégies pour aider à minimiser l'exposition à la COVID-19 dans les hôpitaux et se conformer aux directives de santé publique. Ces stratégies comprenaient une utilisation accrue des soins virtuels, la priorisation de certaines populations (p. ex. les personnes suffisamment en forme pour suivre un traitement), l'hypofractionnement de la radiothérapie (c.-à-d. l'administration de doses plus fortes de radiation lors d'un moins grand nombre de rendez-vous), la modification des schémas thérapeutiques systémiques et le congé le jour même après une chirurgie.

Au cours de la première année de la pandémie, les taux de survie relative (TSR) à un an et à deux ans ont légèrement diminué. En 2020, le TSR à un an a diminué de 1,9 point de pourcentage pour tous les cancers combinés et le TSR à deux ans a diminué de 2,5 points de pourcentage par rapport à 2019 (**figure 1.12** et **figure 1.13**).

Seul le TSR à 2 ans pour le cancer colorectal a montré une diminution statistiquement significative de 2,7 points de pourcentage par rapport à 2019 (**figure 1.12** et **figure 1.13**). Alors que des diminutions ont également été observées pour d'autres types de cancer, elles n'étaient pas statistiquement significatives. Il sera important de continuer à surveiller les changements de survie à mesure que le temps s'accumule pour permettre l'analyse du TSR à cinq ans (une statistique plus courante fondée sur la population).

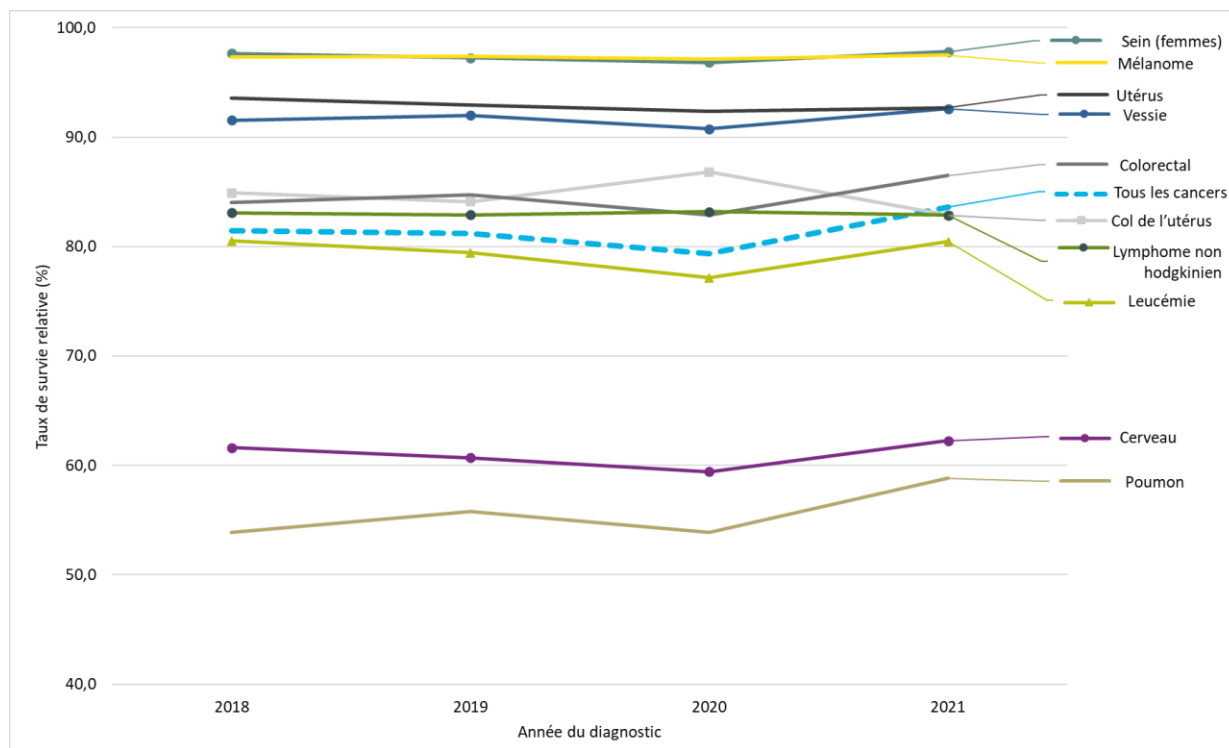
Seul le cancer du col de l'utérus a connu une augmentation du TSR par rapport à 2019, bien que cela ne soit pas statistiquement significatif. En 2020, le cancer du col de l'utérus a connu une augmentation de 2,7 points de pourcentage du TSR à un an et une augmentation de 1,4 point de pourcentage du TSR à deux ans par rapport à 2019.

Au fil du temps, on s'attend à ce que l'on porte une plus grande attention aux statistiques de survie fondées sur la population et publiées à partir de données pandémiques, et une plus grande disponibilité de celles-ci, qui pourront ensuite être comparées aux résultats rapportés ici. D'après la littérature limitée à ce jour, une étude de modélisation réalisée en Alberta a révélé des diminutions significatives de la survie relative à un an pour les diagnostics récents chez les personnes atteintes de cancer colorectal et de lymphome non hodgkinien(23).

Un effet de la pandémie est que les délais d'attente pour accéder à certains services de diagnostic et à la chirurgie pour certains cancers étaient plus courts que d'habitude. Ces réductions du temps d'attente ont été déclarées dans le diagnostic et le traitement du cancer de la peau du Royaume-Uni(49). Au Canada, il y a eu des réductions allant jusqu'à cinq jours du temps d'attente pour une imagerie par résonance magnétique pour toutes les indications au cours de la première année de la

pandémie et de petites réductions pour des tomodensitométries (50). De plus, il y a eu des réductions allant jusqu'à cinq jours du temps d'attente médian pour les chirurgies pour les cancers de la vessie, des seins, colorectal, du poumon et de la prostate (50). En Ontario, les traitements non chirurgicaux, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, ont été priorités par rapport aux chirurgies pendant les premières semaines de la pandémie (51). Le temps d'accès à un traitement non chirurgical ou à une chirurgie était plus court au début de la période de la pandémie par rapport à la période avant la pandémie (51). On ne sait pas encore si ces déviations du temps d'attente auront une incidence sur la survie.

Figure 1.12 Taux de survie relative à un an normalisés pour certains types de cancer, Ontario, 2018 à 2021



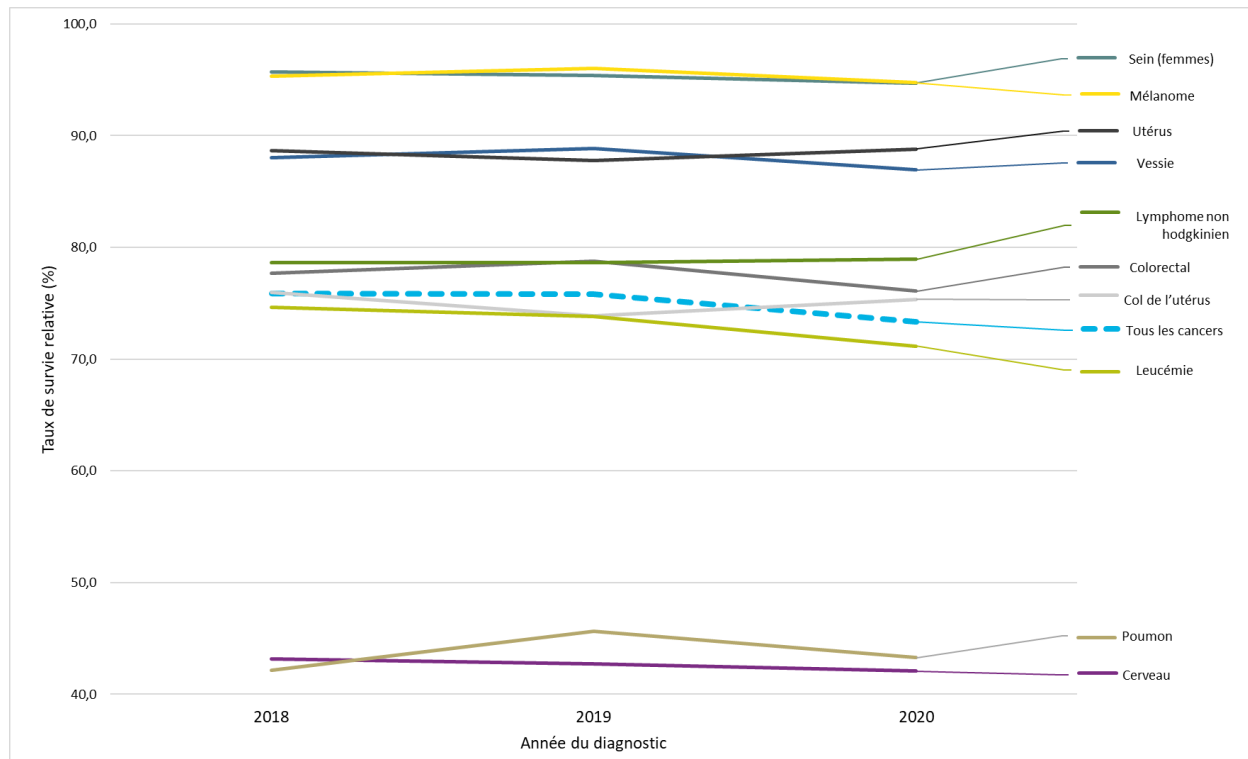
Remarques :

- L'analyse a été limitée aux cas de cancer chez les personnes âgées de 15 à 99 ans.
- La méthode de la cohorte a été utilisée pour dériver les taux de survie relative pour toutes les périodes.
- Les cas ont été sélectionnés en fonction des normes du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour le dénombrement des cancers primaires multiples.
- Les taux de survie relative ont été normalisés selon l'âge en utilisant les Normes internationales de survie au cancer (52).
- Le cancer de la vessie comprend uniquement les cas de tumeurs malignes (les cas de carcinome *in situ* de la vessie sont exclus).

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 1.13 Taux de survie relative normalisés selon l'âge à deux ans par types de cancer sélectionnés, Ontario, 2018 à 2020



Remarques :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- La méthode de la cohorte a été utilisée pour dériver les taux de survie relative pour toutes les périodes.
- Les cas sont sélectionnés en fonction des normes du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour le dénombrement des cancers primaires multiples.
- Les taux de survie relative ont été normalisés selon l'âge en utilisant les normes internationales de survie au cancer (52).
- Le cancer de la vessie comprend uniquement les cas de tumeurs malignes (les cas de carcinome *in situ* de la vessie sont exclus).

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (septembre 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Conclusion

L'analyse présentée dans ce chapitre donne un aperçu de l'incidence de la COVID-19 sur la population atteinte de cancer en Ontario au cours des trois premières années de la pandémie de COVID-19. La poursuite de la surveillance sera importante afin de comprendre toute l'ampleur de l'incidence de la pandémie sur les résultats sur le cancer. L'un des principaux atouts de cette analyse est qu'elle utilise des données fondées sur la population provinciale plutôt que des données régionales ou provenant d'établissements sélectionnés, ce qui rend les conclusions de l'analyse plus représentatives.

L'analyse fournit plusieurs points à retenir, comme suit.

Incidence :

- En Ontario, l'incidence sur le diagnostic du cancer a été la plus importante au cours de la première année de la pandémie. Bien qu'il y ait eu un retour progressif au niveau mensuel habituel de nouveaux diagnostics de cancer dès la fin de 2020, il ne semble pas y avoir eu de rattrapage substantiel avant 2022.
- L'incidence de la COVID-19 sur le diagnostic du cancer a varié selon les différents types de cancer. Alors que la plupart des types de cancer ont connu une baisse des nouveaux diagnostics en 2020, il y a eu des diminutions variables, certaines se prolongeant aux années suivantes. Dans d'autres cas, certains types de cancer ont connu peu de changements ou ont connu une augmentation des diagnostics en 2020. Pour certains cancers, le retour aux niveaux de diagnostic d'avant la pandémie, ou le dépassement de ces niveaux au cours de 2021 et 2022, suggère un rattrapage des retards de diagnostic. Les plus fortes baisses de nouveaux cas pendant la première année de la pandémie ont été observées pour les cancers de la thyroïde (-18,4 % par rapport à 2019), du sein (-12,1 %), de la prostate (-12,0 %) et le mélanome (-11,1 %). Les cancers pour lesquels un programme de dépistage organisé était en place semblent être revenus à des niveaux d'incidence presque normaux dès la fin de 2020, à mesure que la participation au programme augmentait progressivement tout au long de l'année.
- Parmi les cancers pour lesquels des données sur le stade au niveau de la population sont disponibles en Ontario, on observe une légère tendance vers un stade avancé pour les cancers du sein et du côlon. Le passage à un stade avancé pourrait entraîner une survie plus faible pour ces cancers dans les années à venir.
- Au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, les personnes atteintes de cancer présentaient des taux d'hospitalisation deux fois plus élevés peu de temps après avoir reçu un diagnostic de COVID-19 par rapport à la population générale de l'Ontario, après avoir tenu compte des différences d'âge entre ces populations. Des taux d'hospitalisation plus élevés parmi les personnes atteintes de cancer peuvent s'expliquer par leur plus grande susceptibilité à la COVID-19 et par des complications plus importantes par rapport aux personnes sans cancer.

Mortalité :

- En Ontario, il y a eu beaucoup plus de décès chez les personnes atteintes de cancer en 2020 par rapport à 2019, ce qui pourrait être directement ou indirectement lié à l'incidence de la COVID-19.
- Les taux de mortalité prématurée étaient similaires chez les personnes diagnostiquées avec un cancer au cours des années les plus récentes (2018 à 2020) et celles diagnostiquées jusqu'à cinq ans avant la pandémie (2015 à 2017), qu'elles aient eu la COVID-19 ou non.

Survie :

- La survie pour plusieurs cancers courants a été affectée en 2020, montrant des baisses par rapport à 2019 dans la survie à un an et à deux ans, allant de 0,6 % à 2,7 %. Toutefois, seule la diminution de la survie à deux ans pour le cancer colorectal de 2,7 % était statistiquement significative.

Limitations

Plusieurs mises en garde s'imposent concernant cette analyse :

- L'incapacité d'examiner les sous-groupes de population en fonction de leur vulnérabilité est une limitation. Les personnes atteintes de cancer chez les populations les plus vulnérables, comme celles qui vivent dans la marginalisation, sont plus exposées au risque de contracter la COVID-19 et, par conséquent, plus susceptibles de mourir. Les recherches actuelles évaluent les résultats de la COVID-19 en Ontario en fonction des indicateurs de marginalisation afin d'aborder ce sujet.
- Il n'a pas été possible de déterminer si la cause d'une hospitalisation était due à la COVID-19, car cette information n'était pas enregistrée dans la Solution de gestion des cas et des contacts, qui était la source des données sur la COVID-19.
- Les données sur le stade au moment du diagnostic n'étaient disponibles qu'au niveau de la population pour le cancer du sein (femmes), de la prostate, du poumon, du côlon et du col de l'utérus. Les changements de stade peuvent avoir été différents au cours de la première année de la pandémie pour d'autres types de cancer, mais en raison du manque de données adéquates, il n'a pas été possible de confirmer cette hypothèse.
- Le nombre de décès rapportés dans cette analyse serait sous-estimé si les personnes atteintes d'un cancer non diagnostiqué décédaient de la COVID-19 avant de recevoir le diagnostic de leur cancer. Comme les autopsies sont rarement effectuées, il serait difficile de quantifier ce type d'incident.
- L'analyse actuelle n'a pas pris en compte les différences de comorbidités, le moment de l'infection par la COVID-19 par rapport au traitement du cancer (p. ex. avant, pendant ou après le traitement) ou les effets à long terme de l'infection par la COVID-19, qui sont tous connus pour avoir une incidence sur la survie (53,54).
- L'examen de la mortalité et de la survie en relation avec les différentes variantes préoccupantes de la COVID-19 pourrait fournir des renseignements plus nuancés sur les résultats différents chez les personnes atteintes de cancer. Cependant, ce type d'analyse était hors de portée pour le présent rapport, mais c'est un domaine important pour les analyses futures.

- Les analyses dans ce rapport n'ont pas été stratifiées selon le statut de vaccination contre la COVID-19, ce qui pourrait fournir plus de renseignements sur les variations des résultats pour les personnes atteintes de cancer.
- Il est reconnu que les ressources humaines en santé ont été gravement touchées par la pandémie de COVID-19. La capacité du système de lutte contre le cancer à fournir des soins de grande qualité est reconnue comme un déterminant important des résultats sur le cancer. Malgré ce fait, un examen de la capacité du système de santé était hors de portée du présent rapport.

Conséquences

L'analyse des schémas et des tendances de l'incidence, de la mortalité et de la survie du cancer au cours des premières années de la pandémie de COVID-19 permet de signaler d'éventuelles lacunes dans le système de santé et les sous-groupes de personnes atteintes de cancer, qui ont mal performé pendant la pandémie, que ce soit en raison d'obstacles à l'accès, de leurs préférences en matière de soins, de leurs caractéristiques biologiques, de leur comportement personnel ou d'autres déterminants de la santé. Ce type d'analyse peut aider à établir des priorités pour les futures crises afin de garantir la prestation de soins équitables. Il peut également déterminer les parties du système de lutte contre le cancer qui nécessitent une attention supplémentaire, comme le dépistage, le diagnostic et le traitement, ainsi qu'informer quels services peuvent être ouverts en toute sécurité pour servir certaines sous-populations. En déterminant les sous-groupes les plus à risque, le système de santé peut également procéder au triage pour les arriérés de cas en fonction de leur propension à des résultats indésirables, tels qu'une mauvaise survie et une mortalité élevée.

Chapitre 2 : Incidence du cancer

L'incidence du cancer désigne le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une période donnée. Ce chapitre présente des projections pour la période de 2021 à 2024 et les taux d'incidence réels (non projetés) sur la base des valeurs considérées comme complètes jusqu'en 2020, qui est la dernière année disponible. Parce que 2020 a été une année anormale qui peut biaiser certaines estimations, les données d'incidence pour 2020 sont exclues des statistiques suivantes dans ce chapitre : les projections de dénombrement et de taux d'incidence, la probabilité de développer un cancer et les tendances d'incidence. Par conséquent, ces statistiques ne tiennent pas compte des effets de la pandémie de COVID-19.

Aperçu de l'incidence

Bien que le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en Ontario (incidence) ait augmenté au cours des trois dernières décennies, le taux d'incidence diminue depuis plusieurs années. En règle générale, l'incidence du cancer est influencée par ce qui suit :

- les facteurs sociodémographiques;
- la disponibilité de la détection précoce et du dépistage du cancer;
- la prévalence des facteurs de risque et de protection du cancer.

Les facteurs de risque et les facteurs de protection du cancer peuvent inclure ce qui suit (55,56) :

- les facteurs modifiables (p. ex. tabagisme, alimentation, consommation d'alcool, activité physique, poids corporel, exposition au soleil);
- les facteurs non modifiables (p. ex. âge du premier cycle menstruel, ménopause, antécédents familiaux de cancer);
- les traitements précédents (p. ex. hormonothérapie substitutive, radiothérapie médicale);
- l'exposition aux agents cancérogènes liés à l'environnement et à la profession (p. ex. radon, pollution de l'air, rayons ultraviolets, amiante, émissions des moteurs diesel);
- les problèmes de santé et les agents infectieux (p. ex. maladie de Crohn, *Helicobacter pylori*);
- le statut de vaccination (p. ex. vaccin contre l'hépatite B, vaccin contre le virus du papillome humain (VPH));
- les prédispositions génétiques (p. ex. gènes BRCA1 et BRCA2, gène RB1);

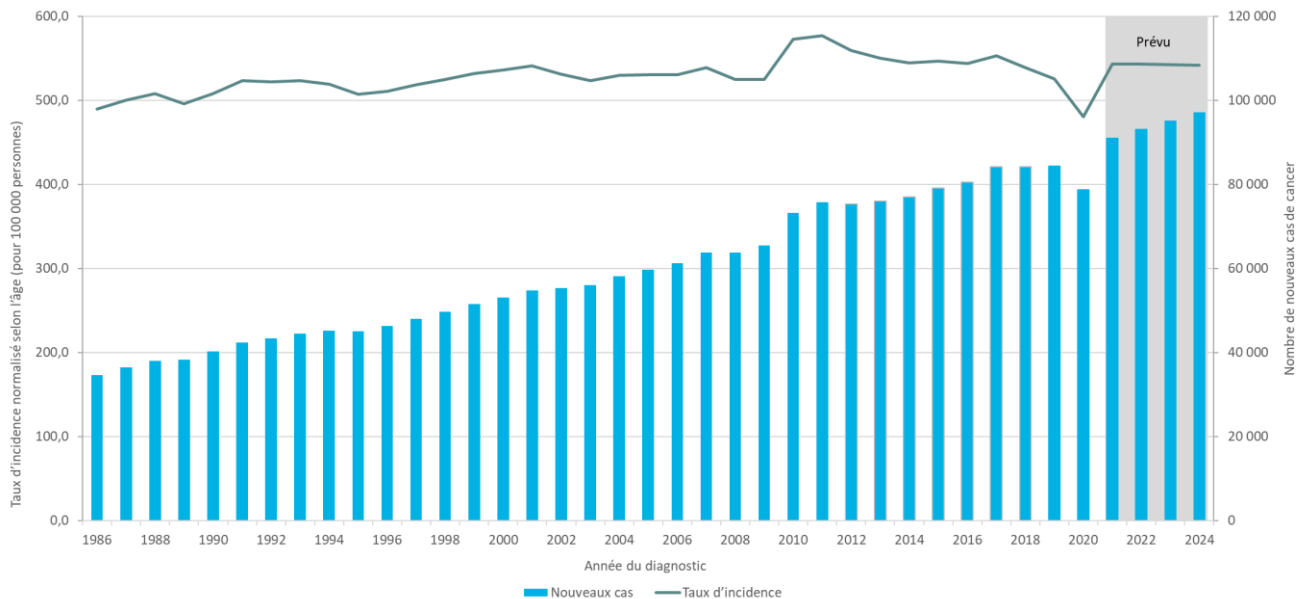
Dans ce chapitre, les statistiques selon le sexe font référence aux données sexuelles qui sont binaires et attribuées à la naissance. Pour de plus renseignements, consultez [À propos de ce rapport : Statistiques par sexe](#).

Incidences estimées de cancer en 2024

En 2024, on estime qu'il y aura 97 193 nouveaux cas de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome) en Ontario, ce qui entraînera un taux d'incidence standardisé selon l'âge de 542,0 cas pour 100 000 personnes (**figure 2.1**). Au fil du temps, le nombre de cas de cancer a augmenté de manière constante, avec quelques changements notables :

- Une augmentation soudaine s'est produite dans le dénombrement de l'incidence du cancer en 2010, qui résulte de l'adoption par le Registre des cas de cancer de l'Ontario des règles du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'institut national du cancer pour le dénombrement des cancers primaires multiples (**figure 2.1**). Ces règles ont été appliquées au registre des personnes diagnostiquées à partir de 2010, ainsi, à partir de cette année-là, les chiffres plus élevés reflètent l'adoption des nouvelles règles et non une véritable augmentation de l'incidence du cancer (voir [annexe 2 : Analyse](#)) (57).
- Un nombre de cas et un taux d'incidence du cancer inférieur à ceux prévus sont observés en 2020 par rapport aux années précédentes (**figure 2.1**). Cette diminution a été observée dans de nombreuses juridictions et est liée à une baisse globale des diagnostics de cancer en raison de la pandémie de COVID-19 (voir [le chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#)).

Figure 2.1 Valeurs d'incidences et taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, de 1986 à 2024



Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Les taux d'incidence sont basés sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010 (indiqués par la ligne pointillée). Les comparaisons directes entre les taux pour les années 2010 et suivantes et les années précédentes ne devraient généralement pas être effectuées. Les années antérieures à 2010 sont présentées uniquement pour mettre en évidence l'impact sur les nouveaux cas et les taux du changement des normes de comptabilisation des cancers primaires multiples.
- La zone grisée indique les données projetées pour les années 2021 et suivantes.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

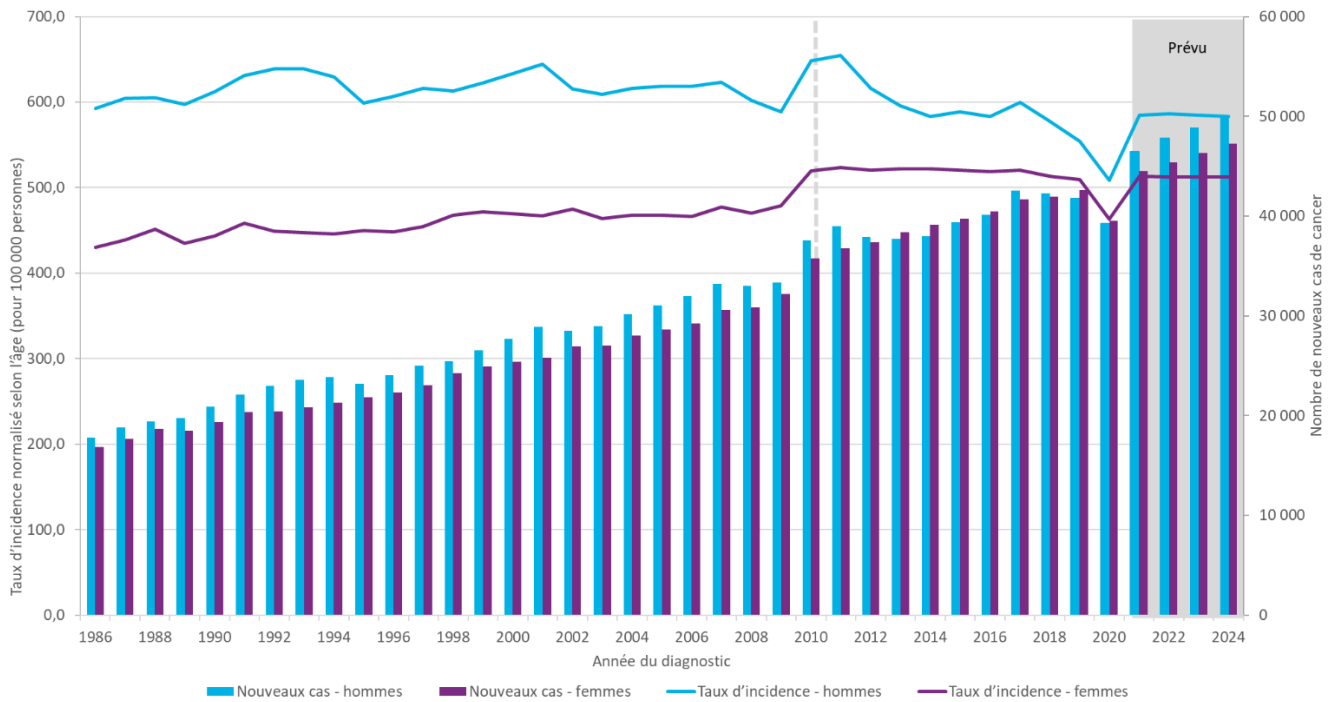
Taux d'incidence projeté par sexe

Chez les hommes, 49 923 cas de cancer devraient être diagnostiqués en 2024, soit un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 582,9 pour 100 000 (**figure 2.2**). La chute rapide de la valeur et du taux après 2011 est en partie due à la diminution du cancer de la prostate. Cette diminution faisait suite aux recommandations de 2012 de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) contre l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate pour le dépistage systématique des hommes, quel que soit leur âge (58). De même, en 2014, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a formulé une recommandation en lien avec le dépistage du cancer de la prostate s'opposant à l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate (59). La dernière déclaration de l'USPSTF,

publiée en 2018, a formulé la même recommandation qu'en 2012 pour les hommes âgés de 70 ans et plus et a été modifiée afin d'inclure un choix pour les hommes de 50 à 69 ans (60).

Parmi les femmes, on prévoit que 47 270 nouveaux cas seront diagnostiqués en 2024 avec un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 512,3 pour 100 000 (**figure 2.2**). Le taux d'incidence a été plus élevé chez les hommes que chez les femmes chaque année depuis au moins 1986. Cette différence entre les sexes a été observée dans de nombreuses autres juridictions (61,62). Des taux plus élevés de cancer chez les hommes ont été attribués à des différences dans leur comportement (63–65), leur immunité (66), leurs hormones (67) et leurs expositions (p. ex. les agents cancérigènes sur le lieu de travail (68,69).

Figure 2.2 Valeurs d'incidences et taux normalisés selon l'âge, par sexe binaire, pour tous les cancers combinés, Ontario, 1986 à 2024



Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Les taux d'incidence sont basés sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010 (indiqués par la ligne pointillée). Les comparaisons directes avec les taux de 2010 et des années précédentes ne devraient généralement pas être effectuées. Les années antérieures à 2010 sont présentées uniquement pour mettre en évidence l'impact sur les nouveaux cas et les taux du changement des normes de comptage des cancers primaires multiples.
- La zone grisée indique les données projetées pour les années 2021 et suivantes.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Incidence projetée par sexe et type de cancer

En 2024, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué devrait être le cancer du sein chez les femmes (13 039 cas ou 13,4 % de tous les nouveaux cas), suivi du cancer du poumon (10 738 cas ou 11,0 %), du cancer de la prostate (10 192 cas ou 10,5 %) et du cancer colorectal (9 244 cas ou 9,5 %) (**tableau 2.1**). Ces quatre cancers devraient représenter 44,4 % de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2024.

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 de 114,5 pour 100 000. Le cancer du sein, avec un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 147,5 pour 100 000, devrait être le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes.

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les types de cancer qui affectent les hommes et les femmes énumérés dans le **tableau 2.1**, à l'exception du cancer de la thyroïde (le taux d'incidence normalisé selon l'âge chez les femmes est supérieur de 15,8 pour 100 000) et du cancer du poumon (le taux d'incidence normalisé selon l'âge chez les femmes est supérieur de 0,5 pour 100 000). Une prévalence plus élevée de certains facteurs de risque explique probablement la prévalence plus élevée du cancer chez les hommes (voir [chapitre 2 : Incidence par sexe et type de cancer](#) pour une discussion plus détaillée).

En 2024, on prévoit que le nombre de nouveaux cas de cancer de la thyroïde chez les femmes dépassera plus que le double des cas chez les hommes, avec un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 28,0 pour 100 000 chez les femmes et de 12,2 pour 100 000 chez les hommes. Pour une discussion détaillée sur les raisons possibles de la disparité entre les sexes dans l'incidence du cancer de la thyroïde, consultez le [chapitre 2 : Incidence par sexe et type de cancer](#).

Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon chez les femmes devrait dépasser le nombre de cas chez les hommes de 882 en 2024. Ce cancer a un taux d'incidence normalisé selon l'âge projeté de 56,6 pour 100 000 chez les femmes et de 56,1 pour 100 000 chez les hommes. Pour de plus amples renseignements sur les tendances d'incidence du cancer du poumon, consultez le [chapitre 2 : Tendances d'incidence par type de cancer](#).

Tableau 2.1 Nombre prévu d'incidences et taux normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2024

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – nouveaux cas	Hommes et femmes combinés – TINA	Hommes – nouveaux cas	Hommes – TINA	Femmes – nouveaux cas	Femmes – TINA
Tous les cancers	97 193	542,0	49 923	582,9	47 270	512,3
Vessie	4 567	23,9	3 534	40,7	1 033	10,1
Cerveau	1 253	7,4	707	8,8	546	6,2
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	13 039	147,5
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	669	8,4
Colorectal	9 244	51,0	5 281	62,7	3 963	40,7
Œsophage	1 016	5,5	767	9,0	249	2,4
Lymphome de Hodgkin	455	2,8	248	3,1	207	2,5
Rein	3 310	19,0	2 205	27,0	1 105	12,0
Larynx	411	2,2	351	4,1	60	0,6
Leucémie	2 694	15,2	1 479	17,7	1 215	12,8
Foie	1 744	9,3	1 216	13,9	528	5,2
Poumon	10 738	56,2	4 928	56,1	5 810	56,6
Mélanome	4 922	27,6	2 832	33,7	2 090	22,9
Myélome	1 759	9,4	1 007	11,7	752	7,5
Lymphome non hodgkinien	5 117	28,2	2 838	33,7	2 279	23,6
Cavité buccale et pharynx	2 122	12,1	1 448	17,5	674	7,2
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1 368	15,3
Pancréas	2 655	14,2	1 373	16,0	1 282	12,6
Prostate	S.O.	S.O.	10 192	114,5	S.O.	S.O.
Estomac	1 850	10,1	1 207	14,3	643	6,6
Testicules	S.O.	S.O.	564	7,1	S.O.	S.O.
Thyroïde	3 181	20,2	955	12,2	2 226	28,0
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	3 629	40,4

Abréviations :

TINA veut dire Taux d'incidence normalisé selon l'âge

S.O. signifie sans objet

Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Les taux d'incidence projetés sont fondés sur les normes de surveillance, épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les projections sont basées uniquement sur les cas de tumeurs malignes.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Incidence projetée par âge et type de cancer

On s'attend à diagnostiquer le plus grand nombre de nouveaux cas de cancer chez les personnes âgées de 60 à 79 ans. Environ 56,8 % de tous les cas en 2024 devraient être diagnostiqués dans ce groupe d'âge (**tableau 2.2**). Le groupe d'âge ayant le deuxième plus grand nombre de nouveaux cas de cancer sera les personnes âgées de 40 à 59 ans (19,7 %), suivi de ceux âgés de 80 ans et plus (18,8 %). Seulement 4,7 % des cas devraient être diagnostiqués chez les personnes de moins de 40 ans.

Le taux d'incidence de tous les cancers combinés en 2024 devrait varier de 59,5 pour 100 000 chez les personnes de 39 ans et moins à 2 445,5 pour 100 000 chez les personnes de 80 ans et plus. Les taux projetés pour 2024 augmentent avec l'âge pour la plupart des cancers, sauf :

- le cancer du col de l'utérus, qui augmente avec l'âge, mais atteint son maximum chez les personnes âgées de 40 à 59 ans;
- les cancers de la bouche et du pharynx, de la prostate, de la thyroïde et de l'utérus, qui augmentent avec l'âge, mais atteignent leur pic chez les personnes âgées de 60 à 79 ans;
- le cancer des testicules, qui diminue avec l'âge avancé;
- le lymphome hodgkinien, qui est le plus fréquent chez les personnes de 39 ans et moins, ainsi que chez les personnes de 80 ans et plus.

Les taux d'incidence des 23 cancers énumérés au **tableau 2.2** sont projetés pour être très faibles chez les personnes de moins de 40 ans. Les exceptions comprennent le cancer du sein à 17,1 pour 100 000, le cancer des testicules à 9,8 pour 100 000 et le cancer de la thyroïde à 8,2 pour 100 000.

Le cancer du sein chez les femmes représentera la plus grande proportion de tous les cas chez les personnes âgées de 40 à 59 ans (21,4 %). Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, les cancers du sein (11,8 %), du poumon (12,6 %) et de la prostate (14,2 %) seront les plus fréquemment diagnostiqués. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, le cancer du poumon sera le cancer le plus fréquemment diagnostiqué (14,7 %), suivi du cancer colorectal (12,3 %).

Tableau 2.2 Nombre prévu d'incidences et taux par âge par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2024

Type de cancer	0 à 39 ans - nouveaux cas	0 à 39 ans - taux par âge	40 à 59 ans - nouveaux cas	40 à 59 ans - taux par âge	60 à 79 ans - nouveaux cas	60 à 79 ans - taux par âge	80 ans et plus - nouveaux cas	80 ans et plus - taux par âge
Tous les cancers	4 599	59,5	19 116	495,9	55 237	1 690,3	18 241	2 445,5
Vessie	34	0,4	444	11,5	2 698	82,6	1 391	186,5
Cerveau	272	3,5	278	7,2	552	16,9	151	20,2
Sein (femmes)	645	17,1	4 085	207,8	6 536	382,6	1 773	402,9
Col de l'utérus	182	4,8	283	14,4	172	10,1	32	7,3
Colorectal	186	2,4	1 724	44,7	5 099	156,0	2 235	299,6
Œsophage	8	0,1	157	4,1	630	19,3	221	29,6
Lymphome de Hodgkin	241	3,1	93	2,4	94	2,9	27	3,6
Rein	134	1,7	856	22,2	1 865	57,1	455	61,0
Larynx	**	**	70†	1,8	270	8,3	70	9,4
Leucémie	357	4,6	401	10,4	1 429	43,7	507	68,0
Foie	21	0,3	218	5,7	1 134	34,7	371	49,7
Poumon	57	0,7	1 033	26,8	6 972	213,3	2 676	358,8
Mélanome	307	4,0	997	25,9	2 513	76,9	1 105	148,1
Myélome	9	0,1	239	6,2	1 037	31,7	474	63,5
Lymphome non hodgkinien	305	3,9	859	22,3	2 779	85,0	1 174	157,4
Cavité buccale et pharynx	50	0,6	518	13,4	1 270	38,9	284	38,1
Ovaire	92	2,4	391	19,9	682	39,9	203	46,1
Pancréas	26	0,3	350	9,1	1 544	47,2	735	98,5
Prostate	**	**	1 250†	66,2	7 849	503,2	1 096	358,4
Estomac	43	0,6	319	8,3	1 038	31,8	450	60,3
Testicules	390	9,8	139	7,4	30†	2,0	**	**
Thyroïde	634	8,2	1,303	33,8	1 129	34,5	115	15,4
Utérus	83	2,2	1,043	53,1	2 137	125,1	366	83,2

Symboles :

** Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six.

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité, et le taux associé et l'intervalle de confiance ont été ajustés pour tenir compte du nombre arrondi

Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 personnes.
- Les taux d'incidence projetés sont fondés sur les normes de surveillance, épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les projections sont basées uniquement sur les cas de tumeurs malignes

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

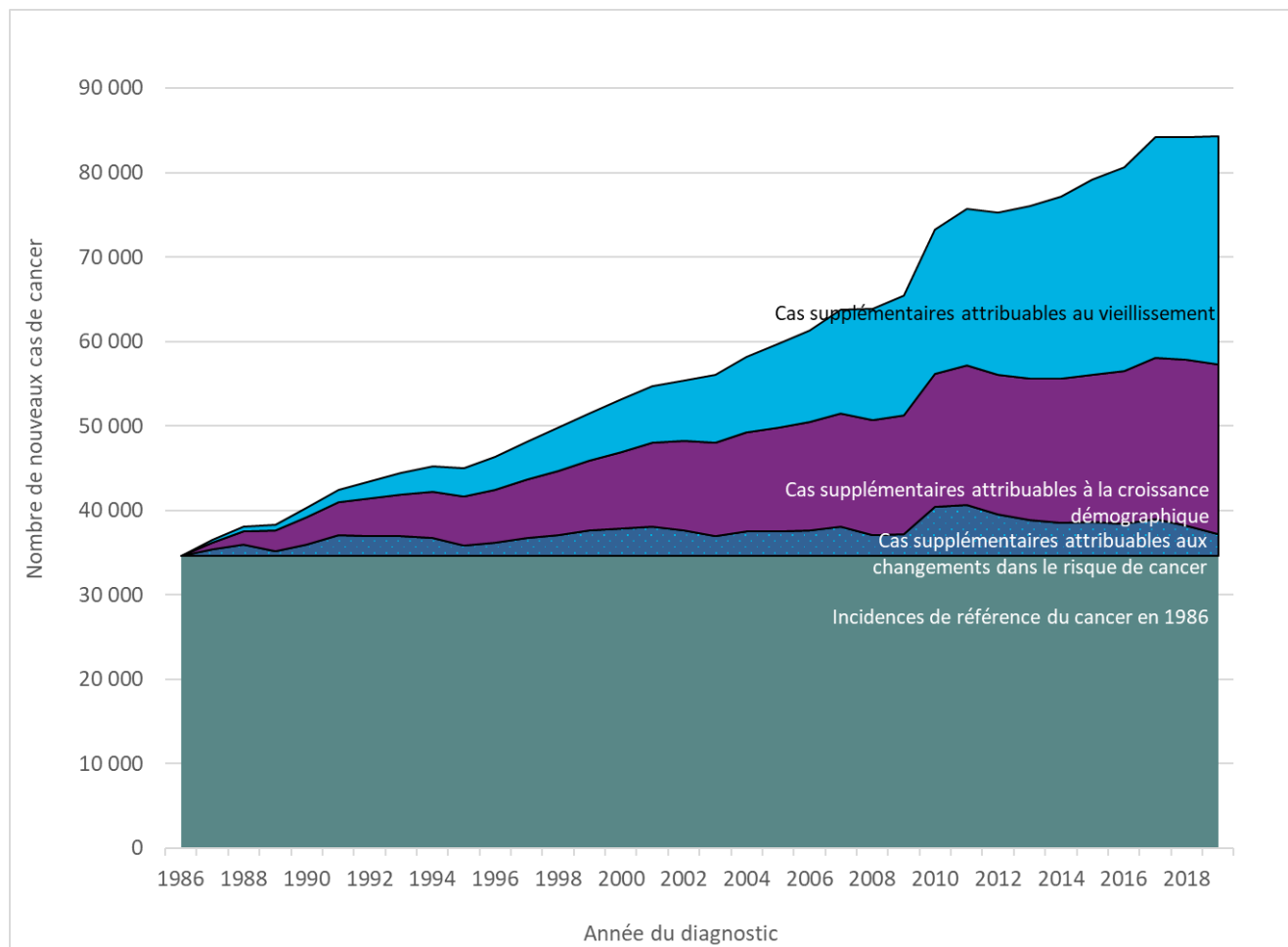
Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Incidence du cancer de 1986 à 2020

L'incidence du cancer en 2020 était inférieure aux attentes par rapport aux années précédentes en Ontario. Cette diminution a été observée dans de nombreuses juridictions et est due à une baisse globale des cas de cancer diagnostiqués en raison de la pandémie de COVID-19 (70,71). Veuillez vous référer au [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence de la pandémie sur les diagnostics de cancer en Ontario. Comme 2020 a été une année anormale, qui peut biaiser certaines estimations, les données d'incidence pour 2020 sont exclues des statistiques suivantes dans cette section : probabilité de développer un cancer et tendances en matière d'incidence.

De 1986 à 2019, le vieillissement de la population et la croissance ont contribué beaucoup plus au nombre de nouveaux cas de cancer que les changements réels dans le risque de cancer et les pratiques de contrôle du cancer (**figure 2.3**). En 2019, 84 305 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Ontario, ce qui représente une augmentation de 143 % depuis 1986 (34 660 cas). De cette augmentation de 143 %, environ 78 % est liée au vieillissement de la population, 58 % est liée à la croissance démographique et seulement 7 % est liée aux changements dans le risque de cancer et les pratiques de contrôle du cancer (voir [annexe 2 : Analyse](#)).

Figure 2.3 Incidence liée aux changements du risque de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement, Ontario 1986 à 2019



Remarque :

- Le nombre de nouveaux cas de cancer est basé sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour le dénombrement des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010. Les comparaisons directes entre les taux pour les années 2010 et suivantes et les années précédentes ne devraient généralement pas être faites.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Probabilité de développer un cancer

La probabilité à vie de développer un cancer fait référence à la chance moyenne d'être diagnostiqué avec un cancer au cours d'une vie.

La probabilité de développer un type de cancer spécifique dépend de nombreux facteurs, notamment :

- les caractéristiques d'une population;
- la prévalence des facteurs de risque;
- l'espérance de vie actuelle.

En outre, les probabilités présentées dans ce rapport reflètent les risques moyens pour l'ensemble de la population et ne tiennent pas compte des facteurs de risque personnels. En d'autres termes, le risque d'une personne peut être plus élevé ou plus faible que les chiffres rapportés ici.

En Ontario, près d'une personne sur deux (43,7 %) développera un cancer au cours de sa vie (sans compter le cancer de la peau autre que le mélanome) (**tableau 2.3**). On s'attend à ce que la probabilité de développer un cancer soit plus faible chez les femmes que chez les hommes et qu'elle varie en fonction du type de cancer :

- Chez les hommes, la probabilité était la plus élevée pour les cancers de la prostate (1 homme sur 9), du poumon (1 sur 18) et colorectal (1 sur 21).
- Chez les femmes, la probabilité était la plus élevée pour les cancers du sein (1 femme sur 9), du poumon (1 sur 18) et colorectal (1 sur 24).

Tableau 2.3 Probabilité à vie de développer un cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2016 à 2019

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – %	Hommes et femmes combinés – 1 personne sur	Hommes – %	Hommes – 1 personne sur	Femmes – %	Femmes – 1 personne sur
Tous les cancers	43,7	2	45,1	2	42,6	2
Vessie	2,4	42	3,7	27	1,2	87
Cerveau	0,6	165	0,7	145	0,5	192
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	11,1	9
Col de l’utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	0,5	214
Colorectal	4,5	22	4,8	21	4,2	24
Œsophage	0,4	239	0,6	163	0,2	436
Lymphome de Hodgkin	0,2	456	0,2	415	0,2	503
Rein	1,2	83	1,6	64	0,8	118
Larynx	0,2	491	0,4	282	0,1	1689
Leucémie	1,3	76	1,5	65	1,1	91
Foie	0,8	129	1,0	96	0,5	194
Poumon	5,5	18	5,6	18	5,4	18
Mélanome	1,8	56	2,0	49	1,6	63
Myélome	0,9	117	0,9	105	0,8	130
Lymphome non hodgkinien	2,3	43	2,6	39	2,1	47
Cavité buccale et pharynx	0,9	115	1,2	83	0,5	182
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1,3	78
Pancréas	1,3	80	1,3	78	1,2	82
Prostate	S.O.	S.O.	10,7	9	S.O.	S.O.
Estomac	0,8	119	1,1	92	0,6	165
Testicules	S.O.	S.O.	0,4	229	S.O.	S.O.
Thyroïde	1,4	73	0,7	141	2,0	49
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	3,0	34

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l’Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario), Statistiques Canada, tableau 13-10-0709-01, Taux de mortalité par groupe d’âge

Incidence par sexe et type de cancer

En 2020, 78 772 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Ontario, soit un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 480,7 pour 100 000 (**tableau 2.4**).

Les cancers de la peau autre que le mélanome représentent le type de cancer le plus courant dans la plupart des provinces et des territoires (72), mais ils ne sont pas inclus dans ce rapport, car l'Ontario ne recueille pas systématiquement de données à leur sujet. D'autres juridictions ont déclaré une tendance croissante des cancers de la peau autre que le mélanome (73–75).

Les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (sein, poumon, colorectal et prostate) étaient responsables de près de 50 % de tous les nouveaux cas de cancer en 2020. Les cancers colorectaux, du poumon et de la prostate représentaient 43 % des nouveaux cas chez les hommes, tandis que les cancers du sein, colorectal et du poumon représentaient 49 % des nouveaux cas chez les femmes (**figure 2.4**). Le cancer du poumon (58,6 pour 100 000), le cancer colorectal (48,6 pour 100 000) et le lymphome (27,4 pour 100 000) présentaient les taux d'incidence normalisés selon l'âge les plus élevés parmi les cancers qui surviennent chez les hommes et les femmes.

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés étaient significativement plus élevés chez les hommes (508,4 pour 100 000) que chez les femmes (463,4 pour 100 000) (**tableau 2.4**).

- Chez les hommes, les cancers les plus fréquemment diagnostiqués étaient ceux de la prostate (7 517 cas, soit 19,2 % de tous les nouveaux cas de cancer masculins), le cancer du poumon (5 003 cas, soit 12,8 %) et le cancer colorectal (4 332 cas, soit 11,0 %).
- Chez les femmes, les cancers les plus fréquemment diagnostiqués étaient le cancer du sein (10 688 cas, soit 27,0 % de tous les nouveaux cas de cancer féminins), le cancer du poumon (5 048 cas, soit 12,8 %) et le cancer colorectal (3 672 cas, soit 9,3 %).

Les plus grandes différences d'incidence entre les hommes et les femmes concernaient les cancers du larynx, de l'œsophage, de la vessie, de la cavité buccale et du pharynx, du foie, du rein et de l'estomac. Le risque de développer ces types de cancer est associé à la consommation de tabac ou d'alcool (76,77), et en Ontario, la consommation de tabac et d'alcool est plus répandue chez les hommes (78).

- Cancer du larynx : Le taux masculin était six fois supérieur au taux féminin. Les fumeurs sont 7 fois plus de risques de développer un cancer du larynx (79) et la consommation excessive d'alcool fait plus que doubler le risque de cancer du larynx (76).
- Cancer de l'œsophage : Le taux de cancer de l'œsophage chez les hommes était plus de 4 fois supérieur à celui des femmes, le taux d'adénocarcinome de l'œsophage étant 7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Fumer fait plus que doubler le risque de cancer de l'œsophage (79). La consommation d'alcool et l'embonpoint et l'obésité, également plus fréquents chez les hommes, sont d'autres facteurs de risque de cancer de l'œsophage (79,80).
- Le cancer de la vessie : Le taux masculin était presque 4 fois plus élevé que le taux féminin. L'un des principaux facteurs de risque du cancer de la vessie est le tabagisme, les fumeurs étant 2 à 3 fois plus susceptibles de développer un cancer de la vessie que les non-fumeurs (81,82).

- Cancer de la cavité buccale et du pharynx : Le taux de cancer de la cavité buccale et du pharynx chez les hommes était presque 3 fois plus élevé que chez les femmes, le taux de cancer du laryngo-pharynx chez les hommes étant 5 fois plus élevé que chez les femmes, et le taux de cancer de l'oropharynx était plus de 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le tabagisme et l'alcoolisme sont des facteurs de risque de cancer de la cavité buccale, tandis que les infections antérieures par le virus du papillome humain (VPH) sont fortement associées aux cancers du pharynx (83). La consommation d'alcool multiplie par plus de 5 le risque de cancer de la cavité buccale et du pharynx (76).
- Cancer du foie : Le taux masculin du cancer du foie était plus de deux fois supérieur au taux féminin. La consommation de tabac et d'alcool est liée à un risque accru de cancer du foie (76). L'hépatite virale chronique est un autre facteur de risque de cancer du foie et en Ontario, le taux étant plus élevé chez les hommes que chez les femmes (84,85). Le surpoids et l'obésité, qui sont plus répandus chez les hommes que chez les femmes en Ontario, sont un autre facteur de risque indépendant de cancer du foie (80,86).
- Cancer du rein : Le taux masculin du cancer du rein était plus de deux fois supérieur au taux féminin. La consommation excessive d'alcool est associée à un risque accru de cancer du rein (76).
- Le cancer de l'estomac : Le taux masculin du cancer de l'estomac était plus de deux fois supérieur au taux féminin. La consommation excessive d'alcool est associée à une augmentation de 20 % du risque de cancer de l'estomac (76).

Le taux d'incidence était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour presque tous les cancers. Une exception : les types moins agressifs de cancer de la thyroïde, tels que le carcinome papillaire, qui avait un taux d'incidence normalisé selon l'âge chez les femmes de 21,7 pour 100 000, comparativement à 7,9 pour 100 000 chez les hommes. Les taux des types plus agressifs, comme les cancers anaplasiques et médullaires de la thyroïde, étaient généralement similaires chez les hommes et les femmes. En conséquence, les taux de mortalité dus à la thyroïde ont été assez égaux pour les hommes et les femmes (voir [chapitre 3 : Mortalité liée au cancer](#).) Le même schéma est observé dans d'autres provinces et territoires (87,88). Les raisons possibles de l'incidence plus élevée du cancer de la thyroïde chez les femmes sont les suivantes :

- une probabilité accrue de recherche diagnostique chez les femmes, car elles sont plus susceptibles d'avoir une maladie de la thyroïde (89) et elles ont une grande tendance générale à consulter un médecin (90,91);
- une différence des niveaux d'hormones chez les hommes et les femmes (comme les niveaux d'hormones stimulées par la thyroïde, les niveaux de stéroïdes sexuels) (92,93);
- des facteurs biologiques et hormonaux, tels que le cycle menstruel, l'utilisation de la contraception, les grossesses et la ménopause (89).

Les taux d'incidence des tumeurs non malignes du cerveau et du système nerveux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, comme on peut le constater dans de nombreuses autres juridictions (94–98). Bien que la raison de ces différences entre les sexes ne soit pas claire, certaines études suggèrent que l'exposition aux hormones féminines peut augmenter le risque de méningiomes (99 100).

Tableau 2.4 Taux d'incidence normalisés selon l'âge et nombres par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – nouveaux cas	Hommes et femmes combinés – % des cas	Hommes et femmes combinés – TINA	Hommes et femmes combinés – IC à 95 % des TINA	Hommes – nouveaux cas	Hommes – % des cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % des TINA	Femmes – nouveaux cas	Femmes – % des cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % des TINA
Tous les cancers	78 772	100	480,7	477,3 à 484,1	39 236	100	508,4	503,4 à 513,5	39 536	100	463,4	458,7 à 468,0
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	1 201	1,5	7,6	7,1 à 8,0	702	1,8	9,3	8,6 à 10,0	499	1,3	6,0	5,5 à 6,6
Glioblastome	660	0,8	4,1	3,7 à 4,4	387	1,0	5,0	4,5 à 5,6	273	0,7	3,2	2,8 à 3,6
Tous les autres gliomes	272	0,3	1,8	1,6 à 2,0	166	0,4	2,2	1,9 à 2,6	106	0,3	1,4	1,1 à 1,7
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes	2 123	2,7	13,5	13,0 à 14,1	836	2,1	11,2	10,5 à 12,0	1 287	3,3	15,7	14,8 à 16,6
Méningiomes	573	0,7	3,7	3,4 à 4,0	180	0,5	2,4	2,1 à 2,8	393	1,0	4,9	4,4 à 5,4
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	486	0,6	3,2	2,9 à 3,5	229	0,6	3,1	2,7 à 3,5	257	0,7	3,3	2,9 à 3,8
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	10 688	27,0	130,1	127,6 à 132,6
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	604	1,5	8,1	7,4 à 8,7
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1 276	3,2	15,5	14,6 à 16,4
Prostate	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	7 517	19,2	94,3	92,2 à 96,5	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Testicules	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	452	1,2	6,2	5,6 à 6,8	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 929	7,4	34,8	33,6 à 36,1
Utérus - de l'endomètre	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 634	6,7	31,2	30,0 à 32,5
Utérus - sarcome de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	81	0,2	1,1	0,8 à 1,3

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – nouveaux cas	Hommes et femmes combinés – % des cas	Hommes et femmes combinés – TINA	Hommes et femmes combinés – IC à 95 % des TINA	Hommes – nouveaux cas	Hommes – % des cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % des TINA	Femmes – nouveaux cas	Femmes – % des cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % des TINA
Colorectal	8 004	10,2	48,6	47,5 à 49,7	4 332	11,0	57,1	55,4 à 58,8	3 672	9,3	41,2	39,9 à 42,6
Colon, sauf le rectum	5 364	6,8	32,2	31,4 à 33,1	2 750	7,0	36,2	34,8 à 37,6	2 614	6,6	28,8	27,7 à 30,0
Colon - côté gauche	1 959	2,5	12,1	11,5 à 12,6	1 099	2,8	14,5	13,6 à 15,4	860	2,2	10,0	9,3 à 10,7
Colon - côté droit	3 078	3,9	18,2	17,6 à 18,9	1 503	3,8	19,7	18,7 à 20,7	1 575	4,0	17,0	16,1 à 17,8
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	2 624	3,3	16,3	15,7 à 16,9	1 578	4,0	20,9	19,8 à 21,9	1 046	2,6	12,3	11,5 à 13,0
Jonction rectosigmoïdienne	690	0,9	4,3	3,9 à 4,6	387	1,0	5,1	4,6 à 5,6	303	0,8	3,5	3,1 à 4,0
Rectum	1 934	2,5	12,0	11,5 à 12,6	1 191	3,0	15,8	14,9 à 16,7	743	1,9	8,7	8,1 à 9,4
Œsophage	933	1,2	5,5	5,2 à 5,9	727	1,9	9,3	8,6 à 10,0	206	0,5	2,2	1,9 à 2,5
Œsophage - adénocarcinome	525	0,7	3,1	2,9 à 3,4	452	1,2	5,8	5,3 à 6,4	73	0,2	0,8	0,6 à 1,0
Œsophage - carcinome épidermoïde	285	0,4	1,7	1,5 à 1,9	187	0,5	2,4	2,0 à 2,7	98	0,2	1,0	0,8 à 1,3
Foie	1 346	1,7	8,0	7,6 à 8,4	914	2,3	11,7	10,9 à 12,5	432	1,1	4,8	4,3 à 5,2
Pancréas	2 347	3,0	14,0	13,4 à 14,6	1 242	3,2	16,2	15,3 à 17,1	1 105	2,8	12,1	11,4 à 12,9
Estomac	1 556	2,0	9,4	8,9 à 9,9	1 015	2,6	13,3	12,5 à 14,2	541	1,4	6,1	5,6 à 6,6
Larynx	394	0,5	2,3	2,1 à 2,6	330	0,8	4,2	3,8 à 4,7	64	0,2	0,7	0,6 à 1,0
Cavité buccale et pharynx	1 914	2,4	11,8	11,3 à 12,4	1 349	3,4	17,6	16,7 à 18,6	565	1,4	6,5	6,0 à 7,1
Lèvre et cavité buccale	876	1,1	5,4	5,0 à 5,8	543	1,4	7,2	6,6 à 7,8	333	0,8	3,8	3,4 à 4,2
Hypopharynx	101	0,1	0,6	0,5 à 0,7	80	0,2	1,0	0,8 à 1,3	21	0,1	0,2	0,1 à 0,4
Nasopharynx	116	0,1	0,8	0,6 à 0,9	76	0,2	1,0	0,8 à 1,3	40	0,1	0,5	0,4 à 0,7
Oropharynx	749	1,0	4,6	4,3 à 5,0	605	1,5	7,8	7,2 à 8,5	144	0,4	1,7	1,4 à 2,0
Thyroïde	2 406	3,1	16,2	15,6 à 16,9	650	1,7	9,0	8,3 à 9,7	1 756	4,4	23,3	22,2 à 24,4
Thyroïde - anaplasique	22	0,0	0,1	0,1 à 0,2	10	0,0	0,1	0,1 à 0,3	12	0,0	0,1	0,1 à 0,2

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – nouveaux cas	Hommes et femmes combinés – % des cas	Hommes et femmes combinés – TINA	Hommes et femmes combinés – IC à 95 % des TINA	Hommes – nouveaux cas	Hommes – % des cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % des TINA	Femmes – nouveaux cas	Femmes – % des cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % des TINA
Thyroïde - folliculaire	83	0,1	0,6	0,4 à 0,7	24	0,1	0,3	0,2 à 0,5	59	0,1	0,8	0,6 à 1,0
Thyroïde - médullaire	25	0,0	0,2	0,1 à 0,2	16	0,0	0,2	0,1 à 0,3	9	0,0	0,1	0,1 à 0,2
Thyroïde - papillaire	2 200	2,8	14,9	14,3 à 15,6	574	1,5	7,9	7,3 à 8,6	1 626	4,1	21,7	20,7 à 22,8
Leucémie	2 336	3,0	14,3	13,7 à 14,9	1 411	3,6	18,6	17,6 à 19,6	925	2,3	10,8	10,1 à 11,5
Leucémie lymphoblastique aiguë	232	0,3	1,6	1,4 à 1,8	113	0,3	1,6	1,3 à 1,9	119	0,3	1,7	1,4 à 2,0
Leucémie monocytaire aiguë	19	0,0	0,1	0,1 à 0,2	10	0,0	0,1	0,1 à 0,2	9	0,0	0,1	0,0 à 0,2
Leucémie aiguë myéloïde	760	1,0	4,6	4,3 à 5,0	431	1,1	5,6	5,1 à 6,2	329	0,8	3,8	3,4 à 4,2
Leucémie lymphoïde chronique	780	1,0	4,7	4,3 à 5,0	512	1,3	6,7	6,1 à 7,3	268	0,7	3,0	2,6 à 3,4
Leucémie myéloïde chronique	340	0,4	2,1	1,9 à 2,3	218	0,6	2,9	2,5 à 3,3	122	0,3	1,4	1,1 à 1,7
Lymphome	4 460	5,7	27,4	26,6 à 28,2	2 503	6,4	32,9	31,6 à 34,2	1 957	4,9	22,8	21,8 à 23,8
Lymphome de Hodgkin	439	0,6	2,9	2,7 à 3,2	236	0,6	3,2	2,8 à 3,6	203	0,5	2,7	2,3 à 3,1
Lymphome non hodgkinien	4 021	5,1	24,5	23,7 à 25,3	2 267	5,8	29,7	28,5 à 31,0	1 754	4,4	20,1	19,1 à 21,1
Lymphome non hodgkinien - extranodal	2 070	2,6	12,6	12,0 à 13,1	1 183	3,0	15,6	14,7 à 16,5	887	2,2	10,1	9,4 à 10,8
Lymphome non hodgkinien - nodal	1 951	2,5	11,9	11,4 à 12,4	1 084	2,8	14,1	13,3 à 15,0	867	2,2	10,0	9,3 à 10,7
Myélome	1 356	1,7	8,1	7,7 à 8,5	738	1,9	9,6	9,0 à 10,4	618	1,6	6,8	6,3 à 7,4
Mélanome de la peau	3 445	4,4	21,1	20,4 à 21,9	2 009	5,1	26,5	25,3 à 27,7	1 436	3,6	16,8	16,0 à 17,7
Mélanome (non cutané)	184	0,2	1,2	1,0 à 1,3	90	0,2	1,2	1,0 à 1,5	94	0,2	1,1	0,9 à 1,4

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – nouveaux cas	Hommes et femmes combinés – % des cas	Hommes et femmes combinés – TINA	Hommes et femmes combinés – IC à 95 % des TINA	Hommes – nouveaux cas	Hommes – % des cas	Hommes – TINA	Hommes – IC à 95 % des TINA	Femmes – nouveaux cas	Femmes – % des cas	Femmes – TINA	Femmes – IC à 95 % des TINA
Mélanome - muqueuse	58	0,1	0,4	0,3 à 0,5	22	0,1	0,3	0,2 à 0,5	36	0,1	0,4	0,3 à 0,6
Mélanome - oculaire	126	0,2	0,8	0,7 à 1,0	68	0,2	0,9	0,7 à 1,2	58	0,1	0,7	0,5 à 0,9
Poumon	10 051	12,8	58,6	57,5 à 59,8	5 003	12,8	63,4	61,6 à 65,2	5 048	12,8	55,3	53,7 à 56,8
Poumon - adénocarcinome	3 584	4,5	21,1	20,4 à 21,8	1 683	4,3	21,3	20,3 à 22,3	1 901	4,8	21,2	20,2 à 22,2
Poumon - grandes cellules	123	0,2	0,7	0,6 à 0,9	61	0,2	0,7	0,6 à 1,0	62	0,2	0,7	0,5 à 0,9
Poumon - petites cellules	915	1,2	5,3	5,0 à 5,7	463	1,2	5,8	5,3 à 6,3	452	1,1	5,0	4,6 à 5,5
Poumon - cellules squameuses	1 605	2,0	9,2	8,8 à 9,7	992	2,5	12,3	11,6 à 13,1	613	1,6	6,6	6,1 à 7,1
Vessie	3 872	4,9	22,8	22,0 à 23,5	2 913	7,4	37,8	36,4 à 39,2	959	2,4	10,5	9,8 à 11,1
Rein	2 387	3,0	14,9	14,3 à 15,5	1 617	4,1	21,3	20,3 à 22,4	770	1,9	9,1	8,5 à 9,8

Abréviations :

TINA veut dire Taux d'incidence normalisé selon l'âge

IC signifie intervalle de confiance

S.O. signifie sans objet

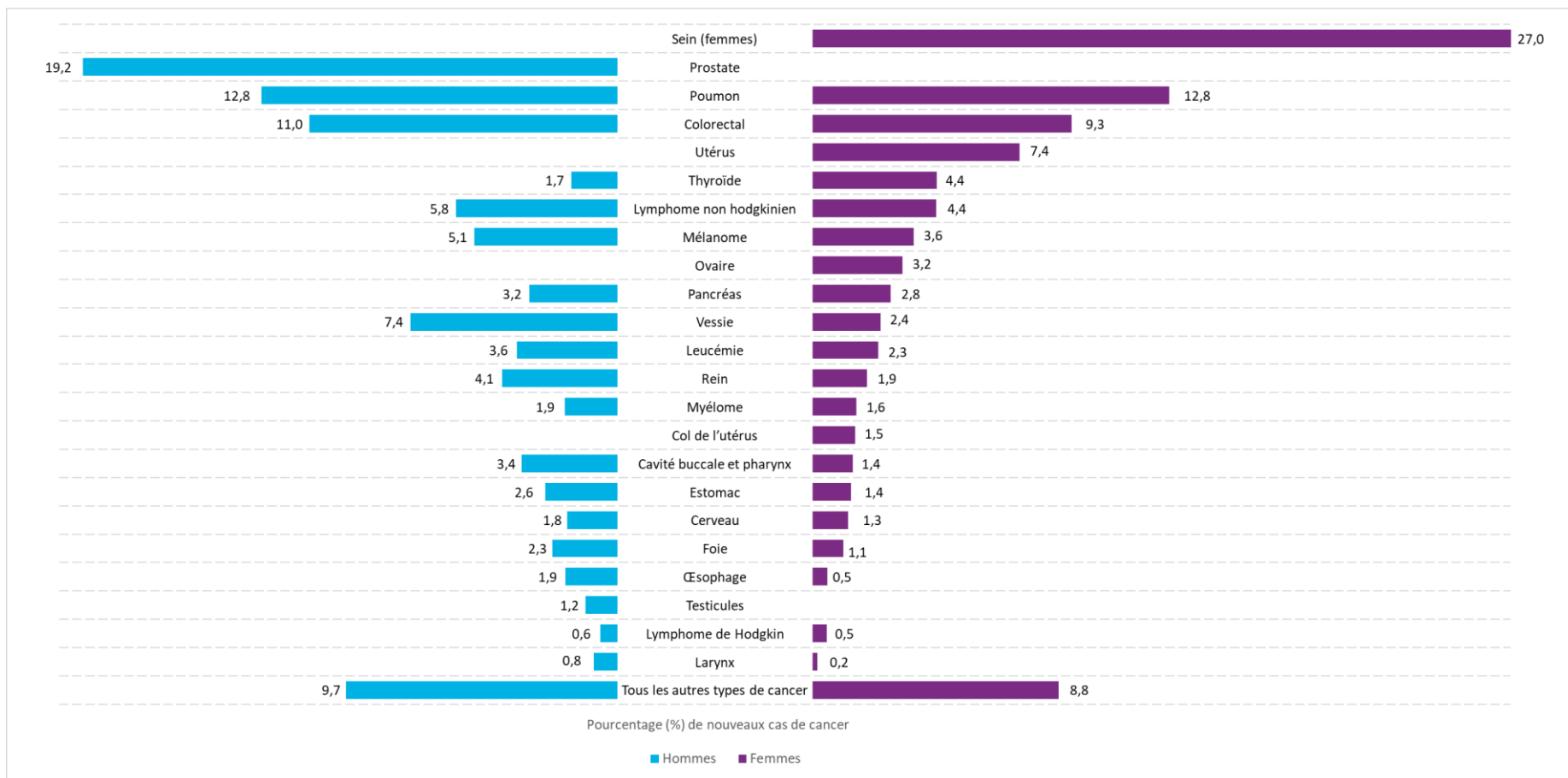
Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Seuls certains sous-sièges anatomiques et les sous-types histologiques des principaux cancers sélectionnés sont affichés. Par conséquent, les décomptes des sous-sièges et des sous-types indiqués peuvent ne pas correspondre au total pour chaque cancer.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 2.4 Pourcentage de nouveaux cas par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020



Remarque :

- Les valeurs de l'incidence sont fondées sur les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Incidence par âge et type de cancer

De 2018 à 2020, l'âge médian au moment du diagnostic du cancer était de 69 ans pour les hommes et de 67 ans pour les femmes (**tableau 2.5**). L'âge médian au moment du diagnostic pour la plupart des types de cancer était supérieur à 60 ans, à quelques exceptions près. Parmi les 23 types de cancer, les cancers ayant l'âge médian le plus bas (tous en dessous de 50 ans) étaient le cancer des testicules, le lymphome hodgkinien et le cancer du col de l'utérus.

Chez les enfants, les types de cancer dont l'âge médian est le plus bas au moment du diagnostic de 2018 à 2022 étaient le rétinoblastome, les tumeurs hépatiques et le neuroblastome. De plus, pendant cette période, le neuroblastome, les leucémies et les tumeurs du système nerveux central étaient les types de cancer les plus courants chez les enfants de moins d'un an.³

³Analyse par Health Analytics, Pediatric Oncology Group of Ontario (GOPO). Source de données : POGONIS (11 mai 2023), Pediatric Oncology Group of Ontario (GOPO)

Tableau 2.5 Âge médian au moment du diagnostic par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2018 à 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – Âge (en années)	Hommes – Âge (en années)	Femmes – Âge (en années)
Tous les cancers	68	69	67
Vessie	73	73	73
Cerveau	62	61	63
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	64
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	48
Colorectal	70	69	72
Œsophage	69	68	73
Lymphome de Hodgkin	38	40	35
Rein	65	65	66
Larynx	68	68	66
Leucémie	68	68	69
Foie	70	69	72
Poumon	72	72	71
Mélanome	68	69	66
Myélome	72	72	73
Lymphome non hodgkinien	69	68	69
Cavité buccale et pharynx	65	64	67
Ovaire	64	S.O.	64
Pancréas	72	71	73
Prostate	S.O.	69	S.O.
Estomac	71	71	71
Testicules	S.O.	34	S.O.
Thyroïde	52	55	51
Utérus	S.O.	S.O.	64

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En 2020, plus de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués étaient chez des personnes âgées de 60 à 79 ans (**tableau 2.6**). La répartition des types de cancer par groupe d'âge variait considérablement.

Âge : de 0 à 39 ans

Parmi tous les nouveaux cas, 5 % sont survenus chez des personnes âgées de moins de 40 ans, les cancers de la thyroïde et du sein chez les femmes étant les plus importants.

La majorité des nouveaux cas de cancer des testicules (68,8 %), de leucémie lymphoblastique aiguë (65,1 %) et de lymphome hodgkinien (50,8 %) sont survenus chez des personnes âgées de moins de 40 ans.

De 2018 à 2022, environ 0,4 % de tous les nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les enfants de zéro à 14 ans (**figure 2.2, tableau 2.S1**). Les cancers infantiles sont, en règle générale, différents des cancers chez les adultes, les différences se trouvant dans les types de cancer, la biologie, les traitements et la réponse au traitement. Les types de cancer les plus courants chez les enfants sont les leucémies (32,4 %), les tumeurs du système nerveux central (24,4 %) et les lymphomes (12,5 %) (voir **Faits saillants : Incidence du cancer chez les enfants, tableau 2.S1**).

Pour obtenir de plus amples détails sur l'incidence du cancer chez les enfants, consultez le rapport de surveillance du [Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (disponible en anglais seulement).

Faits saillants : Incidence du cancer chez les enfants

Tableau 2.S1 Nombre et taux d'incidence du cancer chez les enfants, par type de cancer, de zéro à 14 ans, Ontario, 2018 à 2022

Type de cancer	Nouveaux cas	% des cas	Taux par âge	TINA	IC à 95 % des TINA
Tous les cancers combinés	1 928	100,0	169,4	172,0	161,5 à 183,2
Leucémies, maladies myéloprolifératives et maladies myélodysplasiques	625	32,4	54,9	56,2	50,4 à 62,8
Lymphomes et tumeurs réticuloendothéliales	241	12,5	21,2	21,1	17,7 à 25,3
Tumeurs du SNC et tumeurs intracrâniennes et intramédullaires diverses	470	24,4	41,3	41,5	36,5 à 47,1
Neuroblastomes et autres tumeurs du système nerveux périphérique	118	6,1	10,4	10,9	8,5 à 14,0
Rétinoblastomes	40	2,1	3,5	3,7	2,4 à 5,7
Tumeurs rénales	88	4,6	7,7	8,0	6,0 à 10,7
Tumeurs hépatiques	46	2,4	4,0	4,2	2,8 à 6,3
Tumeurs osseuses malignes	70	3,6	6,2	6,1	4,3 à 8,5
Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extraosseux	104	5,4	9,1	9,2	7,0 à 12,1
Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	68	3,5	6,0	6,0	4,3 à 8,4
Tumeurs malignes autres et non précisées	58	3,0	5,1	5,0	3,5 à 7,3

Abréviations :

TINA veut dire Taux d'incidence normalisé selon l'âge

IC signifie intervalle de confiance

SNC signifie système nerveux central

Remarques :

- Les taux sont pour 1 000 000 personnes.
- Le Pediatric Oncology Group of Ontario Networked Information System (POGONIS) classe le cancer chez les enfants selon la Classification internationale du cancer chez les enfants, troisième édition, qui comprend 12 groupes diagnostiques principaux.
- L'incidence du cancer chez les enfants est déclarée sur une période de cinq ans en raison des variations de l'incidence annuelle et de la possibilité de divulgation des petites cellules.

Analyse par: Analyse de la santé, Pediatric Oncology Group of Ontario

Source de données: POGONIS (11 mai 2023), Pediatric Oncology Group of Ontario

Âge : de 40 à 59 ans

Parmi tous les nouveaux cas de cancer, 21,8 % ont été diagnostiqués chez des personnes âgées de 40 à 59 ans, le cancer colorectal et le cancer du sein chez les femmes étant les cancers les plus importants.

Près de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont survenus chez les personnes âgées de 40 à 59 ans et 43,2 % des nouveaux cas de cancer de la thyroïde se sont produits chez des femmes de cette tranche d'âge.

Âge : de 60 à 79 ans

Parmi tous les nouveaux cas de cancer, 53,9 % sont survenus chez des personnes âgées de 60 à 79 ans.

Ce groupe d'âge était plus susceptible que les autres groupes d'âge d'être diagnostiqué avec les cancers les plus courants.

- 47,2 % des nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes
- 50,2 % des nouveaux cas de cancer colorectal
- 66,4 % des nouveaux cas de cancer du poumon
- 70,1 % des nouveaux cas de cancer de la prostate

Âge : de 80 ans et plus

Parmi tous les nouveaux cas de cancer, 19,3 % sont survenus chez des personnes âgées de 80 ans ou plus, le cancer du poumon et le cancer colorectal étant les cancers les plus importants.

L'incidence de tous les cancers combinés augmente avec l'âge, atteignant un taux de 2 305,60 pour 100 000 chez les personnes diagnostiquées à l'âge de 80 ans ou plus, par rapport à 53,7 pour 100 000 chez les personnes diagnostiquées à l'âge de 39 ans ou moins. Les taux variaient selon le type de cancer. Les taux d'incidence des types de cancer suivants augmentent significativement avec l'âge :

- les cancers malins et non malins du cerveau et d'autres systèmes nerveux
- le cancer colorectal, et son sous-site de cancer du côlon, en particulier du côté droit du côlon
- la leucémie, ainsi que ses sous-types de leucémies myéloïdes aiguës et chroniques
- le lymphome, et ses sous-types de lymphome non hodgkinien extraganglionnaire.

Le cancer du testicule et la leucémie lymphocytaire aiguë ont montré des diminutions non significatives avec l'âge, tandis que tous les autres types de cancer ont augmenté de manière non significative, sont restés stables avec l'âge ou ont atteint un pic dans le groupe d'âge de 40 à 59 ans (p. ex. le cancer de la thyroïde).

Tableau 2.6 Nombre d'incidences et taux par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	0 à 39 ans – nouveaux cas	0 à 39 ans – taux par âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – nouveaux cas	40 à 59 ans – taux par âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – nouveaux cas	60 à 79 ans – taux par âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – nouveaux cas	80 ans et plus – taux par âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Tous les cancers	3 905	53,7	52 à 55,4	17 205	441,8	435,2 à 448,4	42 438	1 462,4	1 448,5 à 1 476,4	15 224	2 305,6	2 269,1 à 2 342,5
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes*	219	3,0	2,6 à 3,4	288	7,4	6,6 à 8,3	534	18,4	16,9 à 20,0	160	24,2	20,6 à 28,3
Glioblastome	36	0,5	0,3 à 0,7	173	4,4	3,8 à 5,2	384	13,2	11,9 à 14,6	67	10,1	7,9 à 12,9
Tous les autres gliomes	123	1,7	1,4 à 2,0	71	1,8	1,4 à 2,3	69	2,4	1,9 à 3,0	9	1,4	0,6 à 2,6
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes*	302	4,2	3,7 à 4,7	602	15,5	14,2 à 16,7	862	29,7	27,8 à 31,8	357	54,1	48,6 à 60
Méningiomes	35	0,5	0,3 à 0,7	200	5,1	4,4 à 5,9	279	9,6	8,5 à 10,8	59	8,9	6,8 à 11,5
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	104	1,4	1,2 à 1,7	166	4,3	3,6 à 5,0	167	5,8	4,9 à 6,7	49	7,4	5,5 à 9,8
Sein (femmes)	509	143	13,1 à 15,6	3 692	186,3	180,3 à 192,4	5 048	332,4	323,3 à 341,7	1 439	364,9	346,3 à 384,3
Col de l'utérus	158	4,4	3,8 à 5,2	272	13,7	12,1 à 15,5	147	9,7	8,2 à 11,4	27	6,8	4,5 à 10,0
Ovaire	102	2,9	2,3 à 3,5	410	20,7	18,7 à 22,8	582	38,3	35,3 à 41,6	182	46,2	39,7 à 53,4
Prostate	**	**	**	1 075†	56,2	52,9 à 59,7	5 268	380,8	370,6 à 391,2	1 171	440,3	415,4 à 466,2
Testicules	308	8,3	7,4 à 9,3	120	6,3	5,2 à 7,5	20†	1,4	0,9 à 2,2	**	**	** – **

Type de cancer	0 à 39 ans – nouveaux cas	0 à 39 ans – taux par âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – nouveaux cas	40 à 59 ans – taux par âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – nouveaux cas	60 à 79 ans – taux par âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – nouveaux cas	80 ans et plus – taux par âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Utérus	77	2,2	1,7 à 2,7	925	46,7	43,7 à 49,8	1 684	110,9	105,7 à 116,3	243	61,6	54,1 à 69,9
Utérus - de l'endomètre	55	1,5	1,2 à 2,0	826	41,7	38,9 à 44,6	1 545	101,7	96,7 à 106,9	208	52,7	45,8 à 60,4
Utérus - sarcome de l'utérus	12	0,3	0,2 à 0,6	39	2,0	1,4 à 2,7	30†	2	1,3 à 2,8	**	**	**
Colorectal*	198	2,7	2,4 à 3,1	1 666	42,8	40,7 à 44,9	4 015	138,4	134,1 à 142,7	2 125	321,8	308,3 à 335,8
Colon, sauf le rectum*	106	1,5	1,2 à 1,8	953	24,5	22,9 à 26,1	2 707	93,3	89,8 à 96,9	1 598	242,0	230,3 à 254,2
Colon - côté gauche	57	0,8	0,6 à 1,0	487	12,5	11,4 à 13,7	993	34,2	32,1 à 36,4	422	63,9	58,0 à 70,3
Colon - côté droit*	44	0,6	0,4 à 0,8	421	10,8	9,8 à 11,9	1 603	55,2	52,6 à 58	1 010	153,0	143,7 à 162,7
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	92	1,3	1,0 à 1,6	712	18,3	17,0 à 19,7	1 303	44,9	42,5 à 47,4	517	78,3	71,7 à 85,3
Jonction rectosigmoïdienne	18	0,2	0,1 à 0,4	170	4,4	3,7 à 5,1	352	12,1	10,9 à 13,5	150	22,7	19,2 à 26,7
Rectum	74	1,0	0,8 à 1,3	542	13,9	12,8 à 15,1	951	32,8	30,7 à 34,9	367	55,6	50,0 à 61,6
Œsophage	9	0,1	0,1 à 0,2	156	4,0	3,4 à 4,7	576	19,8	18,3 à 21,5	192	29,1	25,1 à 33,5
Œsophage - adénocarcinome	**	**	**	95†	2,4	2,0 à 3,0	327	11,3	10,1 à 12,6	101	15,3	12,5 à 18,6
Œsophage - carcinome épidermoïde	**	**	**	45†	1,2	0,8 à 1,5	179	6,2	5,3 à 7,1	57	8,6	6,5 à 11,2
Foie	22	0,3	0,2 à 0,5	211	5,4	4,7 à 6,2	816	28,1	26,2 à 30,1	297	45,0	40,5 à 50,4

Type de cancer	0 à 39 ans – nouveaux cas	0 à 39 ans – taux par âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – nouveaux cas	40 à 59 ans – taux par âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – nouveaux cas	60 à 79 ans – taux par âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – nouveaux cas	80 ans et plus – taux par âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Pancréas	24	0,3	0,2 à 0,5	413	10,6	9,6 à 11,7	1 331	45,9	43,4 à 48,4	579	87,7	80,7 à 95,1
Estomac	28	0,4	0,3 à 0,6	313	8,0	7,2 à 9,0	810	27,9	26 à 29,9	405	61,3	55,5 à 67,6
Larynx	**	**	**	80†	2,1	1,6 à 2,6	249	8,6	7,5 à 9,7	61	9,2	7,1 à 11,9
Cavité buccale et pharynx	55	0,8	0,6 à 1,0	541	13,9	12,7 à 15,1	1 073	37	34,8 à 39,3	245	37,1	32,6 à 42,1
Hypopharynx	**	**	**	20†	0,5	0,3 à 0,8	72	2,5	1,9 à 3,1	11	1,7	0,8 à 3,0
Lèvre et cavité buccale	31	0,4	0,3 à 0,6	202	5,2	4,5 à 6	481	16,6	15,1 à 18,1	162	24,5	20,9 à 28,6
Nasopharynx	16	0,2	0,1 à 0,4	51	1,3	1 à 1,7	42	1,4	1,0 à 2,0	7	1,1	0,4 à 2,2
Oropharynx	**	**	**	250†	6,4	5,6 à 7,3	439	15,1	13,7 à 16,6	54	8,2	6,1 à 10,7
Thyroïde	571	7,9	7,2 à 8,5	1 040	26,7	25,1 à 28,4	707	24,4	22,6 à 26,2	88	13,3	10,7 à 16,4
Thyroïde - anaplasique	**	**	**	10	0,3	0,1 à 0,5	**	**	**	7	1,1	0,4 à 2,2
Thyroïde - folliculaire	11	0,2	0,1 à 0,3	37	1,0	0,7 à 1,3	27	0,9	0,6 à 1,4	8	1,2	0,5 à 2,4
Thyroïde - médullaire	**	**	**	11	0,3	0,1 à 0,5	11	0,4	0,2 à 0,7	**	**	**
Thyroïde - papillaire	542	7,5	6,8 à 8,1	965	24,8	23,2 à 26,4	638	22	20,3 à 23,8	55	8,3	6,3 à 10,8
Leucémie*	272	3,7	3,3 à 4,2	406	10,4	9,4 à 11,5	1 106	38,1	35,9 à 40,4	552	83,6	76,8 à 90,9
Leucémie lymphoblastique aiguë	151	2,1	1,8 à 2,4	31	0,8	0,5 à 1,1	42	1,4	1,0 à 2,0	8	1,2	0,5 à 2,4
Leucémie monocyttaire aiguë	**	**	**	**	**	**	8	0,3	0,1 à 0,5	9	1,4	0,6 à 2,6
Leucémie aiguë myéloïde*	59	0,8	0,6 à 1,0	132	3,4	2,8 à 4	381	13,1	11,8 à 14,5	188	28,5	24,5 à 32,8

Type de cancer	0 à 39 ans – nouveaux cas	0 à 39 ans – taux par âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – nouveaux cas	40 à 59 ans – taux par âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – nouveaux cas	60 à 79 ans – taux par âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – nouveaux cas	80 ans et plus – taux par âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Leucémie lymphoïde chronique	8	0,1	0,0 à 0,2	128	3,3	2,7 à 3,9	447	15,4	14,0 à 16,9	197	29,8	25,8 à 34,3
Leucémie myéloïde chronique*	34	0,5	0,3 à 0,7	66	1,7	1,3 à 2,2	159	5,5	4,7 à 6,4	81	12,3	9,7 à 15,2
Lymphome*	459	6,3	5,7 à 6,9	923	23,7	22,2 à 25,3	2 196	75,7	72,5 à 78,9	882	133,6	124,9 à 142,7
Lymphome de Hodgkin	223	3,1	2,7 à 3,5	99	2,5	2,1 à 3,1	96	3,3	2,7 à 4,0	21	3,2	2 à 4,9
Lymphome non hodgkinien*	236	3,2	2,8 à 3,7	824	21,2	19,7 à 22,7	2 100	72,4	69,3 à 75,5	861	130,4	121,8 à 139,4
Lymphome non hodgkinien - extranodal*	144	2,0	1,7 à 2,3	397	10,2	9,2 à 11,2	1 024	35,3	33,2 à 37,5	505	76,5	70 à 83,5
Lymphome non hodgkinien - nodal	92	1,3	1,0 à 1,6	427	11,0	9,9 à 12,1	1 076	37,1	34,9 à 39,4	356	53,9	48,5 à 59,8
Myélome	14	0,2	0,1 à 0,3	199	5,1	4,4 à 5,9	782	26,9	25,1 à 28,9	361	54,7	49,2 à 60,6
Mélanome de la peau*	186	2,6	2,2 à 3	774	19,9	18,5 à 21,3	1 734	59,8	57,0 à 62,6	751	113,7	105,7 à 122,2
Mélanome (non cutané)	10	0,1	0,1 à 0,3	62	1,6	1,2 à 2	79	2,7	2,2 à 3,4	33	5,0	3,4 à 7
Mélanome - muqueuse	**	**	**	15†	0,4	0,2 à 0,6	26	0,9	0,6 à 1,3	12	1,8	0,9 à 3,2
Mélanome - oculaire	6	0,1	0 à 0,2	46	1,2	0,9 à 1,6	53	1,8	1,4 à 2,4	21	3,2	2 à 4,9
Poumon	43	0,6	0,4 à 0,8	1 126	28,9	27,2 à 30,7	6 675	230	224,5 à 235,6	2 207	334,2	320,4 à 348,5
Poumon - adénocarcinome	18	0,2	0,1 à 0,4	499	12,8	11,7 à 14	2 415	83,2	79,9 à 86,6	652	98,7	91,3 à 106,6
Poumon - grandes cellules	**	**	**	10†	0,3	0,1 à 0,5	96	3,3	2,7 à 4,0	14	2,1	1,2 à 3,6
Poumon - petites cellules	**	**	**	115†	3,0	2,4 à 3,5	677	23,3	21,6 à 25,2	120	18,2	15,1 à 21,7

Type de cancer	0 à 39 ans – nouveaux cas	0 à 39 ans – taux par âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – nouveaux cas	40 à 59 ans – taux par âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – nouveaux cas	60 à 79 ans – taux par âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – nouveaux cas	80 ans et plus – taux par âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Poumon - cellules squameuses	**	**	**	115†	3,0	2,4 à 3,5	1 195	41,2	38,9 à 43,6	291	44,1	39,2 à 49,4
Vessie	33	0,5	0,3 à 0,6	480	12,3	11,2 à 13,5	2 189	75,4	72,3 à 78,7	1 170	177,2	167,2 à 187,6
Rein	97	1,3	1,1 à 1,6	679	17,4	16,1 à 18,8	1 317	45,4	43,0 à 47,9	294	44,5	39,6 à 49,9

Abréviation : IC signifie intervalle de confiance

Symboles :

* Tendance statistiquement significative. Une tendance significative à la hausse dans le taux par âge avec l'augmentation de l'âge a été déterminée en utilisant la variation annuelle en pourcentage (voir [Annexe 2 : Analyse](#))

** Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six.

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité, et le taux associé et l'intervalle de confiance ont été ajustés pour tenir compte du nombre arrondi

Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 personnes.
- Exclut les cas n'ayant pas de renseignements sur l'âge.
- Seuls certains sous-sièges et les sous-types histologiques des principaux cancers sélectionnés sont affichés. Par conséquent, les décomptes des sous-sièges et des sous-types peuvent ne pas correspondre au total pour chaque principal type de cancer.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tendances de l'incidence par sexe et type de cancer

Cette section décrit les taux d'incidence normalisés selon l'âge au fil du temps pour certains cancers (**figure 2.5**), les variations annuelles en pourcentage et les variations annuelles moyennes en pourcentage des taux d'incidence standardisés par âge (**tableau 2.7, figure 2.6**). Un changement annuel en pourcentage est une mesure qui caractérise l'évolution d'un taux au fil du temps. Il représente le pourcentage d'augmentation ou de diminution par année en blocs de temps sur une période de temps spécifiée. Cette mesure est utilisée pour examiner les changements à court terme dans la tendance des taux. Un taux de variation annuel moyen est une mesure récapitulative, qui permet d'utiliser un seul chiffre pour décrire la moyenne des variations annuelles en pourcentage sur une période de temps spécifiée.

Parce que 2020 a été une année anormale, qui peut biaiser les estimations, les données d'incidence pour 2020 ont été exclues de l'analyse des tendances d'incidence dans ce chapitre. Cependant, les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour 2020 sont toujours fournis à la **figure 2.5**.

Changements à court terme dans les tendances de l'incidence par type de cancer

Après une longue période (1986 à 2006) de taux en augmentation constante, le taux d'incidence normalisés selon l'âge pour l'ensemble des cancers combinés a diminué de 0,8 % par an de 2006 à 2019 (**tableau 2.7**).

Chez les hommes, le taux d'incidence est resté stable de 1986 à 2007, il a diminué de 3,1 % par an jusqu'en 2013 et est resté stable de 2013 à 2019. Bien que le taux d'incidence du cancer chez les femmes n'ait pas connu une diminution similaire, il s'est stabilisé de 2013 à 2019 après une augmentation régulière de 0,4 % par an de 1986 à 2013. Une exception notable est l'incidence du cancer de l'utérus, qui a augmenté depuis 1995 : le taux d'incidence a augmenté de 1,1 % par an de 1995 à 2007, de 4,8 % par an de 2007 à 2011 et de 1,1 % par an de 2011 à 2019.

Tendances récentes de l'incidence des 4 cancers les plus fréquemment diagnostiqués

CANCER DU SEIN

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein chez les femmes en Ontario a augmenté de 2,4 % par an jusqu'en 1991 (non statistiquement significatif) (**tableau 2.7, figure 2.5A**). Il s'est ensuite stabilisé de 1991 à 1999 avant de diminuer régulièrement de 0,8 % par an jusqu'en 2008 (sans signification statistique). Ce taux est resté stable ces dernières années. Cette stabilisation des taux au cours des dernières années est probablement due à la diminution du nombre de femmes dont le cancer n'a pas été détecté. Ce type d'augmentation et de diminution du taux d'incidence depuis les années 1990 est typique lorsqu'un programme de dépistage organisé, tel que le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, est lancé (1990) (101).

La diminution du taux d'incidence du cancer du sein pourrait également être due à la réduction du recours à l'hormonothérapie substitutive à partir du début des années 2000. Le traitement hormonal substitutif est associée à un risque accru de cancer du sein chez les femmes post-ménopausées (102,103).

CANCER COLORECTAL

Chez les hommes et les femmes combinés, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer colorectal en Ontario a diminué depuis 1986, des diminutions plus rapides de 2,5 % par an étant survenues de 2009 à 2019 (**tableau 2.7, figure 2.5A**). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer colorectal chez les hommes a diminué de 2,7 % par an de 2008 à 2019 (**tableau 2.7**). Les taux d'incidence des cancers du côlon et du rectum ont diminué chez les hommes au cours de cette période.

Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer colorectal est resté stable de 1996 à 2000. Après 2000, il a diminué, d'abord à un rythme de 1,3 % par an jusqu'en 2010, puis plus rapidement de 2,4 % par an jusqu'en 2019. Ces schémas peuvent refléter les tendances opposées suivantes pour les sous-sites du cancer colorectal chez les femmes :

- une augmentation du cancer de la jonction rectosigmoïde de 1996 à 2000 (non statistiquement significative);
- une diminution globale du nombre de cancer du côlon de 1986 à 2019.

CANCER DU POUMON

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon chez les hommes et les femmes combinés ont connu deux périodes de diminution significative en Ontario (à 0,9 % par an de 1991 à 2008 et à 2,0 % par an de 2012 à 2019), entrecoupées de deux périodes de taux stables (1986 à 1991 et 2008 à 2012) (**tableau 2.7, figure 2.5A**). Toutefois, les tendances au fil du temps différaient entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du poumon a connu deux périodes de diminution significative – la première de 1986 à 2008 à un taux de 2,0 % par an, puis à nouveau plus récemment de 2012 à 2019 à un taux de 3,0 % par an (**tableau 2.7**). Chez les femmes, le taux d'incidence a augmenté de manière significative de 1986 à 1998 à un rythme de 2,0 % par an, est resté stable jusqu'en 2012, puis a commencé à diminuer de 1,2 % par an de 2012 à 2019.

Les différences de calendrier pour ces diminutions des taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes et les femmes au cours des deux dernières décennies reflètent les différences historiques dans les taux de tabagisme chez les hommes et les femmes (104,105). Bien que l'utilisation du tabac soit la principale cause du cancer du poumon, d'autres causes incluent l'exposition au radon, à l'amiante, à la fumée secondaire et à la pollution de l'air (106,107).

CANCER DE LA PROSTATE

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la prostate a augmenté rapidement de 7,3 % par an entre 1986 et 1994, puis de 1,2 % par an entre 1992 et 2007. Le taux a diminué de 6,3 % par an entre 2007 et 2014 pour finalement se stabiliser ces dernières années (**tableau 2.7, figure 2.5A**). Une hausse et une baisse abruptes du taux d'incidence sont courantes lorsqu'une nouvelle méthode de diagnostic précoce est introduite ou que sa fréquence d'utilisation est influencée par les orientations cliniques. Par exemple, l'utilisation répandue du test de l'antigène spécifique de la prostate a permis la détection précoce du cancer de la prostate. Cependant, une diminution de l'utilisation du test a coïncidé avec les recommandations de la U.S. Preventive Services Task Force (en 2012) et du Comité

d'experts externes canadien sur les soins de santé préventifs (en 2014) contre le dépistage du cancer de la prostate avec le test de l'antigène spécifique de la prostate (58).

Changements notables dans les tendances pour les autres cancers

Les cancers mis en évidence dans cette section ont connu les plus grandes variations annuelles significatives en pourcentage (à la hausse ou à la baisse) au cours de la période la plus récente (voir [l'annexe 2 : Analyse](#) pour de plus amples détails; **tableau 2.7, figure 2.5B**) ou des tendances remarquables dans les variations annuelles en pourcentage dans la période la plus récente.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (tendance à la hausse)

Après près de trois décennies de taux en baisse ou stables, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du col de l'utérus a augmenté de 3,2 % par an de 2014 à 2019 (**tableau 2.7, figure 2.5B**). Bien que la raison de cette tendance à la hausse en Ontario ne soit pas claire, d'autres juridictions ont signalé une augmentation récente de l'incidence du cancer du col de l'utérus de stade 4 et des adénocarcinomes cervicaux, des cancers qui ne sont généralement pas détectés par le dépistage (108).

CANCER DU REIN (tendance à la hausse)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du rein a augmenté de 1,6 % par an chez les hommes et les femmes combinés de 1995 à 2019 (**tableau 2.7, figure 2.5B**). Chez les hommes, une période initiale d'augmentation significative (5,0 % par an de 1986 à 1990) a été ponctuée par une courte période de taux stables entre 1990 et 1999, après quoi la tendance à la hausse s'est poursuivie à un rythme de 2,0 % par an entre 1999 et 2019. Chez les femmes, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du rein a augmenté régulièrement de 1,0 % par an entre 1986 et 2019.

L'incidence croissante du cancer du rein est probablement liée à de meilleurs diagnostics ainsi qu'à la prévalence croissante de l'excès de poids dans la population ontarienne (109). Malgré l'augmentation de l'incidence, la mortalité due au cancer du rein a continué de diminuer sur la même période (voir [chapitre 3 : Mortalité liée au cancer](#)).

CANCER DU LARYNX (tendance à la baisse)

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du larynx ont diminué entre 1986 et 2019 de 2,4 % par an chez les hommes et les femmes combinés (**tableau 2.7, figure 2.5B**), ainsi que chez les hommes, et de 2,8 % par an chez les femmes. Les taux d'incidence du cancer du larynx ont montré des diminutions similaires dans d'autres provinces et territoires, un phénomène attribuable au moins en partie à la diminution des taux de tabagisme dans la population (110,111).

LEUCÉMIE (tendance à la baisse)

Après une tendance croissante de l'incidence, qui a commencé à la fin des années 1990, les taux d'incidence normalisés selon l'âge de la leucémie chez les hommes et les femmes ont commencé à diminuer en 2010 de 2,0 % par an (**tableau 2.7, figure 2.5B**). En particulier, le taux d'incidence de la leucémie lymphocytaire chronique a diminué, tandis que les taux des autres types de leucémie ont

augmenté. La tendance à la baisse de la leucémie lymphoïde chronique reflète des observations récentes dans d'autres pays (112) et est probablement due aux critères de diagnostic plus restreints de la leucémie lymphoïde chronique qui ont été introduits en 2008 (113).

CANCER DU FOIE (Tendance remarquable)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du foie a augmenté rapidement (4,0 % par an ou plus) entre 1986 et 2012, bien qu'il ait diminué de 1,3 % par an ces dernières années (**tableau 2.7, figure 2.5B**). Chez les hommes, le taux d'incidence normalisé selon l'âge a augmenté à un rythme de 4,6 % par an de 1986 à 2013 et est resté stable de 2013 à 2019. La tendance était plus prononcée chez les femmes, le taux d'incidence normalisé selon l'âge augmentant de 3,3 % par an de 1986 à 2008, augmentant de 14,1 % par an de 2008 à 2012, pour enfin se stabiliser de 2012 à 2019.

La stabilisation brutale de la tendance à la hausse de l'incidence du cancer du foie pourrait être due à l'introduction récente d'un traitement antiviral à action directe pour l'hépatite virale C, et suggère que le risque de cancer du foie chez les personnes traitées pour l'hépatite pourrait être plus faible à moyen ou long terme (114).

CANCER DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DU PHARYNX (tendance à la hausse)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la cavité buccale et du pharynx chez les hommes et les femmes combinés a diminué de 1,9 % par an de 1986 à 2003, puis a augmenté de 1,3 % par an depuis (**tableau 2.7, figure 2.5B**). Pour les hommes, les taux ont augmenté de 1,4 % par an de 2003 à 2019, tandis qu'une augmentation plus petite, mais significative de 0,8 % par an s'est produite chez les femmes pour la même période (**tableau 2.7**). Une tendance mondiale similaire dans l'incidence du cancer de la cavité buccale et du pharynx a été observée, principalement dans les pays développés, et les infections par le virus du papillome humain (VPH) ont été liées à l'incidence des cancers du pharynx (115).

CANCER DU TESTICULE (tendance à la hausse)

Le taux d'incidence du cancer du testicule a augmenté régulièrement de 1986 à 2019 à un rythme de 1,3 % par an (**tableau 2.7, figure 2.5B**). De nombreuses autres juridictions ont connu une augmentation similaire de l'incidence du cancer du testicule, au moins depuis le milieu du XX^e siècle (116). Bien que les raisons de cette tendance à la hausse continue restent floues, le cancer du testicule a un pronostic favorable avec des taux de survie élevés et une faible mortalité.

CANCER DE LA THYROÏDE (tendance remarquable)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la thyroïde chez les hommes et les femmes combinés a diminué de manière significative entre 2013 et 2019, après près de trois décennies d'augmentation des taux (**tableau 2.7, figure 2.5B**). Le taux d'incidence a diminué de 3,5 % par an entre 2013 et 2019, en grande partie en raison de la tendance à la baisse du cancer papillaire de la thyroïde. Cette tendance était plus marquée chez les femmes, qui ont connu une diminution de 4,3 % par an au cours de la même période. Ce modèle de tendances est cohérent avec les tendances d'incidence du cancer de la thyroïde aux États-Unis et reflète probablement les améliorations

apportées au bilan diagnostique des nodules thyroïdiens, avec des critères basés sur la taille du nodule (supérieure à 1 cm) et les caractéristiques échographiques afin de réduire les surdiagnostics aux États-Unis et en Ontario(117–119).

CANCER DE L'UTÉRUS (tendance remarquable)

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de l'utérus a augmenté de 4,8 % par an de 2007 à 2011, puis a continué d'augmenter à un rythme plus lent de 1,1 % par an de 2011 à 2019 (**tableau 2.7, figure 2.5B**). Ces augmentations étaient principalement dues à la hausse des taux d'incidence du sous-site de l'endomètre (5,8 % par an entre 2007 et 2011).

L'incidence croissante du cancer de l'endomètre dans d'autres provinces et territoires suggère un lien avec l'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité et la diminution des taux de grossesse, qui augmentent tous deux l'exposition aux œstrogènes, un facteur de risque clé du cancer de l'endomètre (120). Une estimation prévoit que l'incidence du cancer de l'utérus dépassera celle du cancer colorectal d'ici 2030 aux États-Unis(121).

Figure 2.5A Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer, pour les quatre cancers les plus courants, Ontario, de 1986 à 2020

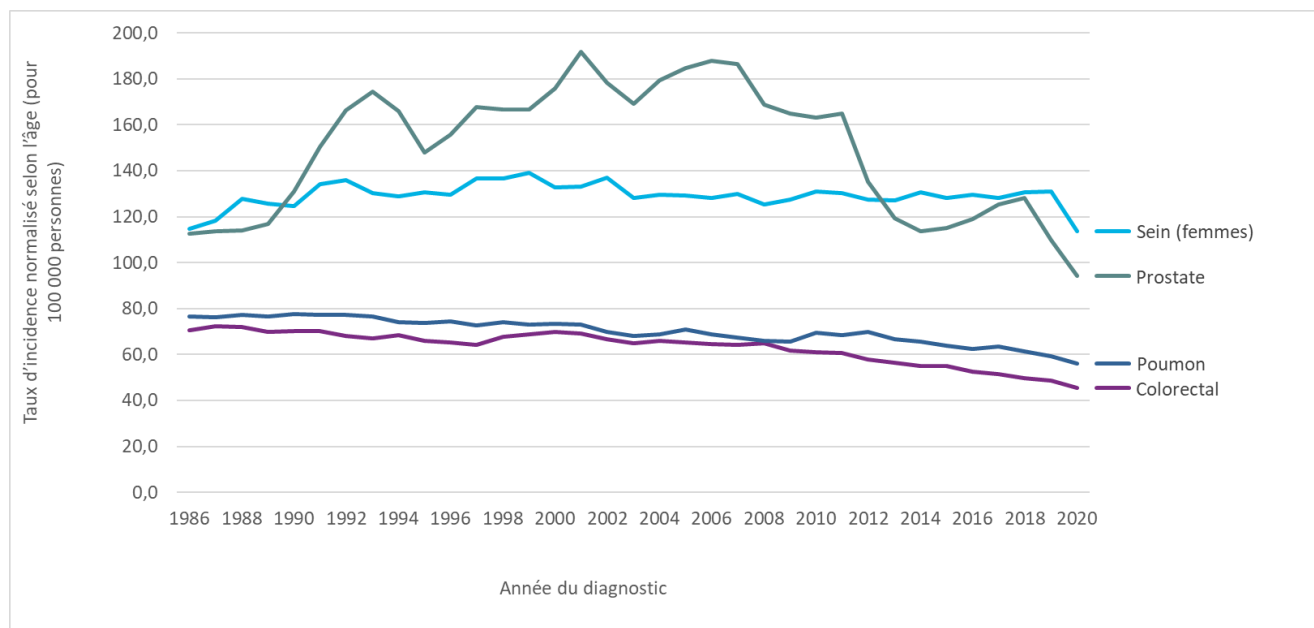
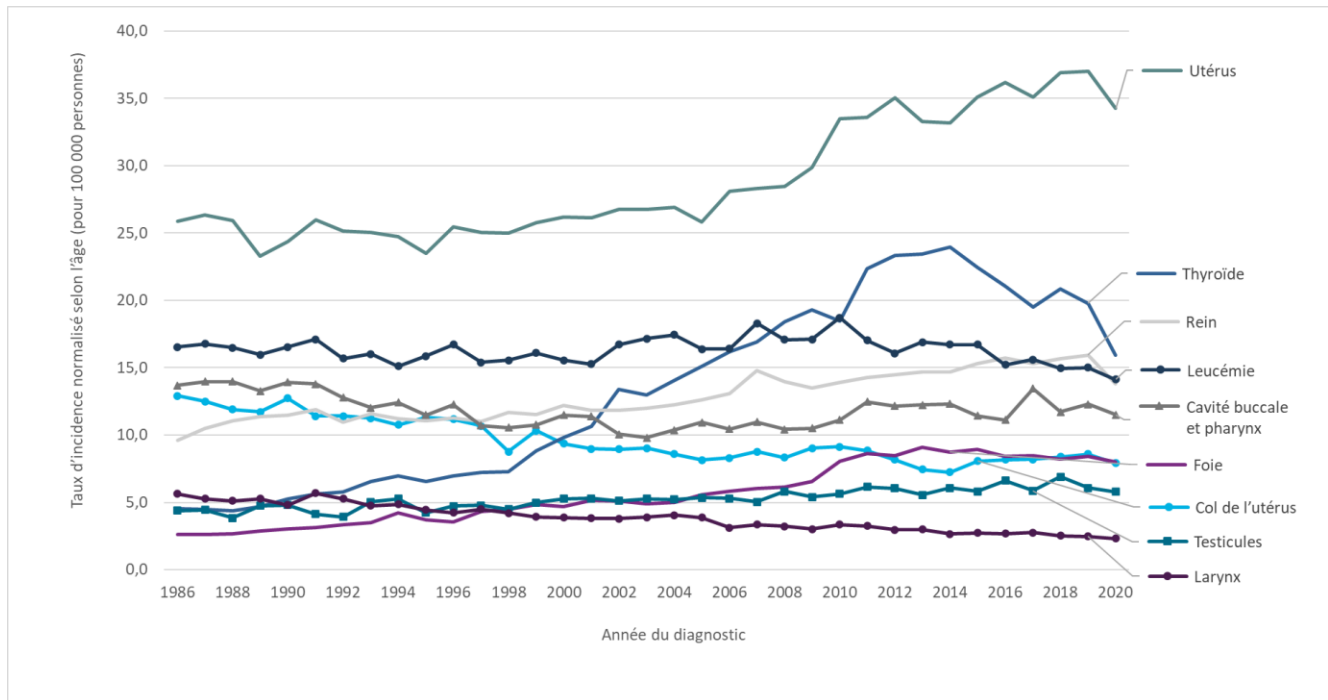


Figure 2.5B Taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer, pour les cancers dont les tendances récentes sont en forte augmentation ou diminution, Ontario, 1986 à 2020.



Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Les valeurs d'incidence fondées sur les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées au moment de présenter les tendances au fil du temps.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tabelau 2.7 Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisé selon l'âge selon le type de cancer et le sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2019

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Tous les cancers	1986 à 2006	0,3*	1986 à 2007	0,1	1986 à 2013	0,4*
	2006 à 2019	-0,8*	2007 à 2013	-3,1*	2013 à 2019	-0,4
	S.O.	S.O.	2013 à 2019	-0,9	S.O.	S.O.
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	1986 à 2008	-0,3*	1986 à 2019	-0,6*	1986 à 2000	0,0
	2008 à 2019	-1,5*	S.O.	S.O.	2000 à 2019	-1,2*
	1986 à 2001	1,6*	1986 à 2019	0,6*	1986 à 2001	1,8*
Glioblastome	2001 à 2005	-6,1	S.O.	S.O.	2001 à 2005	-7,8
	2005 à 2009	6,6	S.O.	S.O.	2005 à 2012	5,5*
	2009 à 2019	0,1	S.O.	S.O.	2012 à 2019	-0,7
	1986 à 2004	-1,5*	1986 à 2004	-1,6*	1986 à 2019	-0,9*
Tous les autres gliomes	2004 à 2008	4,2	2004 à 2008	4,1	S.O.	S.O.
	2008 à 2019	-3,1*	2008 à 2019	-3,1*	S.O.	S.O.
	S.O.	**	S.O.	**	S.O.	**
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes	S.O.	**	S.O.	**	S.O.	**
Méningiomes	S.O.	**	S.O.	**	S.O.	**
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	S.O.	**	S.O.	**	S.O.	**

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 1991	2,4
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1991 à 1999	0,4
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1999 à 2008	-0,8
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2008 à 2019	0,2
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 2006	-2,2*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2006 à 2010	2,4
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2010 à 2014	-4,9
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2014 à 2019	3,2*
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 2001	0,5*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2001 à 2019	-1,1*
Prostate	S.O.	S.O.	1986 à 1992	7,3*	S.O.	S.O.
	S.O.	S.O.	1992 à 2007	1,2*	S.O.	S.O.
	S.O.	S.O.	2007 à 2014	-6,3*	S.O.	S.O.
	S.O.	S.O.	2014 à 2019	0,0	S.O.	S.O.
Testicules	S.O.	S.O.	1986 à 2019	1,3*	S.O.	S.O.
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 1995	-0,5
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1995 à 2007	1,1*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2007 à 2011	4,8*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2011 à 2019	1,1*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Utérus - de l'endomètre	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 1995	-0,9
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1995 à 2007	1,3*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2007 à 2011	5,8*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2011 à 2019	1,1*
Utérus - sarcome de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 2019	1,2*
Colorectal	1986 à 1996	-1,0*	1986 à 2008	-0,3*	1986 à 1996	-1,4*
	1996 à 2000	1,2	2008 à 2019	-2,7*	1996 à 2000	1,3
	2000 à 2009	-1,0*	S.O.	S.O.	2000 à 2010	-1,3*
	2009 à 2019	-2,5*	S.O.	S.O.	2010 à 2019	-2,4*
Colon, sauf le rectum	1986 à 2009	-0,6*	1986 à 2009	-0,5*	1986 à 2009	-0,8*
	2009 à 2019	-2,7*	2009 à 2019	-2,8*	2009 à 2019	-2,5*
Colon - côté gauche	1986 à 2004	-1,1*	1986 à 2004	-0,9*	1986 à 2009	-1,2*
	2004 à 2008	1,4	2004 à 2008	2,0	2009 à 2019	-3,2*
	2008 à 2019	-3,8*	2008 à 2019	-4,1*	S.O.	S.O.
Colon - côté droit	1986 à 2010	0,1	1986 à 2011	0,1	1986 à 2010	0,0
	2010 à 2019	-2,2*	2011 à 2019	-2,5*	2010 à 2019	-2,3*
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	1986 à 1997	-0,6*	1986 à 1997	-0,4	1986 à 1996	-1,5*
	1997 à 2001	3,7*	1997 à 2001	3,6	1996 à 2000	4,1
	2001 à 2019	-1,9*	2001 à 2019	-2,1*	2000 à 2019	-1,6*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Jonction rectosigmoïdienne	1986 à 2001	2,4*	1986 à 2001	2,4*	1986 à 1991	4,3
	2001 à 2019	-3,9*	2001 à 2019	-3,9*	1991 à 1996	-5,2
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1996 à 2000	11,8
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2000 à 2019	-4,2*
Rectum	1986 à 1992	-2,3*	1986 à 1995	-1,3*	1986 à 1991	-3,1
	1992 à 2008	0,4*	1995 à 2006	0,8*	1991 à 2019	-0,2
	2008 à 2015	-1,9*	2006 à 2019	-1,7*	S.O.	S.O.
	2015 à 2019	-0,1	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Œsophage	1986 à 2007	-0,1	1986 à 2006	0,1	1986 à 2019	-0,7*
	2007 à 2011	3,4	2006 à 2011	3,3	S.O.	S.O.
	2011 à 2015	-5,1	2011 à 2015	-5,6*	S.O.	S.O.
	2015 à 2019	2,4	2015 à 2019	2,5	S.O.	S.O.
Œsophage - adénocarcinome	1986 à 2010	3,3*	1986 à 2010	3,2*	1986 à 2019	2,4*
	2010 à 2019	-0,7	2010 à 2019	-0,9	S.O.	S.O.
Œsophage - carcinome épidermoïde	1986 à 2019	-2,1*	1986 à 2019	-2,3*	1986 à 2015	-2,3*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2015 à 2019	4,9
Foie	1986 à 2008	4,0*	1986 à 2013	4,6*	1986 à 2008	3,3*
	2008 à 2012	9,4*	2013 à 2019	-1,3	2008 à 2012	14,1*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
	2012 à 2019	-1,3*	S.O.	S.O.	2012 à 2019	-1,2
Pancréas	1986 à 2006	-0,7*	1986 à 2003	-1,1*	1986 à 2006	-0,4*
	2006 à 2012	3,2*	2003 à 2019	1,6*	2006 à 2012	2,8*
	2012 à 2019	-0,4	S.O.	S.O.	2012 à 2019	-1,0
Estomac	1986 à 1993	-3,0*	1986 à 2007	-2,0*	1986 à 1998	-2,7*
	1993 à 2009	-1,4*	2007 à 2019	0,0	1998 à 2019	-0,3
	2009 à 2013	1,9	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
	2013 à 2019	-1,3	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Larynx	1986 à 2019	-2,4*	1986 à 2019	-2,4*	1986 à 2019	-2,8*
Cavité buccale et pharynx	1986 à 2003	-1,9*	1986 à 2003	-2,4*	1986 à 2003	-1,2*
	2003 à 2019	1,3*	2003 à 2019	1,4*	2003 à 2019	0,8*
Hypopharynx	1986 à 2019	-2,5*	1986 à 2019	-2,2*	1986 à 2019	-3,6*
Lèvre et cavité buccale	1986 à 2002	-3,2*	1986 à 2002	-4,2*	1986 à 2003	-1,3*
	2002 à 2019	1,0*	2002 à 2019	0,7	2003 à 2019	1,5*
Nasopharynx	1986 à 2019	-0,2	1986 à 2019	-0,1	1986 à 2019	-0,3
Oropharynx	1986 à 1998	-1,0	1986 à 1997	-1,6	1986 à 2019	0,3
	1998 à 2019	2,5*	1997 à 2019	3,0*	S.O.	S.O.
Thyroïde	1986 à 1998	4,8*	1986 à 2014	6,5*	1986 à 1998	5,0*
	1998 à 2002	13,4*	2014 à 2019	-2,1	1998 à 2002	15,2*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
	2002 à 2013	6,0*	S.O.	S.O.	2002 à 2013	5,6*
	2013 à 2019	-3,5*	S.O.	S.O.	2013 à 2019	-4,3*
Thyroïde - anaplasique	1986 à 2019	0,1	1986 à 2019	1,7*	1986 à 2019	-0,7
Thyroïde - folliculaire	1986 à 2019	-0,7*	1986 à 2019	-0,8*	1986 à 2019	-0,6*
Thyroïde - médullaire	1986 à 2015	2,3*	1986 à 2015	2,7*	1986 à 2019	1,6*
	2015 à 2019	-8,5	2015 à 2019	-17,2	S.O.	S.O.
Thyroïde - papillaire	1986 à 2012	9,0*	1986 à 2013	8,5*	1986 à 1998	7,2*
	2012 à 2019	-3,0*	2013 à 2019	-1,1	1998 à 2002	15,9*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2002 à 2013	7,0*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2013 à 2019	-4,9*
Leucémie	1986 à 1998	-0,5	1986 à 1997	-0,7	1986 à 2001	-0,5
	1998 à 2010	1,1*	1997 à 2010	0,9*	2001 à 2010	1,7*
	2010 à 2019	-2,0*	2010 à 2019	-2,1*	2010 à 2019	-2,3*
Leucémie lymphoblastique aiguë	1986 à 2019	0,8*	1986 à 2019	0,8*	1986 à 2019	0,8*
Leucémie monocyttaire aiguë	1986 à 2019	2,4*	1986 à 2019	1,9*	1986 à 2019	2,8*
Leucémie aiguë myéloïde	1986 à 2019	0,7*	1986 à 2019	0,6*	1986 à 2019	0,6*
Leucémie lymphoïde chronique	1986 à 2009	1,3*	1986 à 2009	1,3*	1986 à 2009	1,1*
	2009 à 2019	-3,5*	2009 à 2019	-3,6*	2009 à 2019	-3,7*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Leucémie myéloïde chronique	1986 à 2004	-1,2*	1986 à 2004	-1,5*	1986 à 2019	0,3
	2004 à 2019	1,7*	2004 à 2019	1,6*	S.O.	S.O.
Lymphome	1986 à 1998	1,5*	1986 à 2009	1,0*	1986 à 1998	1,8*
	1998 à 2009	0,6*	2009 à 2013	4,7*	1998 à 2008	0,2
	2009 à 2013	4,5*	2013 à 2019	-1,1*	2008 à 2013	3,2*
Lymphome de Hodgkin	1986 à 2019	-0,3*	1986 à 2019	-0,4*	1986 à 2019	-0,2
	1986 à 1998	1,8*	1986 à 2009	1,3*	1986 à 1998	2,1*
	1998 à 2009	0,8*	2009 à 2013	5,1*	1998 à 2008	0,3
Lymphome non hodgkinien	2009 à 2013	4,8*	2013 à 2019	-1,3*	2008 à 2013	3,5*
	2013 à 2019	-1,0*	S.O.	S.O.	2013 à 2019	-0,8
	2013 à 2019	-1,1*	S.O.	S.O.	2013 à 2019	-0,9
Lymphome non hodgkinien - extranodal	1986 à 2007	8,5*	1986 à 2007	8,2*	1986 à 2007	8,2*
	2007 à 2012	35,7*	2007 à 2012	37,5*	2007 à 2011	42,1*
	2012 à 2019	-0,2	2012 à 2019	-0,8	2011 à 2019	2,2
Lymphome non hodgkinien - nodal	1986 à 2007	0,9*	1986 à 2007	1,0*	1986 à 1994	2,3*
	2007 à 2011	-8,3*	2007 à 2011	-8,3	1994 à 2007	0,2
	2011 à 2019	-2,3*	2011 à 2019	-1,9	2007 à 2013	-6,7*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2013 à 2019	-1,9

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Myélome	1986 à 2004	0,8*	1986 à 2003	0,8*	1986 à 2019	0,8*
	2004 à 2008	-2,8	2003 à 2007	-3,9	S.O.	S.O.
	2008 à 2012	6,3	2007 à 2011	7,5	S.O.	S.O.
	2012 à 2019	0,3	2011 à 2019	0,3	S.O.	S.O.
Mélanome de la peau	1986 à 1993	-0,5	1986 à 2015	2*	1986 à 1992	-1,4
	1993 à 2014	2,3*	2015 à 2019	-0,9	1992 à 2019	2*
	2014 à 2019	0,1	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Mélanome (non cutané)	1986 à 2019	0,8*	1986 à 2019	0,6*	1986 à 2019	0,9*
Mélanome - muqueuse	1986 à 2006	0,4	S.O.	**	S.O.	**
	2006 à 2010	39,6	S.O.	**	S.O.	**
	2010 à 2019	-1,9	S.O.	**	S.O.	**
Mélanome - oculaire	1986 à 1996	-3,5*	1986 à 2019	0,0	1986 à 2019	-0,3
	1996 à 2000	9,6	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
	2000 à 2007	-4,4	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
	2007 à 2019	1,5	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Poumon	1986 à 1991	0,3	1986 à 2008	-2,0*	1986 à 1998	2,0*
	1991 à 2008	-0,9*	2008 à 2012	0,1	1998 à 2008	0,2
	2008 à 2012	0,7	2012 à 2019	-3,0*	2008 à 2012	1,4
	2012 à 2019	-2,0*	S.O.	S.O.	2012 à 2019	-1,2*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP (%)	Hommes – période	Hommes – VAP (%)	Femmes – période	Femmes – VAP (%)
Poumon - adénocarcinome	1986 à 1992	4,6*	1986 à 2000	0,5	1986 à 1992	6,6*
	1992 à 2008	-0,4	2000 à 2007	-3,6*	1992 à 2008	0,8*
	2008 à 2013	7,7*	2007 à 2012	8,2*	2008 à 2014	6,9*
	2013 à 2019	-3,0*	2012 à 2019	-2,3*	2014 à 2019	-4,3*
Poumon - grandes cellules	1986 à 2001	-0,5	1986 à 2000	-1,2	1986 à 1999	2,1*
	2001 à 2005	-16,6*	2000 à 2004	-17,5*	1999 à 2019	-8,4*
	2005 à 2019	-6,5*	2004 à 2019	-6,6*	S.O.	S.O.
Poumon - petites cellules	1986 à 1993	1,5	1986 à 1990	2,3	1986 à 2000	2,1*
	1993 à 2012	-0,7*	1990 à 2011	-1,4*	2000 à 2019	-0,8*
	2012 à 2019	-2,8*	2011 à 2019	-3,0*	S.O.	S.O.
Poumon - cellules squameuses	1986 à 1995	-2,6*	1986 à 2008	-4,3*	1986 à 1998	0,2
	1995 à 2008	-3,8*	2008 à 2012	3,3	1998 à 2007	-3,1*
	2008 à 2012	4,8	2012 à 2019	-2,8*	2007 à 2012	5,3*
	2012 à 2019	-2,4*	S.O.	S.O.	2012 à 2019	-1,8*
Vessie†	1989 à 2019	-1,3*	1989 à 2019	-1,4*	1989 à 2019	-1,4*
Rein	1986 à 1990	4,4*	1986 à 1990	5,0*	1986 à 2019	1,0*
	1990 à 1995	-1,4	1990 à 1999	-0,6	S.O.	S.O.
	1995 à 2019	1,6*	1999 à 2019	2,0*	S.O.	S.O.

Abréviations :

VAP signifie variation annuelle en pourcentage

S.O. signifie sans objet

Symboles :

*Tendance statistiquement significative

** Trop peu de cas pour calculer

†La tendance du cancer de la vessie commence en 1989 en raison de changements de classification

Remarques :

- Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Seuls certains sous-sièges anatomiques et les sous-types histologiques des principaux cancers sélectionnés sont affichés.
- Pour tous les cancers combinés, le cancer du sein, le mélanome de la peau et le cancer de la vessie, les normes du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour le dénombrement des cancers primaires multiples ont été utilisées pour sélectionner les cas. Pour tous les autres types de cancer, les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées.
- Le modèle de saut dans le logiciel Joinpoint a été appliqué dans les analyses de tendance pour tous les cancers combinés, le cancer du sein, le mélanome de la peau et le cancer de la vessie (voir [Annexe 2 : Analyse](#)).

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Trente-quatre ans de tendance d'incidence par type de cancer

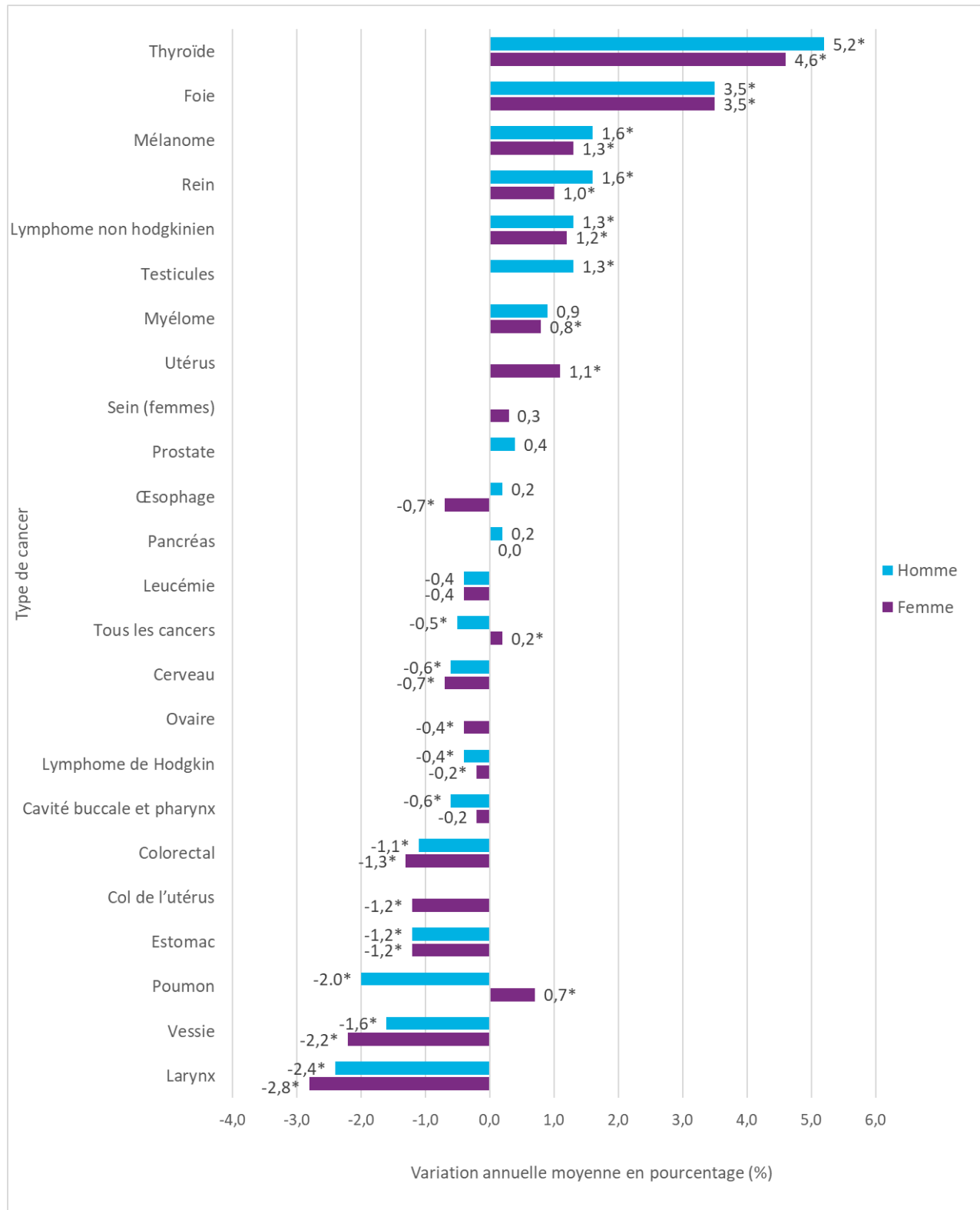
De 1986 à 2019, la variation annuelle moyenne en pourcentage du taux d'incidence normalisé selon l'âge chez les hommes (**figure 2.6**) :

- a augmenté le plus pour le cancer de la thyroïde (5,2 %), le cancer du foie (3,5 %), le mélanome (1,6 %), le cancer du rein (1,6 %) et le cancer du testicule (1,3 %);
- est resté stable pour les cancers de l'œsophage, du pancréas et de la prostate, la leucémie et le myélome;
- a diminué le plus pour les cancers du larynx (2,4 %), du poumon (2,0 %), de la vessie (1,6 %), de l'estomac (1,2 %) et colorectal (1,1 %).

Au cours de la même période, le taux de variation annuel moyen pour les femmes :

- a augmenté le plus pour les cancers de la thyroïde (4,6 %), du foie (3,5 %), le mélanome (1,3 %), le lymphome non hodgkinien (1,2 %) et le cancer de l'utérus (1,1 %);
- est resté stable pour les cancers du sein, de la cavité buccale et du pharynx, ainsi que pour les cancers du pancréas, la maladie de Hodgkin et la leucémie;
- a diminué le plus pour les cancers du larynx (2,8 %), de la vessie (2,2 %), colorectal (1,3 %), du col de l'utérus (1,2 %) et de l'estomac (1,2 %).

Figure 2.6 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge, par type de cancer et sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2019



Symbole : *Tendance statistiquement significative

Remarques :

- Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- La tendance du cancer de la vessie commence en 1989 en raison de changements de classification; le taux de variation annuel moyen est pour la période de 1989 à 2019.
- Le taux de variation annuel moyen a été calculé pour les tendances fondées sur les dénombrements en utilisant les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tendances d'incidence par âge

Cette section décrit les variations annuelles en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés par groupe d'âge en Ontario (**figure 2.7**). Un changement annuel en pourcentage est une mesure qui évalue le changement d'un taux au fil du temps. Il représente le pourcentage d'augmentation ou de diminution par année sur une période de temps spécifiée. Cette mesure est utilisée pour examiner les variations à court terme de la tendance des taux au fil du temps. Parce que 2020 a été une année anormale, qui peut biaiser les estimations, les données d'incidence pour 2020 ont été exclues de l'analyse des tendances d'incidence dans ce chapitre. Cependant, les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour 2020 sont toujours fournis dans la **figure 2.7**.

Au cours des 34 dernières années (1986 à 2019), la variation annuelle en pourcentage du taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge a généralement diminué chez les personnes de moins de 60 ans et est restée stable chez les personnes de 60 ans et plus, bien que ces tendances diffèrent selon le sexe (Figure 2.7).

Âge : de 0 à 39 ans

Chez les personnes de moins de 40 ans, le taux d'incidence du cancer a augmenté de 0,4 % par an de 1986 à 2001, puis de 1,5 % par an de 2001 à 2015. Toutefois, de 2015 à 2019, le taux d'incidence du cancer a diminué chez les personnes de moins de 40 ans dans l'ensemble (**figure 2.7**).

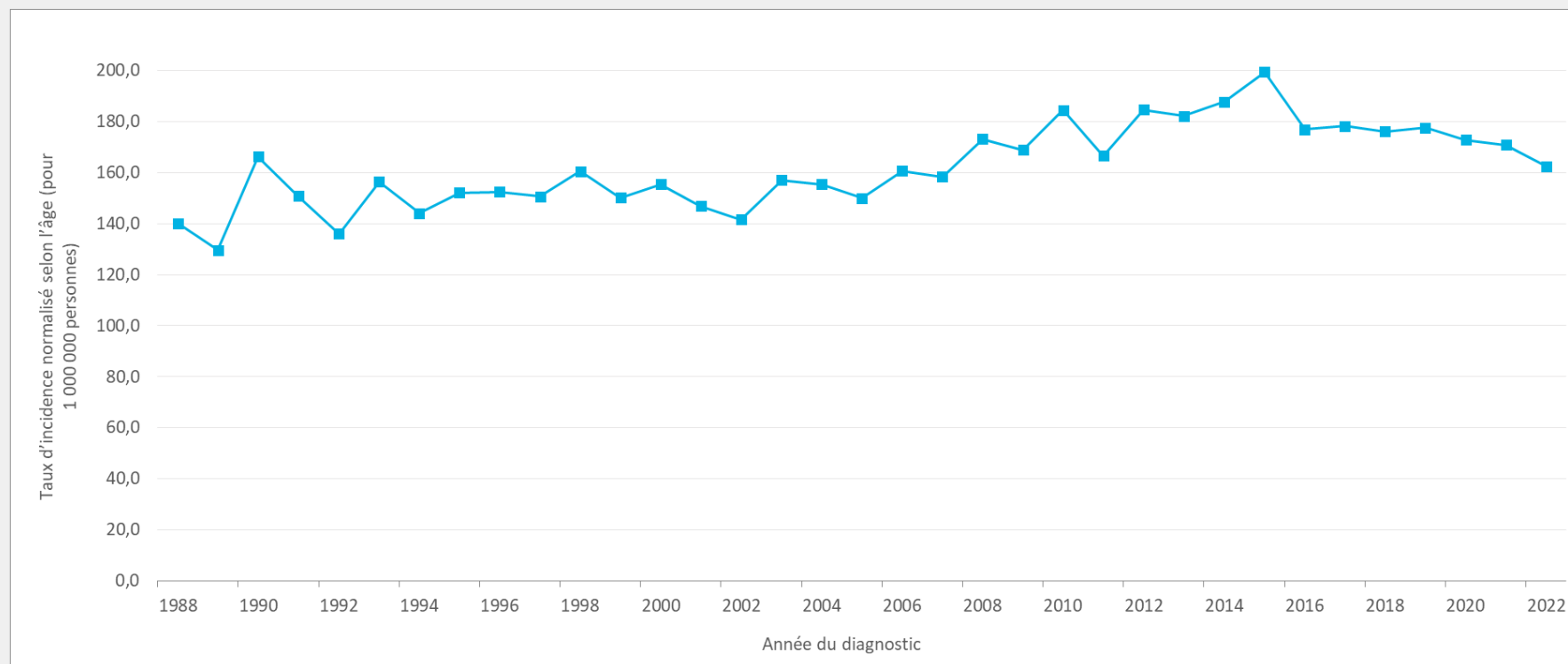
Des tendances différentes en matière de taux ont été observées chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, le taux est resté stable de 1986 à 2019. Chez les femmes, le taux était stable de 1986 à 1992, a augmenté de 1,6 % par an jusqu'en 2014, puis a diminué de 0,8 % par an de 2014 à 2019, bien que cette diminution ne soit pas statistiquement significative.

Chez les enfants de zéro à 14 ans, la variation annuelle moyenne globale en pourcentage du taux d'incidence normalisé selon l'âge était stable de 1988 à 2022 (0,4 % par an, non significatif), mais a augmenté de 2,1 % par an de 2005 à 2015 avant de diminuer de 2,2 % par an de 2015 à 2022 (voir **Faits saillants : Tendance de l'incidence du cancer chez les enfants, figure 2.S1**).

Pour de plus amples détails sur les tendances de l'incidence du cancer chez les enfants, lisez [le rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (en anglais seulement).

Faits saillants : Tendence de l'incidence du cancer chez les enfants

Figure 2.S1 Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer chez les enfants, tous cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, de 1988 à 2022



Période	VAP (%)
1988–2005	0,4
2005–2015	2,1*
2015–2022	-2,2*

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage

Symbole : *Tendance statistiquement significative

Remarques :

- Les taux sont pour 1 000 000.
- Pour les cancers infantiles, les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées.

Analyse par : Analyse de la santé, Pediatric Oncology Group of Ontario

Source de données : POGONIS (11 mai 2023), Pediatric Oncology Group of Ontario

Âge : de 40 à 59 ans

Chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, le taux d'incidence du cancer a augmenté de 0,5 % par an entre 1986 et 2007, puis a diminué de 0,6 % par an entre 2007 et 2019 (**figure 2.7**). Alors que le taux chez les hommes a diminué de 1,3 % par an de 2007 à 2019 après une augmentation constante, le taux chez les femmes s'est stabilisé de 2015 à 2019 après une augmentation de 0,4 % par an de 1986 à 2015.

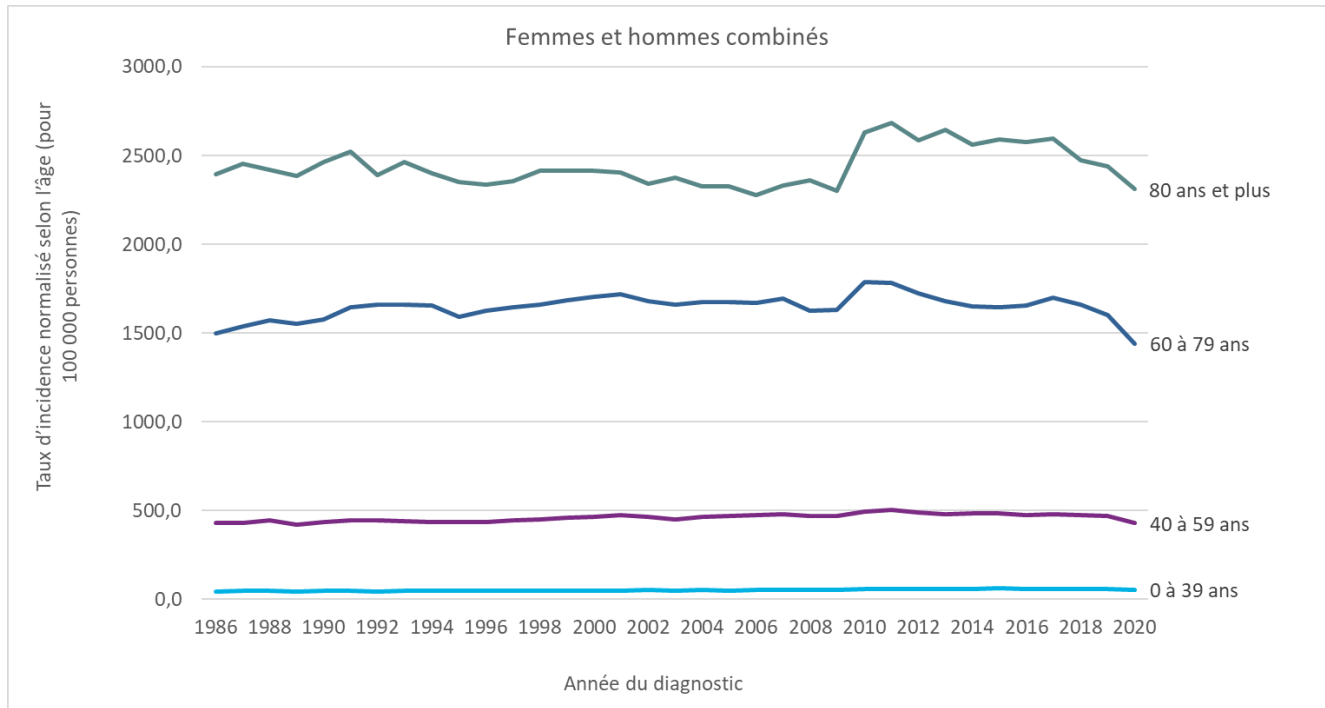
Âge : de 60 à 79 ans

Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, le taux d'incidence du cancer a augmenté de 1,5 % par an de 1986 à 1992, est resté stable jusqu'en 2007, a diminué de 2,3 % par an entre 2007 et 2013, et est resté stable entre 2013 et 2019 (**figure 2.7**). La tendance chez les hommes était similaire à la tendance générale, bien que le taux de diminution entre 2007 et 2013 ait été plus élevé, à 3,9 % par an. Les femmes de ce groupe d'âge n'ont connu aucune augmentation ou diminution significative du taux d'incidence, restant stables entre 1986 et 2019.

Âge : de 80 ans et plus

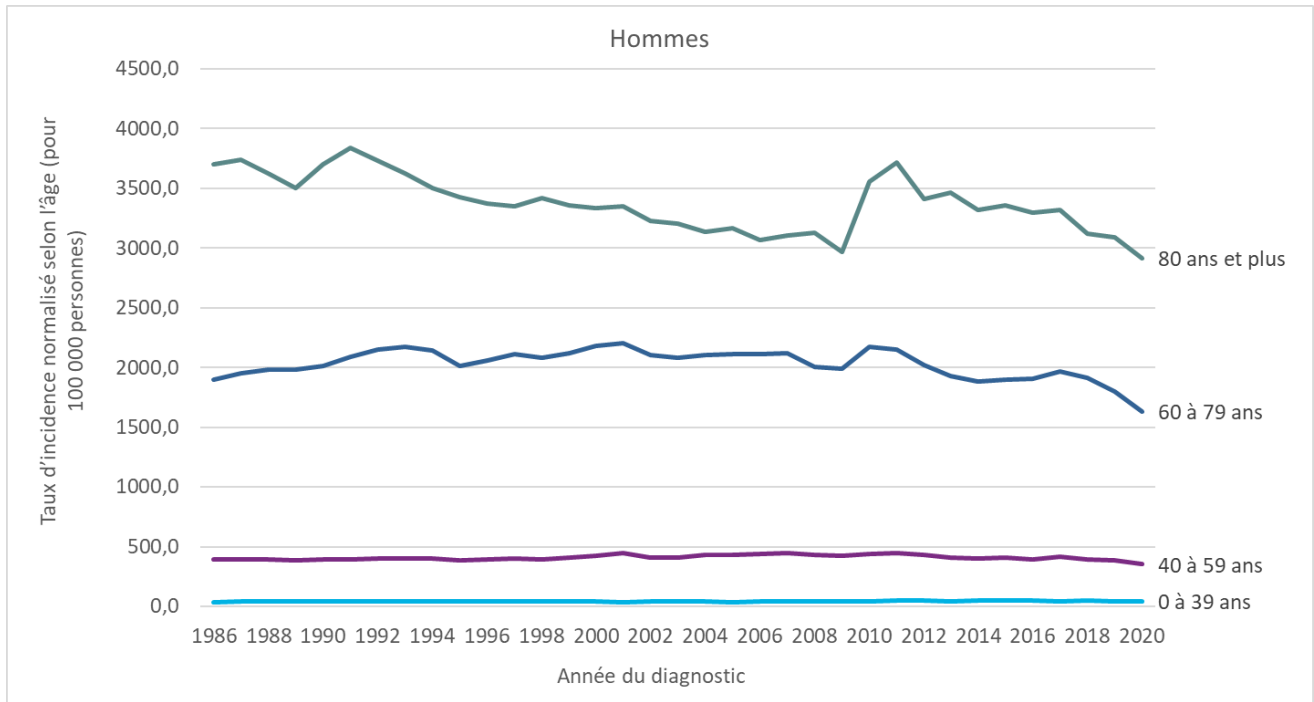
Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, le taux d'incidence du cancer a diminué régulièrement de 1986 à 2015 de 0,2 % par an et s'est stabilisé de 2015 à 2019 (**figure 2.7**). Différentes tendances ont été observées chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, le taux a diminué de 1,0 % par an de 1986 à 2011, puis plus rapidement de 1,7 % par an jusqu'en 2019. Chez les femmes, le taux a augmenté régulièrement de 0,2 % par an de 1986 à 2015, puis s'est stabilisé de 2015 à 2019.

Figure 2.7 Taux d'incidence normalisés selon l'âge (1986 à 2020) et variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisés selon l'âge (1986 à 2019) par sexe binaire et groupe d'âge, Ontario



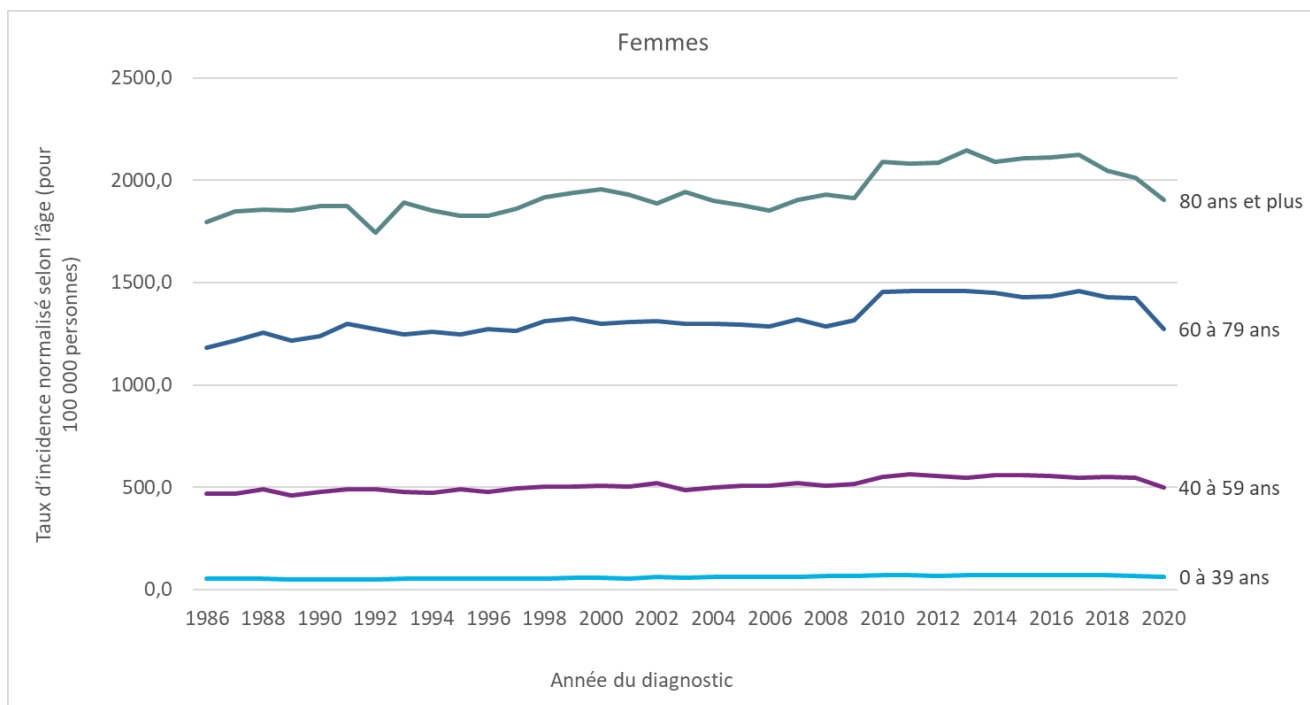
Femmes et hommes combinés VAP

Âge : de 0 à 39 ans		Âge : de 40 à 59 ans		Âge : de 60 à 79 ans		Âge : de 80 ans et plus	
PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP
1986-2001	0,4*	1986-2007	0,5*	1986-1992	1,5*	1986-2015	-0,2*
2001-2015	1,5*	2007-2019	-0,6*	1992-2007	0,2	2015-2019	-1,4
2015-2019	-1,7*			2007-2013	-2,3*		
				2013-2019	-0,5		



Hommes VAP

Âge : de 0 à 39 ans		Âge : de 40 à 59 ans		Âge : de 60 à 79 ans		Âge : de 80 ans et plus	
PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP
1986-2019	0,1	1986-2007	0,6*	1986-1992	1,8*	1986-2011	-1,0*
		2007-2019	-1,3*	1992-2007	0,0	2011-2019	-1,7*
				2007-2013	-3,9*		
				2013-2019	-0,6		



Femmes VAP

Âge : de 0 à 39 ans		Âge : de 40 à 59 ans		Âge : de 60 à 79 ans		Âge : de 80 ans et plus	
PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP
1986-1992	-0,7	1986-2015	0,4*	1986-1991	1,3	1986-2015	0,2*
1992-2014	1,6*	2015-2019	-0,8	1991-1995	-0,6	2015-2019	-1,0
2014-2019	-0,8			1995-1999	1,3		
				1999-2019	-0,2		

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage

Symbole : *Tendance statistiquement significative

Remarques :

- Les valeurs sont basées sur les normes du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour le comptage des cancers primaires multiples.
- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Parce que 2020 était une année anormale, qui peut biaiser les estimations de la VAP, les données d'incidence pour 2020 ont été exclues de l'analyse des tendances d'incidence.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Incidence par stade du cancer

La stadification du cancer consiste à classer les personnes atteintes de cancer en groupes en fonction de l'étendue de leur maladie. Le stade au moment du diagnostic est l'étendue de la maladie au moment du diagnostic initial.

Un groupe de stade (c.-à-d. le stade 0, 1, 2, 3 ou 4) est basé sur des caractéristiques distinctes d'une tumeur, qui décrivent l'étendue de la propagation du cancer dans le corps. Connaître le 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 informations sur le stade au moment du diagnostic sont l'un des facteurs les plus importants pour prédire l'issue du cancer (122).

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

Le groupe de stade est utile comme comparateur au sein d'un même type de cancer et entre différents types de cancer, ainsi que pour comparer les tendances au fil du temps. Des informations scéniques de grande qualité au niveau de la population aident les prestataires de soins de santé, les administrateurs, les chercheurs et les décideurs à planifier, à évaluer et à améliorer la qualité des soins afin d'améliorer les résultats des traitements.

Des données sur le stade du diagnostic au niveau de la population, très complètes, sont disponibles en Ontario pour 5 types de cancer : du sein chez les femmes, prostate, colorectal, du poumon et col de l'utérus. En 2018, un nouveau schéma de classification par stade a été adopté par le Registre des cas de cancer de l'Ontario, ce qui a une incidence sur la distribution des stades de nombreux cancers pour les cas diagnostiqués à partir de 2018 (voir [annexe 1 : Sources des données](#)).

La répartition récente des données sur le stade au moment du diagnostic (2018 à 2020) et les changements sont décrits dans le [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#).

Chapitre 3 : Mortalité du cancer

La mortalité du cancer fait référence au nombre de décès provoqués par le cancer au cours une période spécifique. Ce chapitre présente les projections pour 2021 à 2024, ainsi que les taux de mortalité par cancer réels (non projetés) et les tendances de 1986 à 2020.

Aperçu de la mortalité

Bien que le nombre de décès (mortalité) liés à tous les cancers combinés en Ontario ait augmenté au cours des trois dernières décennies, le taux de mortalité a diminué pour une grande partie de cette période. En règle générale, la mortalité du cancer est influencée par :

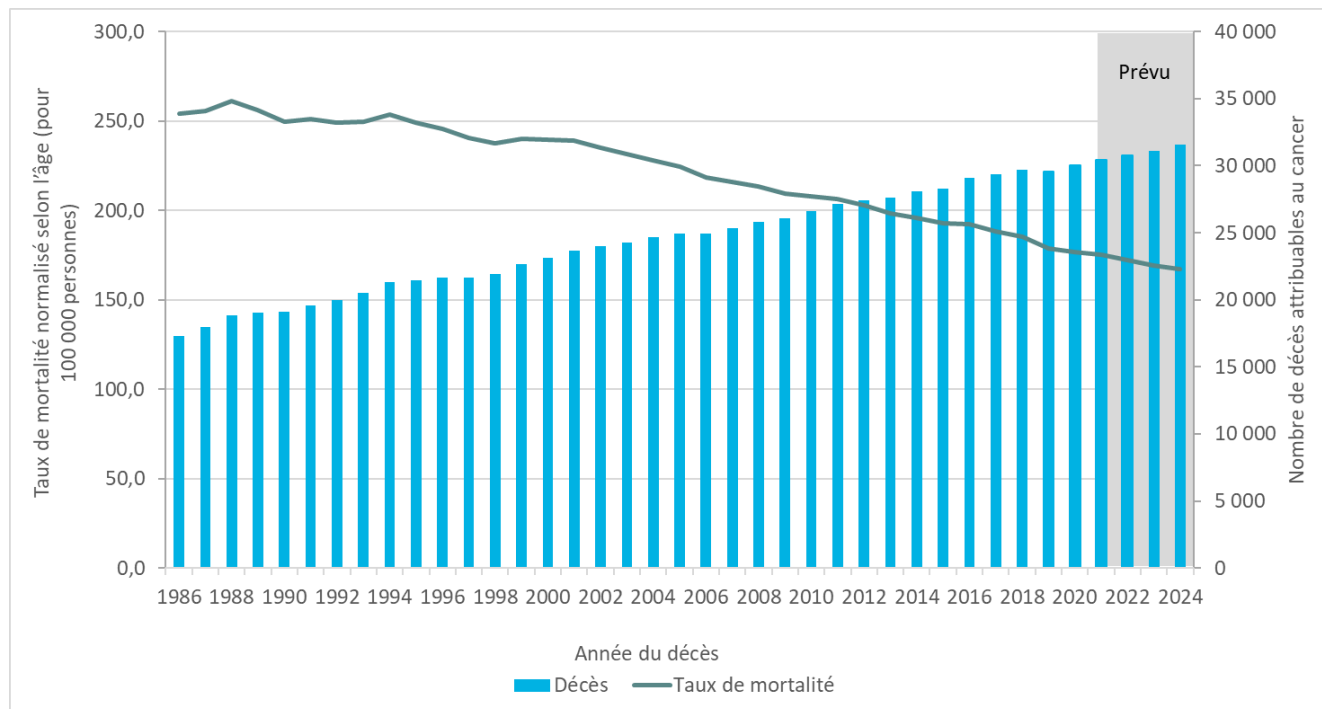
- incidence du cancer
- survie au cancer
- les facteurs sociodémographiques;
- la disponibilité de l'accès à une détection et à un dépistage précoce du cancer et à son efficacité
- la disponibilité et l'accès à un traitement efficace contre le cancer

Dans ce chapitre, les statistiques selon le sexe font référence aux données sexuelles qui sont binaires et attribuées à la naissance. Pour de plus amples renseignements, consultez [À propos de ce rapport : Statistiques par sexe](#).

Mortalité estimée par cancer en 2024

En 2024, on estime que 31 575 personnes en Ontario mourront du cancer (à l'exclusion du cancer de la peau autre que le mélanome). Cette estimation représente un taux de mortalité normalisé selon l'âge de 167,0 pour 100 000 personnes (**figure 3.1**). Alors que le nombre de décès par cancer a augmenté chaque année depuis 1986, le taux de mortalité normalisé selon l'âge a atteint son maximum en 1988 et a diminué chaque année depuis 1999.

Figure 3.1 Valeurs de mortalité et taux normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, 1986 à 2024



Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- La zone ombrée indique les données projetées pour les années à partir de 2021.

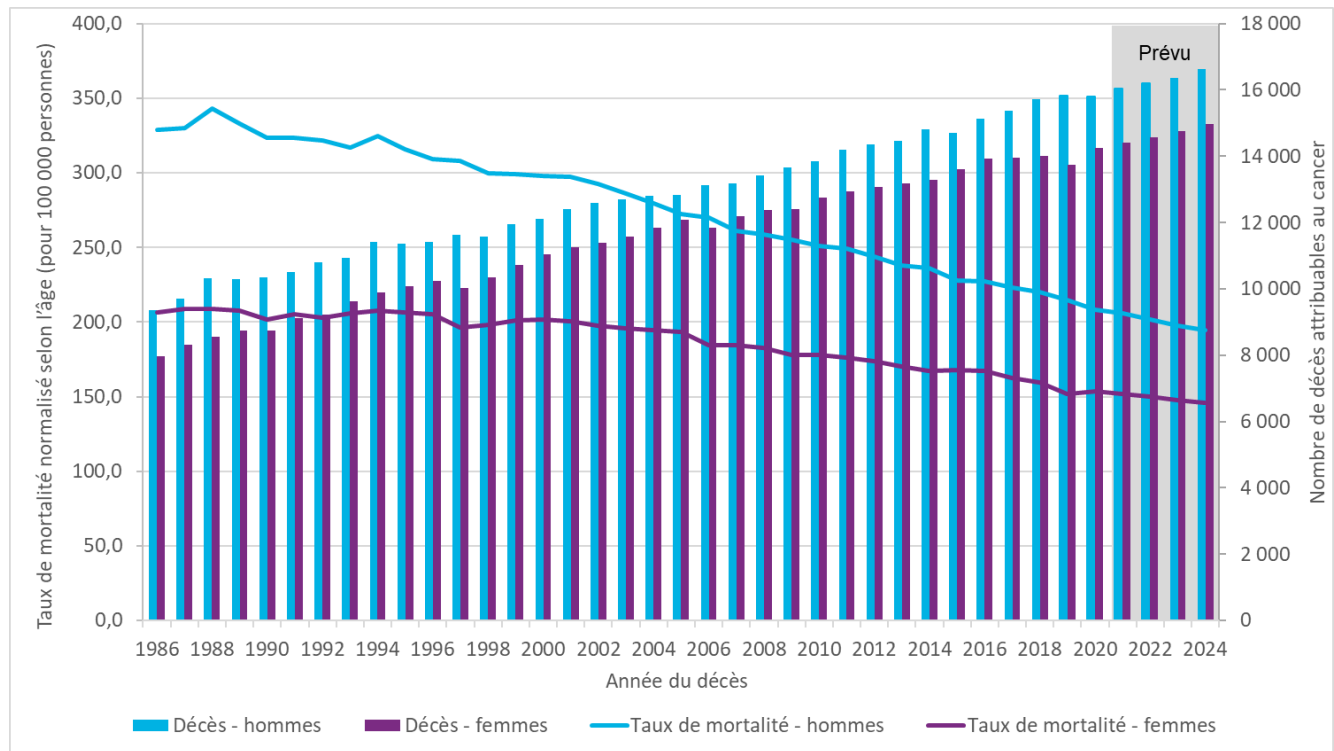
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Mortalité projetée par sexe

Chez les hommes, le cancer devrait causer 16 619 décès en 2024, ce qui entraînera un taux de mortalité normalisé selon l'âge de 194,6 pour 100 000 (**figure 3.2**). Les chiffres devraient être plus bas pour les femmes, avec 14 959 décès prévus et un taux de mortalité normalisé selon l'âge de 145,9 pour 100 000. Les hommes devraient représenter 52,6 % de tous les décès par cancer en 2024. Ce pourcentage a légèrement diminué au fil du temps, les hommes représentant 54,0 % de tous les décès par cancer en 1986. Alors que le nombre de décès par cancer a augmenté pour les hommes et les femmes entre 1986 et 2024, les taux de mortalité normalisés selon l'âge devraient continuer à diminuer par rapport aux années précédentes jusqu'en 2024 (**figure 3.2**).

Figure 3.2 Valeurs de mortalité et taux normalisés selon l'âge, par sexe binaire, pour tous les cancers combinés, Ontario, 1986 à 2024



Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- La zone ombrée indique les données projetées pour les années à partir de 2021.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Mortalité projetée par sexe et type de cancer

En 2024, la principale cause de décès par cancer devrait être le cancer du poumon, qui devrait représenter 21,7 % (6 852) de tous les décès par cancer (**tableau 3.1**). Le cancer colorectal devrait entraîner le deuxième plus grand nombre de décès par cancer (3 200 ou 10,1 %), suivi du cancer du pancréas. Malgré une incidence beaucoup plus faible, le cancer du pancréas devrait causer à peu près le même nombre de décès (2 207 ou 7,0 %) que le cancer du sein chez les femmes (2 135 ou 6,8 %). Ensemble, ces quatre cancers représenteront près de la moitié de tous les décès par cancer.

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge du cancer du poumon devrait être significativement plus élevé chez les hommes (40,3 pour 100 000) que chez les femmes (31,5 pour 100 000).

Pour chaque cancer répertorié au **tableau 3.1**, à l'exception du cancer de la thyroïde, le taux de mortalité normalisé selon l'âge devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes (voir [chapitre 2 : Incidence par sexe et type de cancer](#) pour plus de détails sur les disparités entre les sexes dans le cancer de la thyroïde). Les taux de mortalité plus élevés chez les hommes sont dus à des taux

d'incidence généralement plus élevés chez les hommes pour tous les cancers qui surviennent à la fois chez les hommes et les femmes. Les taux d'incidence et de mortalité plus élevés chez les hommes sont dus à :

- une prévalence plus élevée de facteurs de risque, tels que l'embonpoint et l'obésité, la consommation d'alcool et de tabac (78);
- une exposition professionnelle plus élevée aux agents cancérigènes (68,69);
- moins d'utilisation de services médicaux (63, 64,123);
- l'influence de différentes hormones sexuelles (124).

Les plus grandes différences de mortalité par cancer entre les hommes et les femmes en 2024 devraient être pour :

- les cancers du larynx, de l'œsophage et de la vessie, qui auront un taux de mortalité normalisé selon l'âge chez les hommes au moins trois fois plus élevé que chez les femmes;
- le mélanome, ainsi que les cancers du rein, du foie et de l'estomac, qui auront un taux de mortalité normalisé selon l'âge chez les hommes environ deux fois plus élevé que chez les femmes.

Tableau 3.1 Nombre prévu de cas de mortalité et taux normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2024

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – décès	Hommes et femmes combinés – TMNA	Hommes – décès	Hommes – TMNA	Femmes – décès	Femmes – TMNA
Tous les cancers	31 575	167,0	16 619	194,6	14 959	145,9
Vessie	1 005	5,1	725	8,6	280	2,5
Cerveau	905	5,1	545	6,6	360	3,8
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 135	22,2
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	159	1,9
Colorectal	3 200	17,1	1 764	21,0	1 436	13,8
Œsophage	952	5,1	736	8,6	217	2,1
Lymphome de Hodgkin	40	0,2	26	0,3	17	0,2
Rein	638	3,4	417	4,9	221	2,1
Larynx	133	0,7	115	1,3	20	0,2
Leucémie	1 254	6,5	736	8,6	517	4,9
Foie	1 534	8,0	983	11,2	553	5,3
Poumon	6 852	35,4	3 534	40,3	3 321	31,5
Mélanome	552	3,0	352	4,2	198	2,0
Myélome	626	3,2	368	4,3	259	2,4
Lymphome non hodgkinien	1 161	6,1	661	7,8	502	4,7
Cavité buccale et pharynx	585	3,2	413	4,9	173	1,7
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	746	7,6
Pancréas	2 207	11,6	1 191	13,8	1 015	9,6
Prostate	S.O.	S.O.	1 876	22,1	S.O.	S.O.
Estomac	836	4,5	533	6,3	305	3,1
Testicules	S.O.	S.O.	18	0,2	S.O.	S.O.
Thyroïde	108	0,6	47	0,6	60	0,6
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	646	6,3

Abréviations :

TMNA signifie taux de mortalité normalisé selon l'âge

S.O. signifie sans objet

Remarque :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Mortalité projetée par sexe et âge

En 2024, on prévoit que le taux de mortalité le plus élevé par cancer sera dans le groupe d'âge de 80 ans et plus, suivi du groupe d'âge de 60 à 79 ans. Toutefois, le groupe d'âge de 60 à 79 ans représentera environ 52 % de tous les décès, par rapport à 36 % pour le groupe d'âge de 80 ans et plus (**tableau 3.2**).

Les décès dus au cancer avant l'âge de 40 ans continueront d'être rares en 2024, avec seulement 436 décès prévus. Ces décès représentent 1,4 % de tous les décès par cancer et un taux de 5,6 décès pour 100 000 personnes.

Bien que les taux de mortalité projetés augmentent considérablement pour les personnes âgées de 60 à 79 ans pour la plupart des types de cancer, des exceptions existent pour les cancers du sein et du poumon. Les taux de ces cancers commencent plutôt à augmenter rapidement dans le groupe d'âge de 40 à 59 ans.

Tableau 3.2 Nombre prévu de cas de mortalité et taux par âge par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2024

Type de cancer	0 à 39 ans – décès	0 à 39 ans – taux par âge	40 à 59 ans – décès	40 à 59 ans – taux par âge	60 à 79 ans – décès	60 à 79 ans – taux par âge	80 ans et plus – décès	80 ans et plus – taux par âge
Tous les cancers	436	5,6	3 320	86,1	16 452	503,4	11 367	1 523,9
Vessie	**	**	35†	0,9	409	12,5	554	74,3
Cerveau	66	0,9	180	4,7	504	15,4	155	20,8
Sein (femmes)	59	1,6	449	22,8	942	55,1	685	155,6
Col de l'utérus	13	0,3	56	2,8	65	3,8	25	5,7
Colorectal	37	0,5	385	10,0	1 480	45,3	1 298	174,0
Œsophage	**	**	125†	3,2	576	17,6	247	33,1
Lymphome de Hodgkin	6	0,1	**	**	15†	0,5	9	1,2
Rein	6	0,1	67	1,7	327	10,0	238	31,9
Larynx	**	**	20†	0,5	75	2,3	41	5,5
Leucémie	44	0,6	86	2,2	595	18,2	529	70,9
Foie	14	0,2	144	3,7	929	28,4	447	59,9
Poumon	14	0,2	484	12,6	4 200	128,5	2 154	288,8
Mélanome	17	0,2	70	1,8	269	8,2	196	26,3
Myélome	**	**	40†	1,1	327	10,0	258	34,6
Lymphome non hodgkinien	16	0,2	104	2,7	574	17,6	467	62,6
Cavité buccale et pharynx	7	0,1	91	2,4	336	10,3	151	20,2
Ovaire	14	0,4	122	6,2	409	23,9	200	45,4
Pancréas	9	0,1	217	5,6	1 254	38,4	727	97,5
Prostate	**	**	55†	2,9	801	51,4	1 023	334,5
Estomac	15	0,2	123	3,2	429	13,1	269	36,1
Testicules	10†	0,3	**	**	**	**	**	**
Thyroïde	**	**	15†	0,4	58	1,8	38	5,1

Symboles :

**Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité, et le taux associé et l'intervalle de confiance ont été ajustés pour tenir compte du nombre arrondi

Remarque :

- Les taux sont pour 100 000 personnes.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

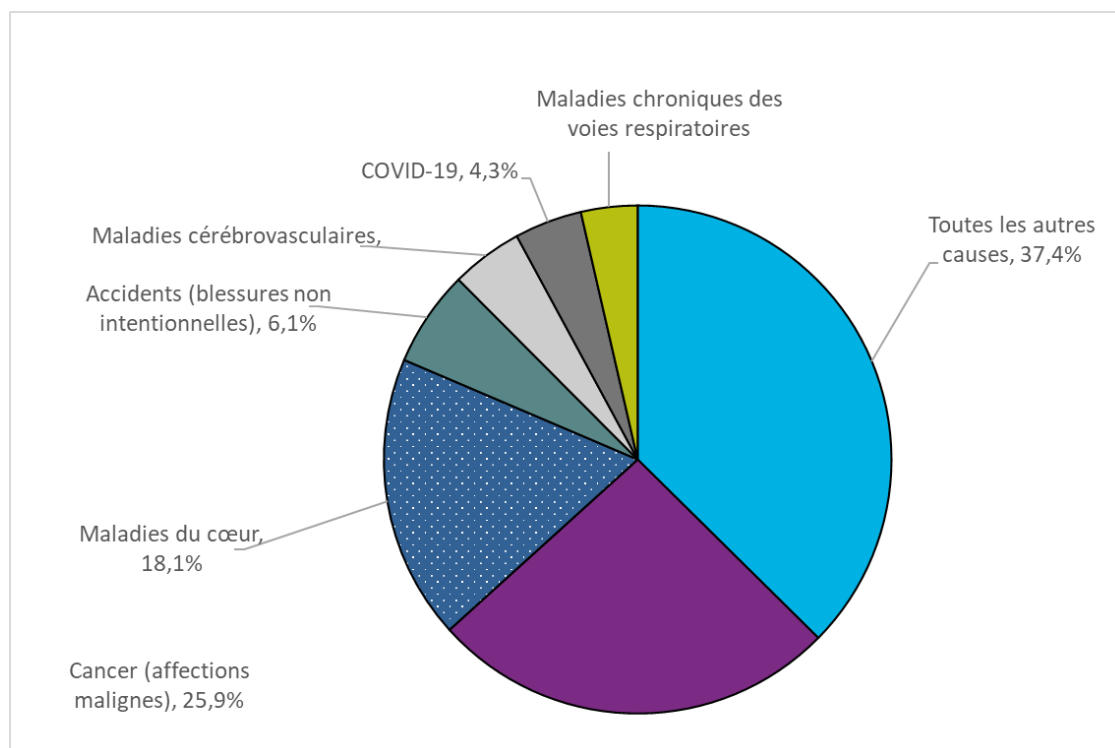
Mortalité liée au cancer de 1986 à 2020

Les décès liés au cancer en Ontario en 2020 étaient plus élevés que prévu en raison de la pandémie de COVID-19. Veuillez vous référer au [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence de la pandémie sur la mortalité liée au cancer en Ontario.

Le cancer comme principale cause de décès

En 2020, le cancer a provoqué 25,9 % de tous les décès en Ontario, ce qui en fait la principale cause de décès dans la province (**figure 3.3**) (125). Le cancer a provoqué presque autant de décès que les trois principales causes de décès suivantes réunies : maladies cardiaques, accidents et maladies cérébrovasculaires.

Figure 3.3 Principales causes de décès, Ontario, 2020



Remarque :

- Codes CIM-10 pour les causes de décès : maladies respiratoires chroniques inférieures [J40-J47]; COVID-19 [U07.1, U07.2]; maladies cérébrovasculaires [I60-I69]; accidents (blessures non intentionnelles) [V01-X59, Y85-Y86]; maladies cardiaques [I00-I09, I11, I13, I20-I51]; cancer (néoplasmes malins) [C00-C97].

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

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

Probabilité de mourir d'un cancer

La probabilité de mourir du cancer représente le risque de décès lié au cancer. Cette probabilité dépend de nombreux facteurs :

- les caractéristiques d'une population;
- la prévalence des facteurs de risque;
- la disponibilité, l'accès et l'efficacité du dépistage précoce et du dépistage du cancer;
- la disponibilité et l'accès à un traitement efficace contre le cancer.

Ces probabilités reflètent également les risques moyens pour l'ensemble de la population et ne tiennent pas compte du risque personnel. En d'autres termes, le risque d'une personne peut être plus élevé ou plus faible que les chiffres rapportés ici.

En Ontario, une personne sur quatre (24,4 %) mourra du cancer (**tableau 3.3**). Les hommes ont une probabilité plus élevée de mourir du cancer, soit un peu plus d'un sur quatre (26,5 %), que les femmes, dont la probabilité est légèrement inférieure à un sur quatre (22,5 %).

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

- Chez les hommes, la probabilité est la plus élevée pour les cancers du poumon (1 homme sur 17), de la prostate (1 homme sur 29) et colorectal (1 homme sur 35).
- Chez les femmes, la probabilité est plus élevée pour les cancers du poumon (1 femme sur 20), du sein (1 femme sur 32) et colorectal (1 femme sur 40).

Tableau 3.3 Probabilité à vie de décéder d'un cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2016 à 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – %	Hommes et femmes combinés – 1 personne sur	Hommes – %	Hommes – 1 personne sur	Femmes – %	Femmes – 1 personne sur
Tous les cancers	24,4	4	26,5	4	22,5	5
Vessie	0,8	123	1,2	82	0,4	223
Cerveau	0,6	173	0,7	152	0,5	201
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	3,1	32
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	0,2	490
Colorectal	2,7	37	2,9	35	2,5	40
Œsophage	0,6	160	0,9	105	0,3	315
Lymphome de Hodgkin	0,0	3 115	0,0	2 347	0,0	4,545
Rein	0,5	202	0,6	159	0,4	272
Larynx	0,1	891	0,2	513	0,0	2,890
Leucémie	0,9	106	1,1	90	0,8	126
Foie	0,9	105	1,2	83	0,7	141
Poumon	5,4	19	5,8	17	5,0	20
Mélanome	0,4	249	0,5	184	0,3	366
Myélome	0,5	200	0,6	173	0,4	232
Lymphome non hodgkinien	0,9	106	1,1	93	0,8	120
Cavité buccale et pharynx	0,4	246	0,5	183	0,3	368
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1,0	100
Pancréas	1,5	65	1,6	63	1,5	67
Prostate	S.O.	S.O.	3,4	29	S.O.	S.O.
Estomac	0,6	161	0,8	125	0,5	221
Testicules	S.O.	S.O.	0,0	5 000	S.O.	S.O.
Thyroïde	0,1	1 325	0,1	1 565	0,1	1,164
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	0,8	131

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario) Statistique Canada, tableau 13-10-0709-01 Taux de mortalité, par groupe d'âge

Mortalité par sexe et type de cancer

En 2020, 30 054 personnes sont décédées du cancer en Ontario. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge était de 176,7 pour 100 000 (**tableau 3.4**).

Les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués (sein, colorectal, poumon et prostate) ont été responsables de 44,8 % de tous les décès du cancer en 2020. Les cancers du poumon, du côlon et de la prostate représentaient 43,0 % de tous les décès du cancer chez les hommes, tandis que les cancers du poumon, du sein et du côlon représentaient 46,7 % de tous les décès du cancer chez les femmes (**figure 3.4**).

Certains des cancers moins fréquemment diagnostiqués ont contribué de manière relativement importante à la mortalité en raison de leur mauvais pronostic. Par exemple, le cancer du pancréas a représenté 6,6 % de tous les décès du cancer en 2020, ce qui en fait le troisième facteur de décès du cancer le plus élevé après les cancers du poumon et du côlon (**tableau 3.4**). En revanche, le cancer du pancréas ne représentait que 2,4 % des nouveaux cas la même année (voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#)).

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge les plus élevés pour les cancers chez les hommes et les femmes combinés étaient ceux du poumon (38,8 pour 100 000), colorectal (18,3 pour 100 000) et du pancréas (11,7 pour 100 000).

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour tous les cancers combinés était significativement plus élevé chez les hommes (208,1 pour 100 000) que chez les femmes (153,8 pour 100 000). Chez les hommes, le taux de mortalité normalisé selon l'âge le plus élevé était pour les cancers du poumon (44,2 pour 100 000), suivi du cancer de la prostate (23,3 pour 100 000) et du cancer colorectal (22,0 pour 100 000). Pour les femmes, le taux de mortalité normalisé selon l'âge le plus élevé était celui du poumon (34,7 pour 100 000), suivi du cancer du sein (22,0 pour 100 000) et du cancer colorectal (15,4 pour 100 000).

Les hommes avaient un taux de mortalité systématiquement plus élevé que les femmes pour chaque type de cancer, à l'exception de la thyroïde. Les taux de mortalité du cancer de la thyroïde étaient similaires chez les hommes et les femmes.

Les plus grandes différences entre les taux de mortalité du cancer chez les hommes et les femmes ont été observées dans les cas suivants :

- le cancer du larynx, dont le taux chez les hommes était plus de 8 fois supérieur à celui des femmes
- le cancer de l'œsophage, dont le taux chez les hommes était 4 fois supérieur que chez les femmes
- le cancer de la vessie, dont le taux chez les hommes était près de 4 fois supérieur que chez les femmes
- le cancer de la cavité buccale et du pharynx, dont le taux chez les hommes était plus de 2 fois supérieur au taux chez les femmes

Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour ces quatre types de cancer. En grande partie, les taux de mortalité plus élevés chez les hommes résultent probablement de leurs taux de tabagisme historiquement plus élevés (104,105).

Tableau 3.4 Nombre de décès et taux de mortalité par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – décès	Hommes et femmes combinés – % des décès	Hommes et femmes combinés – TMNA	Hommes et femmes combinés – IC à 95 %	Hommes – décès	Hommes – % des décès	Hommes – TMNA	Hommes – IC à 95 %	Femmes – décès	Femmes – % des décès	Femmes – TMNA	Femmes – IC à 95 %
Tous les cancers	30 054	100,0	176,7	174,7 à 178,7	15 811	100,0	208,1	204,8 à 211,4	14 243	100,0	153,8	151,2 à 156,3
Vessie	825	2,7	4,7	4,4 à 5,1	602	3,8	8,2	7,5 à 8,9	223	1,6	2,2	1,9 à 2,6
Cerveau	917	3,1	5,6	5,3 à 6,0	534	3,4	7,0	6,4 à 7,6	383	2,7	4,4	4,0 à 4,9
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1 958	13,7	22,0	21,0 à 23,0
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	155	1,1	1,9	1,6 à 2,2
Colorectal	3 101	10,3	18,3	17,7 à 19,0	1 649	10,4	22,0	20,9 à 23,1	1 452	10,2	15,4	14,6 à 16,2
Œsophage	845	2,8	5,0	4,7 à 5,3	653	4,1	8,4	7,8 à 9,1	192	1,3	2,1	1,8 à 2,4
Lymphome de Hodgkin	45	0,1	0,3	0,2 à 0,4	32	0,2	0,4	0,3 à 0,6	13	0,1	0,1	0,1 à 0,3
Rein	605	2,0	3,5	3,3 à 3,8	387	2,4	5,1	4,6 à 5,6	218	1,5	2,3	2,0 à 2,6
Larynx	157	0,5	0,9	0,8 à 1,1	134	0,8	1,7	1,4 à 2,1	23	0,2	0,2	0,2 à 0,4
Leucémie	1 125	3,7	6,6	6,2 à 7,0	638	4,0	8,5	7,8 à 9,2	487	3,4	5,1	4,7 à 5,6
Foie	1 312	4,4	7,7	7,3 à 8,2	812	5,1	10,5	9,8 à 11,3	500	3,5	5,4	5,0 à 5,9
Poumon	6 692	22,3	38,8	37,9 à 39,7	3 445	21,8	44,2	42,7 à 45,7	3 247	22,8	34,7	33,5 à 36
Mélanome	523	1,7	3,1	2,8 à 3,4	350	2,2	4,6	4,1 à 5,1	173	1,2	1,9	1,6 à 2,2
Myélome	561	1,9	3,2	3,0 à 3,5	327	2,1	4,3	3,9 à 4,8	234	1,6	2,4	2,1 à 2,8
Lymphome non hodgkinien	1 158	3,9	6,8	6,4 à 7,2	619	3,9	8,2	7,6 à 8,9	539	3,8	5,6	5,2 à 6,1
Cavité buccale et pharynx	572	1,9	3,4	3,1 à 3,7	387	2,4	4,9	4,5 à 5,5	185	1,3	2,0	1,7 à 2,3
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	695	4,9	7,8	7,2 à 8,4
Pancréas	1 998	6,6	11,7	11,2 à 12,3	1 047	6,6	13,6	12,8 à 14,4	951	6,7	10,1	9,5 à 10,8
Prostate	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1 711	10,8	23,3	22,2 à 24,5	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Estomac	790	2,6	4,7	4,4 à 5,0	510	3,2	6,8	6,2 à 7,4	280	2,0	3,0	2,7 à 3,4
Testicules	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	24	0,2	0,4	0,2 à 0,5	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Thyroïde	82	0,3	0,5	0,4 à 0,6	42	0,3	0,6	0,4 à 0,8	40	0,3	0,4	0,3 à 0,6
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	572	4,0	6,3	5,8 à 6,8

Abréviations :

TMNA signifie taux de mortalité normalisé selon l'âge

IC signifie intervalle de confiance

S.O. signifie sans objet

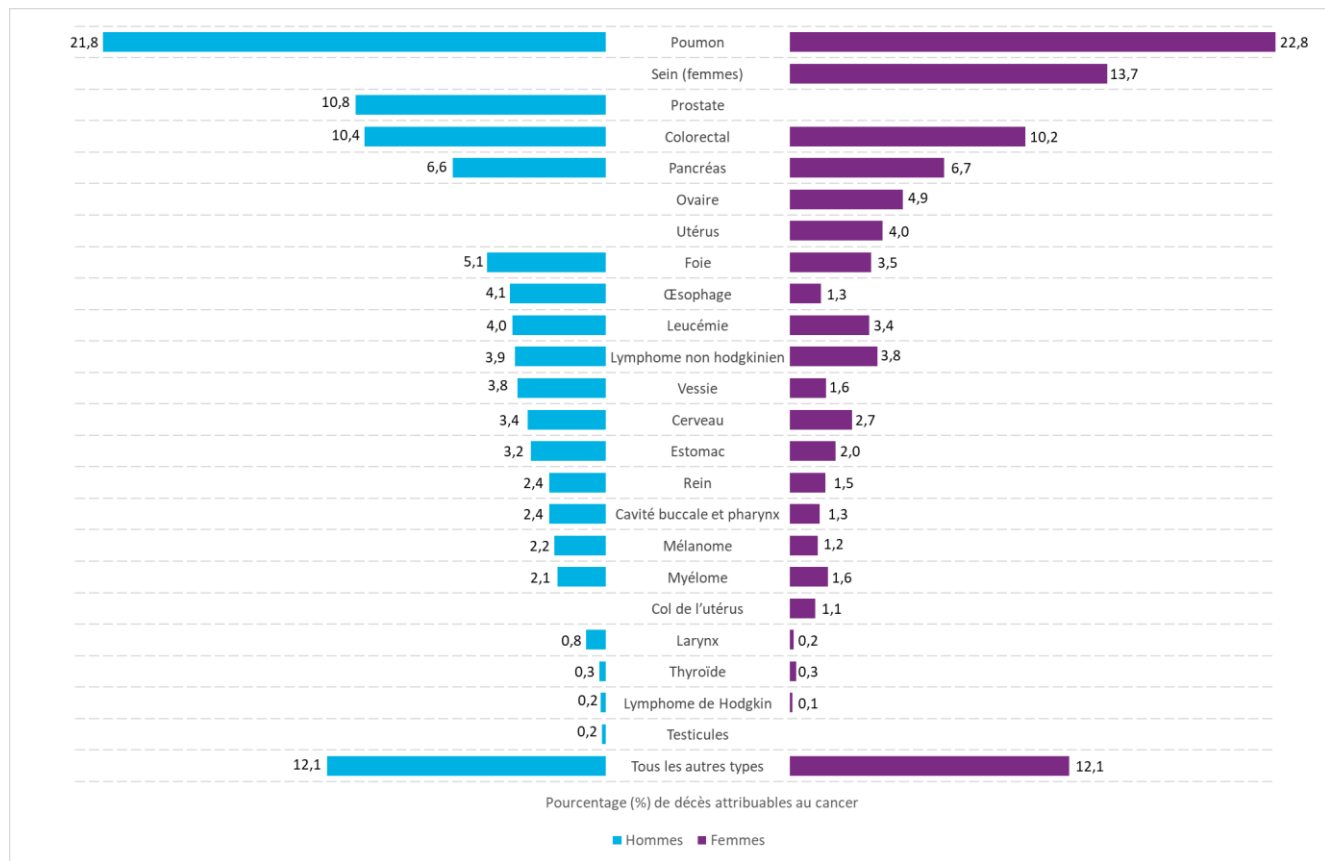
Remarque :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 3.4 Pourcentage de décès du cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020



Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Mortalité par âge et type de cancer

De 2018 à 2020, l'âge médian au décès pour l'ensemble des cancers combinés était de 75 ans pour les hommes et les femmes (**tableau 3.5**). L'âge médian au décès variait selon le type de cancer. Les cancers avec l'âge médian le plus bas au décès étaient le cancer du testicule et le cancer du col de l'utérus. L'âge médian pour la plupart des autres types de cancer était supérieur à 70 ans.

Tableau 3.5 Âge médian au moment du décès par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2018 à 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – Âge (en années)	Hommes – Âge (en années)	Femmes – Âge (en années)
Tous les cancers	75	75	75
Vessie	82	81	83
Cerveau	66	66	68
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	72
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	60
Colorectal	77	75	79
Œsophage	71	70	75
Lymphome de Hodgkin	71	70	74
Rein	74	73	77
Larynx	73	73	75
Leucémie	77	76	78
Foie	73	71	75
Poumon	74	74	74
Mélanome	74	74	74
Myélome	78	77	79
Lymphome non hodgkinien	76	76	77
Cavité buccale et pharynx	70	69	73
Ovaire	S.O.	S.O.	71
Pancréas	74	72	76
Prostate	S.O.	82	S.O.
Estomac	73	73	74
Testicules	S.O.	41	S.O.
Thyroïde	75	72	78
Utérus	S.O.	S.O.	72

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Âge : de 0 à 39 ans

Les personnes de moins de 40 ans représentaient jusqu'à 1,3 % de tous les décès de cancer (par rapport à 5,0 % de tous les nouveaux cas), les cancers du cerveau et du sein étant les principales causes.

En 2020, 0,2 % de tous les décès liés au cancer ont touché les enfants atteints de cancer (de zéro à 14 ans). De 2017 à 2021, la majorité des décès d'enfants atteints de cancer sont survenus chez ceux qui présentaient :

- des tumeurs du système nerveux central et autres néoplasmes intracrâniens et intraspinaux (39,0 %);
- des leucémies, des maladies myéloprolifératives et des maladies myélodysplasiques (23,6 %).

Pour de plus amples renseignements, veuillez lire le [rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (en anglais seulement).

Âge : de 40 à 59 ans

Les personnes âgées de 40 à 59 représentaient 11,7 % de tous les décès du cancer, par rapport à 21,8 % de tous les nouveaux cas, les cancers du poumon et du sein étant la principale cause.

Âge : de 60 à 79 ans

Les personnes âgées de 60 à 79 ans représentaient 50,7 % de tous les décès par cancer, par rapport à 53,9 % de tous les nouveaux cas.

Cette tranche d'âge représentait la plus grande proportion de décès du cancer pour 20 des 23 types de cancer examinés dans ce rapport. Les plus grandes proportions de décès du cancer étaient liées aux cancers du poumon (27,0 %) et colorectal (8,6 %).

Âge : de 80 ans et plus

Les personnes âgées de 80 ans et plus représentaient 36,2 % de tous les décès du cancer, par rapport à 19,3 % de tous les nouveaux cas, les cancers du poumon (18,4 %) et colorectal (12,3 %) étant les principales causes.

Alors que le cancer de la prostate a été diagnostiqué le plus fréquemment chez les hommes âgés de 60 à 79 ans, la plupart des décès causés par le cancer de la prostate sont survenus chez les hommes âgés de 80 ans et plus. Le taux de mortalité plus élevé chez les hommes de 80 ans et plus reflète la progression souvent lente de la maladie et la fréquence plus élevée des cancers de stade avancé chez les hommes plus âgés.

La mortalité du cancer a augmenté de manière considérablement avec l'âge, passant d'un taux de 5,6 pour 100 000 chez les personnes de 39 ans ou moins, à un taux de 1 648,2 pour 100 000 chez les personnes de 80 ans et plus (**tableau 3.6**). La mortalité variait selon le type de cancer :

- Il y a eu une augmentation significative de la mortalité avec l'âge pour les cancers du sein, colorectal, du rein et de l'estomac, ainsi que pour la leucémie, le mélanome et le lymphome non hodgkinien.
- La mortalité a augmenté avec l'âge, mais pas de manière significative, pour les cancers de la vessie, du cerveau, du col de l'utérus, de l'œsophage, du larynx, du foie, du poumon, de la cavité buccale et du pharynx, de l'ovaire, du pancréas, de la prostate, de la thyroïde et de l'utérus.
- La mortalité du cancer du testicule était plus élevée chez les personnes de moins de 60 ans.

Tableau 3.6 Nombre de cas de décès et taux par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	0 à 39 ans – décès	0 à 39 ans – taux par âge	0 à 39 ans – IC à 95 %	40 à 59 ans – décès	40 à 59 ans – taux par âge	40 à 59 ans – IC à 95 %	60 à 79 ans – décès	60 à 79 ans – taux par âge	60 à 79 ans – IC à 95 %	80 ans et plus – décès	80 ans et plus – taux par âge	80 ans et plus – IC à 95 %
Tous les cancers*	405	5,6	5,0 à 6,1	3,516	90,3	87,3 à 93,3	15,250	525,5	517,2 à 533,9	10883,0	1648,2	1617,4 à 1679,4
Vessie	**	**	**	35†	0,9	0,6 à 1,2	321	11,1	9,9 à 12,3	473,0	71,6	65,3 à 78,4
Cerveau	60	0,8	0,6 à 1,1	196	5,0	4,4 à 5,8	506	17,4	16,0 à 19,0	155,0	23,5	19,9 à 27,5
Sein (femmes)*	36	1	0,7 à 1,4	458	23,1	21 à 25,3	832	54,8	51,1 à 58,6	632,0	160,3	148 à 173,3
Col de l'utérus	18	0,5	0,3 à 0,8	49	2,5	1,8 à 3,3	67	4,4	3,4 à 5,6	21,0	5,3	3,3 à 8,1
Colorectal*	47	0,6	0,5 à 0,9	402	10,3	9,3 à 11,4	1314	45,3	42,9 à 47,8	1338,0	202,6	191,9 à 213,8
Œsophage	7	0,1	0,0 à 0,2	119	3,1	2,5 à 3,7	500	17,2	15,8 à 18,8	219,0	33,2	28,9 à 37,9
Lymphome de Hodgkin	**	**	**	10†	0,3	0,1 à 0,5	19	0,7	0,4 à 1,0	13,0	2,0	1,0 à 3,4
Rein*	7	0,1	0,0 à 0,2	75	1,9	1,5 à 2,4	312	10,8	9,6 à 12,0	211,0	32,0	27,8 à 36,6
Larynx	**	**	**	10†	0,3	0,1 à 0,5	96	3,3	2,7 à 4,0	46,0	7,0	5,1 à 9,3
Leucémie*	42	0,6	0,4 à 0,8	97	2,5	2,0 à 3,0	493	17,0	15,5 à 18,6	493,0	74,7	68,2 à 81,6
Foie	9	0,1	0,1 à 0,2	156	4,0	3,4 à 4,7	766	26,4	24,6 à 28,3	381,0	57,7	52,1 à 63,8
Poumon	13	0,2	0,1 à 0,3	561	14,4	13,2 à 15,6	4120	142,0	137,7 à 146,4	1998,0	302,6	289,5 à 316,2
Mélanome*	11	0,2	0,1 à 0,3	66	1,7	1,3 à 2,2	258	8,9	7,8 à 10,0	188,0	28,5	24,5 à 32,8
Myélome	**	**	**	40†	1,0	0,7 à 1,4	281	9,7	8,6 à 10,9	241,0	36,5	32,0 à 41,4
Lymphome non hodgkinien*	12	0,2	0,1 à 0,3	115	3,0	2,4 à 3,5	560	19,3	17,7 à 21,0	471,0	71,3	65,0 à 78,1
Cavité buccale et pharynx	7	0,1	0 à 0,2	94	2,4	2,0 à 3,0	335	11,5	10,3 à 12,8	136,0	20,6	17,3 à 24,4
Ovaire	13	0,4	0,2 à 0,6	150	7,6	6,4 à 8,9	362	23,8	21,4 à 26,4	170,0	43,1	36,9 à 50,1
Pancréas	**	**	**	240†	6,2	5,4 à 7,0	1109	38,2	36 à 40,5	644,0	97,5	90,1 à 105,4
Prostate	**	**	**	50†	2,6	1,9 à 3,4	653	47,2	43,7 à 51,0	1004,0	377,5	354,5 à 401,6
Estomac*	10	0,1	0,1 à 0,3	123	3,2	2,6 à 3,8	377	13,0	11,7 à 14,4	280,0	42,4	37,6 à 47,7
Testicules	10	0,3	0,1 à 0,5	11	0,6	0,3 à 1,0	**	**	**	**	**	**
Thyroïde	**	**	**	15†	0,4	0,2 à 0,6	38	1,3	0,9 à 1,8	33,0	5,0	3,4 à 7,0
Utérus	**	**	**	90†	4,5	3,7 à 5,6	332	21,9	19,6 à 24,3	153,0	38,8	32,9 à 45,5

Abréviation : IC signifie intervalle de confiance

Symboles :

*Tendance statistiquement significative. Une tendance significative à la hausse dans le taux par âge avec l'augmentation de l'âge a été déterminée en utilisant la variation annuelle en pourcentage (voir [Annexe 2 : Analyse](#))

**Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six.

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité, et le taux associé et l'intervalle de confiance ont été ajustés pour tenir compte du nombre arrondis

Remarques :

- Les taux sont pour 100 000 personnes.
- Exclut les cas n'ayant pas de renseignements sur l'âge.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tendances de la mortalité par sexe et type de cancer

Cette section décrit les taux de mortalité normalisés selon l'âge au fil du temps pour certains cancers (**figure 3.5**), les variations annuelles en pourcentage et les variations annuelles moyennes en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge (**tableau 3.7, figure 3.6**). Un changement annuel en pourcentage est une mesure qui évalue le changement d'un taux au fil du temps. Il représente le pourcentage d'augmentation ou de diminution par année sur une période spécifiée sur plusieurs années. Cette mesure est utilisée pour examiner les variations à court terme de la tendance des taux au fil du temps. Un taux de variation annuel moyen est une mesure récapitulative qui permet d'utiliser un seul chiffre pour décrire la moyenne des variations annuelles en pourcentage sur plusieurs années.

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge de 1986 à 2020 pour certains cancers sélectionnés sont présentés à la **figure 3.5**. Ces cancers représentent les quatre cancers les plus courants en Ontario (sein, prostate, poumon et colorectal) (**figure 3.5A**) et les cancers dont les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont notablement augmenté ou diminué ces dernières années (**figure 3.5B**).

Changements à court terme des tendances de la mortalité par type de cancer

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour l'ensemble des cancers combinés en Ontario a diminué au cours des dernières décennies, avec une accélération de la baisse de la mortalité ces dernières années (**tableau 3.7**). De 1986 à 2001, le taux de mortalité normalisés selon l'âge chez les hommes et les femmes combinés a diminué de 0,6 % par an, puis a reculé de 1,5 % par an entre 2001 et 2020.

La diminution de la mortalité était plus importante chez les hommes que chez les femmes. Pour les hommes, le taux de mortalité a diminué de 0,9 % par an entre 1986 et 2001, puis de 1,8 % par an entre 2001 et 2020. Pour les femmes, le taux a diminué de 0,3 % par an entre 1986 et 2002, puis de 1,4 % par an entre 2002 et 2020. Cette section examine certaines des raisons de ces changements dans les tendances de la mortalité.

Tendances récentes de la mortalité pour les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués

CANCER DU SEIN

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du sein chez les femmes a diminué depuis le milieu des années 1980, d'abord de 1,1 % par an entre 1986 et 1995, puis de 2,5 % par an entre 1995 et 2012 et plus récemment de 1,5 % par an entre 2012 et 2020 (**tableau 3.7, figure 3.5A**). Cette diminution était probablement liée à ce qui suit :

- une plus grande participation régulière au dépistage par mammographie, surtout après l'introduction du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein en 1990 (126,127);
- l'amélioration du traitement (128,129);
- l'utilisation de thérapies systémiques plus efficaces après une chirurgie du cancer du sein (130,131).

CANCER COLORECTAL

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge du cancer colorectal a constamment diminué chez les hommes et les femmes combinés de 1986 à 2020, la plus forte baisse ayant été observée ces dernières années (**tableau 3.7, figure 3.5A**). Le taux de mortalité a diminué de 3,1 % par an entre 2005 et 2020 chez les hommes et de 2,7 % par an entre 2004 et 2020 chez les femmes.

Les raisons de cette diminution de la mortalité peuvent comprendre des changements dans les facteurs de risque et de protection, notamment un diagnostic plus précoce grâce à une plus grande participation au dépistage organisé et un suivi des patients dépistés, ainsi qu'à l'amélioration des traitements (132,133).

CANCER DU POUMON

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon chez les hommes et les femmes combinés a diminué au cours des trois dernières décennies en Ontario, de 1,1 % par an entre 1993 et 2012, puis de 3,1 % entre 2012 et 2020 (**tableau 3.7, figure 3.5A**). Chez les hommes, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon a diminué de 2,1 % par an entre 1986 et 2012, suivi d'une diminution plus marquée de 3,7 % de 2012 à 2020 (**tableau 3.7**). Chez les femmes, le taux de mortalité est resté stable de 1999 à 2008, puis a commencé à diminuer de 1,2 % par an entre 2008 et 2016, suivi d'une diminution plus prononcée de 3,5 % par an entre 2016 et 2020.

La baisse de la mortalité par cancer du poumon est largement liée à une diminution du tabagisme, qui a commencé à diminuer à la fin des années 1950 chez les hommes et au milieu des années 1970 chez les femmes (104,134). Cet écart d'environ 15 ans entre les taux de tabagisme maximum chez les hommes et les femmes correspond à l'écart fondé sur le sexe dans la stabilisation des taux de mortalité par cancer du poumon.

CANCER DE LA PROSTATE

Après une période d'augmentation significative de 1,4 % par an entre 1986 et 1994, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate a diminué de 2,8 % par an entre 1994 et 2014, puis de 1,3 % par an entre 2014 et 2020 (**tableau 3.7, figure 3.5A**). Cette diminution est probablement liée aux progrès dans le diagnostic et aux traitements améliorés, qui ont augmenté la survie du cancer de la prostate (135).

Changements notables dans les tendances pour les autres cancers

Les cancers mis en évidence dans cette section ont connu les plus grandes variations annuelles significatives en pourcentage (à la hausse ou à la baisse) au cours de la période la plus récente (voir [annexe 2 : Analyse](#) pour plus de détails; **tableau 3.7, figure 3.5B**) ou des tendances remarquables dans les variations annuelles en pourcentage au cours de la période la plus récente.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (tendance à la baisse)

Malgré l'augmentation des taux d'incidence ces dernières années (voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#)), le taux de mortalité normalisé selon l'âge du cancer du col de l'utérus a continué de diminuer de manière significative au cours des dernières décennies, à un rythme de 2,4 % par an de 1986 à

2020 (**tableau 3.7, figure 3.5B**). La mise en œuvre du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus en 2000 a probablement contribué à la diminution de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus en Ontario(136). Ces taux de mortalité en baisse sont cohérents avec ceux d'autres pays développés (137).

LYMPHOME HODGKINIEN (tendance à la baisse)

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge du lymphome hodgkinien chez les hommes et les femmes combinés a continué de diminuer régulièrement au cours des trois dernières décennies à un taux de 3,2 % par an de 1986 à 2020 (**tableau 3.7, figure 3.5B**), ce qui est similaire pour les hommes et les femmes. Une diminution similaire des taux de mortalité pour le lymphome hodgkinien au cours de la dernière décennie s'est produite dans d'autres pays, plus particulièrement dans les pays à revenu élevé, et est probablement associée aux progrès et à l'accessibilité des traitements (138).

CANCER DU FOIE (Tendance remarquable)

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge du cancer du foie a augmenté chez les hommes et les femmes combinés de 1986 à 2012, et s'est stabilisé au cours de la dernière décennie (**tableau 3.7, figure 3.5B**). Le taux chez les hommes s'est stabilisé depuis 2007, après des tendances à la hausse rapides précédentes du taux de mortalité de 5,5 % par an de 1986 à 1995 et de 1,5 % par an de 1995 à 2007. Le taux de mortalité chez les femmes a augmenté régulièrement de 2,5 % par an de 1986 à 2020. Cette augmentation de la mortalité était probablement liée, au moins en partie, à une hausse du taux d'incidence sur la même période.

MÉLANOME (tendance remarquable)

Après une période d'augmentation, le taux de mortalité normalisé selon l'âge du mélanome a diminué de 2,6 % par an de 2013 à 2020 (**tableau 3.7, figure 3.5B**). Cette diminution était plus importante chez les femmes, avec un taux de 3,5 % par an de 2013 à 2020, tandis que les taux chez les hommes se sont stabilisés ces dernières années. Cette récente diminution des taux de mortalité du mélanome est probablement liée à la disponibilité de nouveaux traitements d'immunothérapie ciblée (139).

CANCER DU PANCRÉAS (tendance à la hausse)

Au cours de la période la plus récente (1999 à 2020), le taux de mortalité normalisé selon l'âge du cancer du pancréas a augmenté de manière significative chez les hommes et les femmes combinés de 0,2 % par an (**tableau 3.7, figure 3.5B**). Cette augmentation a été largement motivée par les taux chez les hommes, où elle a augmenté de 0,6 % par an de 2003 à 2020. En revanche, le taux de mortalité normalisé selon l'âge chez les femmes a diminué de 1,0 % par an de 2012 à 2020. Cette disparité est probablement liée à l'incidence plus élevée et aux taux d'incidence croissants du cancer du pancréas chez les hommes par rapport aux femmes (voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#)).

CANCER DE L'UTÉRUS (tendance à la hausse)

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer de l'utérus a augmenté de 1,3 % par an de 1997 à 2020 (**tableau 3.7, figure 3.5B**). Les taux d'incidence et de mortalité du cancer de l'utérus sont

en hausse dans de nombreuses juridictions, notamment en Amérique du Nord et en Europe du Nord (140). L'augmentation du cancer de l'utérus reflète une exposition accrue aux œstrogènes chez les femmes en raison de la prévalence croissante de l'embonpoint et de l'obésité, qui sont des facteurs de risque de développement du cancer de l'utérus (140).

Figure 3.5A Taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer pour les quatre cancers les plus courants, Ontario, de 1986 à 2020

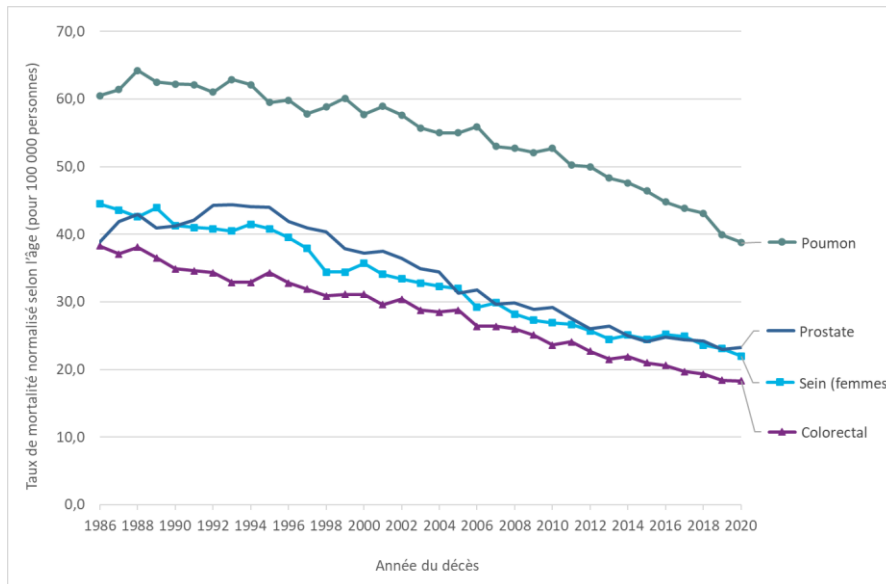
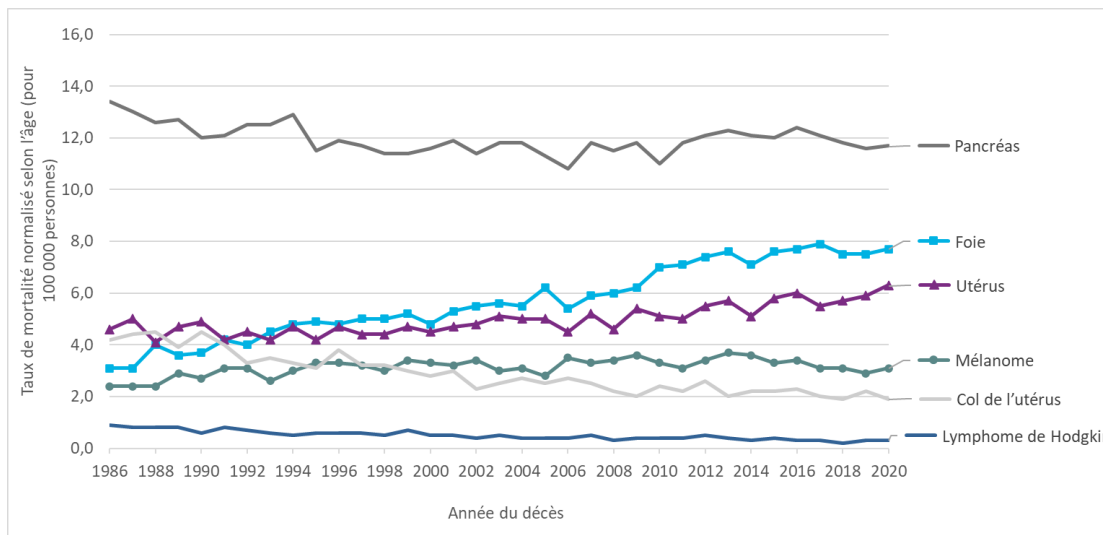


Figure 3.5B Taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer pour les cancers présentant des tendances récentes notablement croissantes ou décroissantes, Ontario, de 1986 à 2020.



Remarque :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tableau 3.7 Variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge, selon le type de cancer et le sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP	Hommes – période	Hommes – VAP	Femmes – période	Femmes – VAP
Tous les cancers	1986 à 2001	-0,6*	1986 à 2001	-0,9*	1986 à 2002	-0,3*
	2001 à 2020	-1,5*	2001 à 2020	-1,8*	2002 à 2020	-1,4*
Vessie	1986 à 2016	-0,4*	1986 à 2016	-0,6*	1986 à 2006	0,3
	2016 à 2020	-4,5*	2016 à 2020	-4,2	2006 à 2020	-1,9*
Cerveau	1986 à 2006	-1,1*	1986 à 1995	-2,0*	1986 à 2006	-1,3*
	2006 à 2010	4,6	1995 à 2020	0,3*	2006 à 2011	4,5
	2010 à 2020	-0,8	S.O.	S.O.	2011 à 2020	-1,4*
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 1995	-1,1*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1995 à 2012	-2,5*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2012 à 2020	-1,5*
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 2020	-2,4*
Colorectal	1986 à 2004	-1,5*	1986 à 2005	-1,5*	1986 à 2004	-1,8*
	2004 à 2020	-2,8*	2005 à 2020	-3,1*	2004 à 2020	-2,7*
Œsophage	1986 à 2000	0,5	1986 à 2020	-0,1	1986 à 2020	-1,0*
	2000 à 2020	-0,6*	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Lymphome de Hodgkin	1986 à 2020	-3,2*	1986 à 2020	-3,1*	1986 à 2020	-3,3*
Rein	1986 à 2008	-0,1	1986 à 2014	-0,4*	1986 à 2009	-0,2
	2008 à 2020	-1,9*	2014 à 2020	-3,5*	2009 à 2020	-2,6*
Larynx	1986 à 2009	-2,8*	1986 à 2009	-2,9*	1986 à 2020	-3,6*
	2009 à 2014	-8,0*	2009 à 2014	-8,6*	S.O.	S.O.
	2014 à 2020	1,5	2014 à 2020	2,5	S.O.	S.O.
Leucémie	1986 à 2013	-0,8*	1986 à 2013	-0,9*	1986 à 2020	-1,0*
	2013 à 2020	-2,1*	2013 à 2020	-2,6*	S.O.	S.O.
Foie	1986 à 1994	5,0*	1986 à 1995	5,5*	1986 à 2020	2,5*
	1994 à 2008	1,8*	1995 à 2007	1,5*	S.O.	S.O.
	2008 à 2012	5,7*	2007 à 2011	5,4	S.O.	S.O.
	2012 à 2020	0,3	2011 à 2020	0,2	S.O.	S.O.
Poumon	1986 à 1993	0,1	1986 à 2012	-2,1*	1986 à 1999	2,0*
	1993 à 2012	-1,1*	2012 à 2020	-3,7*	1999 à 2008	0,1
	2012 à 2020	-3,1*	S.O.	S.O.	2008 à 2016	-1,2*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2016 à 2020	-3,5*
Mélanome	1986 à 2013	1,0*	1986 à 2014	1,2*	1986 à 2013	0,6*

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – période	Hommes et femmes combinés – VAP	Hommes – période	Hommes – VAP	Femmes – période	Femmes – VAP
	2013 à 2020	-2,6*	2014 à 2020	-2,7	2013 à 2020	-3,5*
Myélome	1986 à 1999	0,3	1986 à 2020	-0,8*	1986 à 1999	0,6
	1999 à 2020	-1,3*	S.O.	S.O.	1999 à 2020	-1,8*
Lymphome non hodgkinien	1986 à 1999	1,8*	1986 à 1999	1,9*	1986 à 1998	1,9*
	1999 à 2020	-1,9*	1999 à 2020	-1,7*	1998 à 2020	-2,1*
Cavité buccale et pharynx	1986 à 2008	-1,9*	1986 à 2006	-2,4*	1986 à 2020	-0,9*
	2008 à 2020	0,8	2006 à 2020	0,6	S.O.	S.O.
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 1999	-0,8*
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1999 à 2003	2,1
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2003 à 2007	-4,4
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2007 à 2020	-1,2*
Pancréas	1986 à 1999	-1,0*	1986 à 2003	-1,3*	1986 à 2008	-0,3*
	1999 à 2020	0,2*	2003 à 2020	0,6*	2008 à 2012	2,0
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2012 à 2020	-1,0*
Prostate	S.O.	S.O.	1986 à 1994	1,4*	S.O.	S.O.
	S.O.	S.O.	1994 à 2014	-2,8*	S.O.	S.O.
	S.O.	S.O.	2014 à 2020	-1,3*	S.O.	S.O.
Estomac	1986 à 1993	-4,4*	1986 à 2013	-2,9*	1986 à 1993	-4,6*
	1993 à 2020	-2,1*	2013 à 2020	-0,6	1993 à 2020	-2,0*
Testicules	S.O.	S.O.	1986 à 2020	-1,3*	S.O.	S.O.
Thyroïde	1986 à 2020	-0,1	1986 à 2020	0,7	1986 à 2020	-0,5
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1986 à 1997	-0,4
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1997 à 2020	1,3*

Abréviations :

VAP signifie variation annuelle en pourcentage

S.O. signifie sans objet

Symbole :

*Tendance statistiquement significative

Remarque :

- Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tendance sur 35 ans de la mortalité par type de cancer

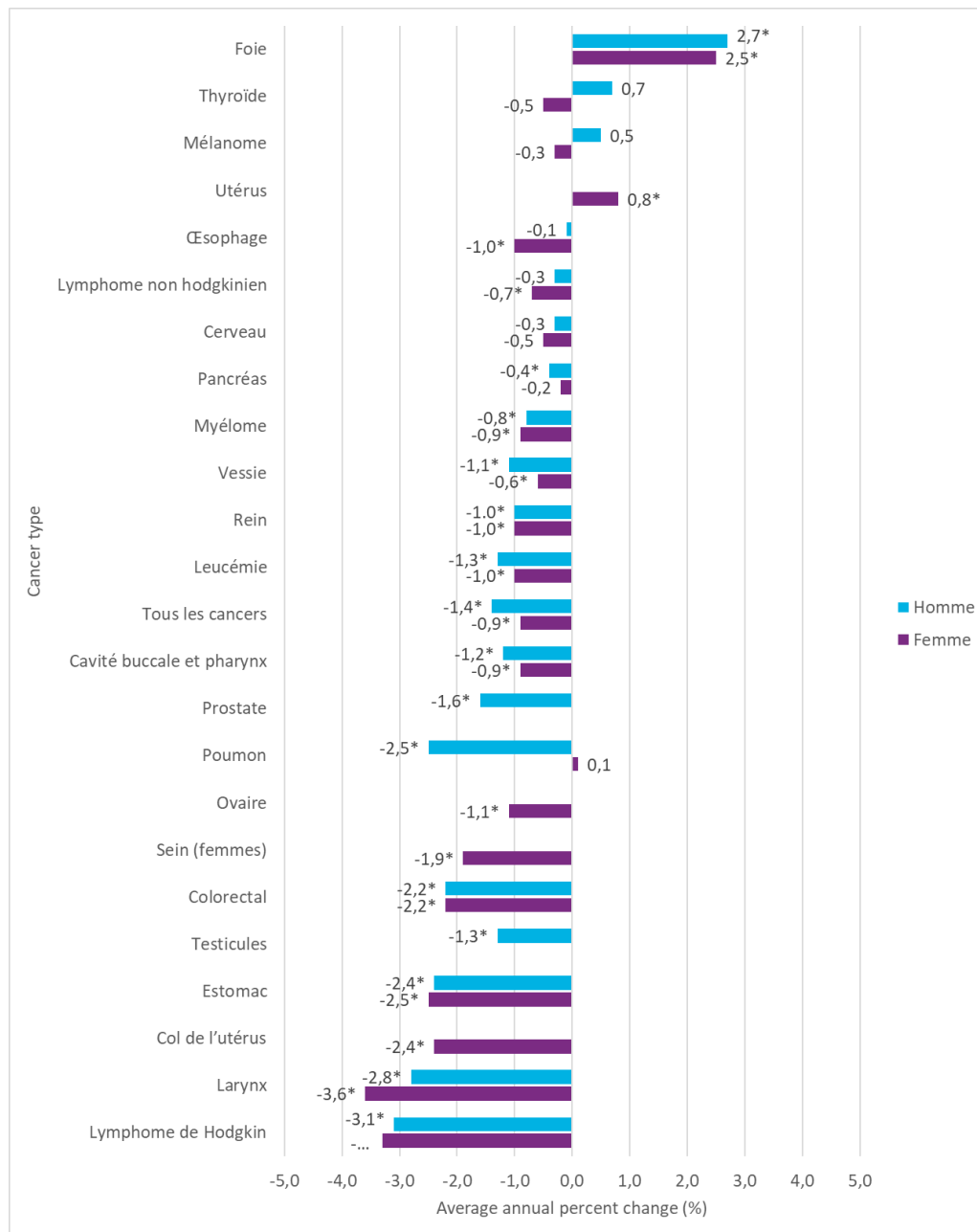
De 1986 à 2020, le taux de mortalité normalisé selon l'âge a connu une variation annuelle moyenne en pourcentage pour les hommes (**figure 3.6**) :

- a augmenté pour le cancer du foie (2,7 % par an);
- était stable pour les cancers du cerveau, de la thyroïde et de l'œsophage, ainsi que pour le lymphome non hodgkinien et le mélanome;
- a diminué pour la plupart des types de cancer, y compris le lymphome hodgkinien (3,1 % par an), le cancer du larynx (2,8 %), le cancer du poumon (2,5 %) et le cancer de l'estomac (2,4 %).

Au cours de la même période, le taux de variation annuel moyen pour les femmes :

- a augmenté pour les cancers du foie (2,5 % par an) et de l'utérus (0,8 %);
- était stable pour les cancers du cerveau, du poumon, de la thyroïde et du pancréas, ainsi que pour le mélanome;
- a diminué pour la plupart des types de cancer, y compris les cancers du larynx (3,6 % par an), de l'estomac (2,5 %) et du col de l'utérus (2,4 %), ainsi que pour le lymphome hodgkinien (3,3 %).

Figure 3.6 Taux de variation annuel moyen en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge par type de cancer et sexe binaire, Ontario, de 1986 à 2020



Symbole : *Tendance statistiquement significative

Remarque :

- Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tendances de la mortalité par âge

Cette section décrit les variations annuelles en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les cancers combinés par groupe d'âge en Ontario (**figure 3.7**). Un changement annuel en pourcentage est une mesure qui évalue le changement d'un taux au fil du temps. Il représente le pourcentage d'augmentation ou de diminution par année sur une période de temps spécifiée sur plusieurs années et est utilisé pour examiner les changements à court terme dans la tendance des taux au fil du temps.

Les taux de mortalité dans toutes les tranches d'âge ont généralement diminué au cours des dernières décennies. Chez les personnes de plus de 60 ans, ils ont diminué de manière assez égale chez les hommes et les femmes. Toutefois, chez les personnes de moins de 60 ans, les diminutions de la mortalité suivent des tendances différentes pour les hommes et les femmes (**figure 3.7**).

Âge : de 0 à 39 ans

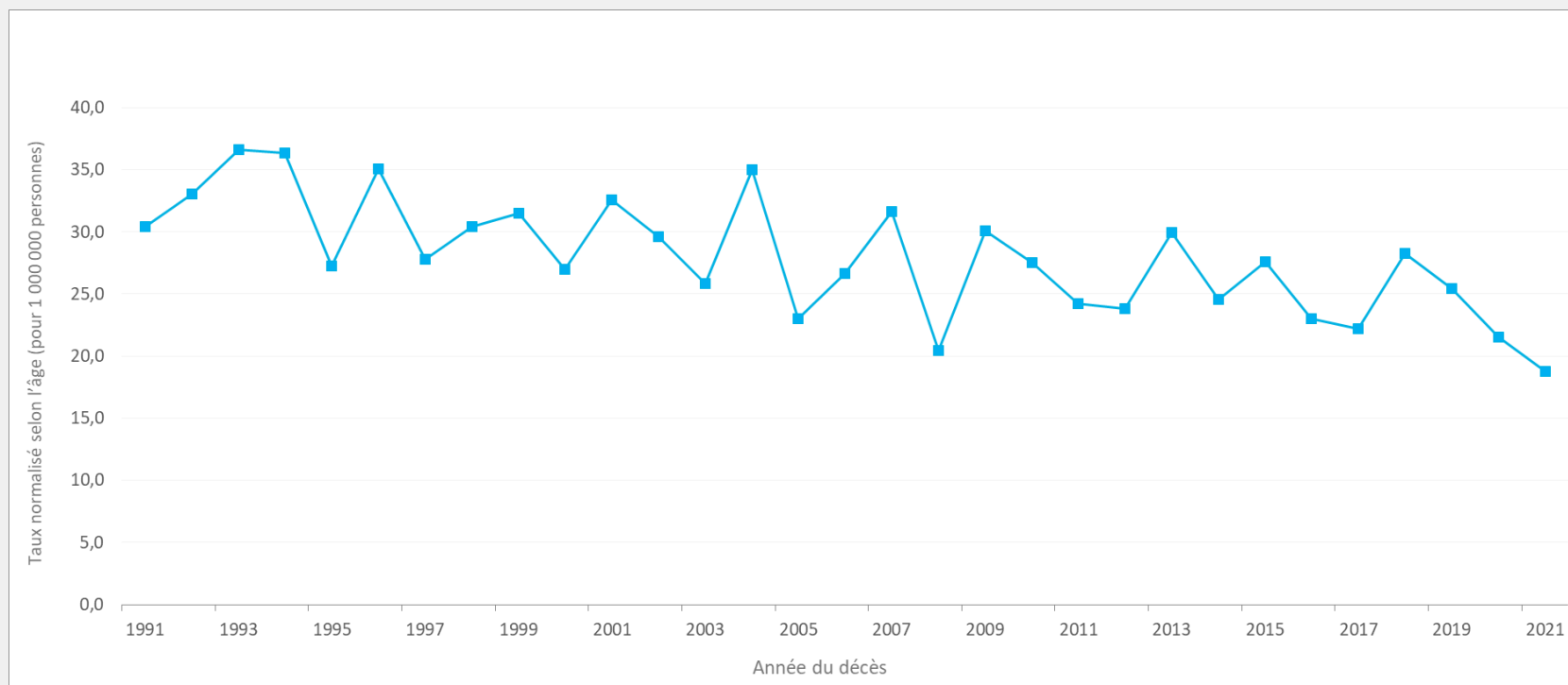
Alors que les taux d'incidence augmentent chez les jeunes, les taux de mortalité sont stables ou en baisse. Chez les hommes de moins de 40 ans, le taux de mortalité a diminué de 1,6 % par an de 1986 à 2020 (**figure 3.7**). Chez les femmes de ce groupe d'âge, les taux de mortalité ont diminué de 0,9 % par an de 1986 à 2001 et sont restés stables de 2001 à 2020.

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge chez les enfants atteints de cancer (de zéro à 14 ans) ont diminué de 1991 à 2021 en moyenne de 1,3 % par an (voir **Faits saillants : Tendance de la mortalité du cancer chez les enfants, figure 3.S1**).

Pour plus de détails sur les tendances de la mortalité liée au cancer chez les enfants, consultez le [rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (disponible en anglais seulement).

Faits saillants : Tendence de la mortalité du cancer chez les enfants

Figure 3.S1 Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer chez les enfants, tous les cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, de 1991 à 2021.



Période	VAP (%)
1991–2021	-1,3*

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage

Symbole : *Tendance statistiquement significative

Remarques :

- Les taux sont pour 1 000 000.
- Comprend les cas diagnostiqués depuis 1986 afin de s'aligner sur le système d'information en réseau du Pediatric Oncology Group of Ontario (POGONIS).

Analyse par : Analyse de la santé, Pediatric Oncology Group of Ontario

Source de données : POGONIS (11 mai 2023), Pediatric Oncology Group of Ontario

Âge : de 40 à 59 ans

Chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, le taux de mortalité par cancer a diminué globalement de 1986 à 2020, mais les tendances au cours de cette période ont différé entre les hommes et les femmes (**figure 3.7**). Chez les hommes, le taux de mortalité a diminué de 1,2 % par an de 1998 à 2016, suivi d'une diminution plus marquée de 3,0 % par an de 2016 à 2020. En revanche, le taux de mortalité chez les femmes a diminué régulièrement de 1,3 % par an de 1997 à 2020.

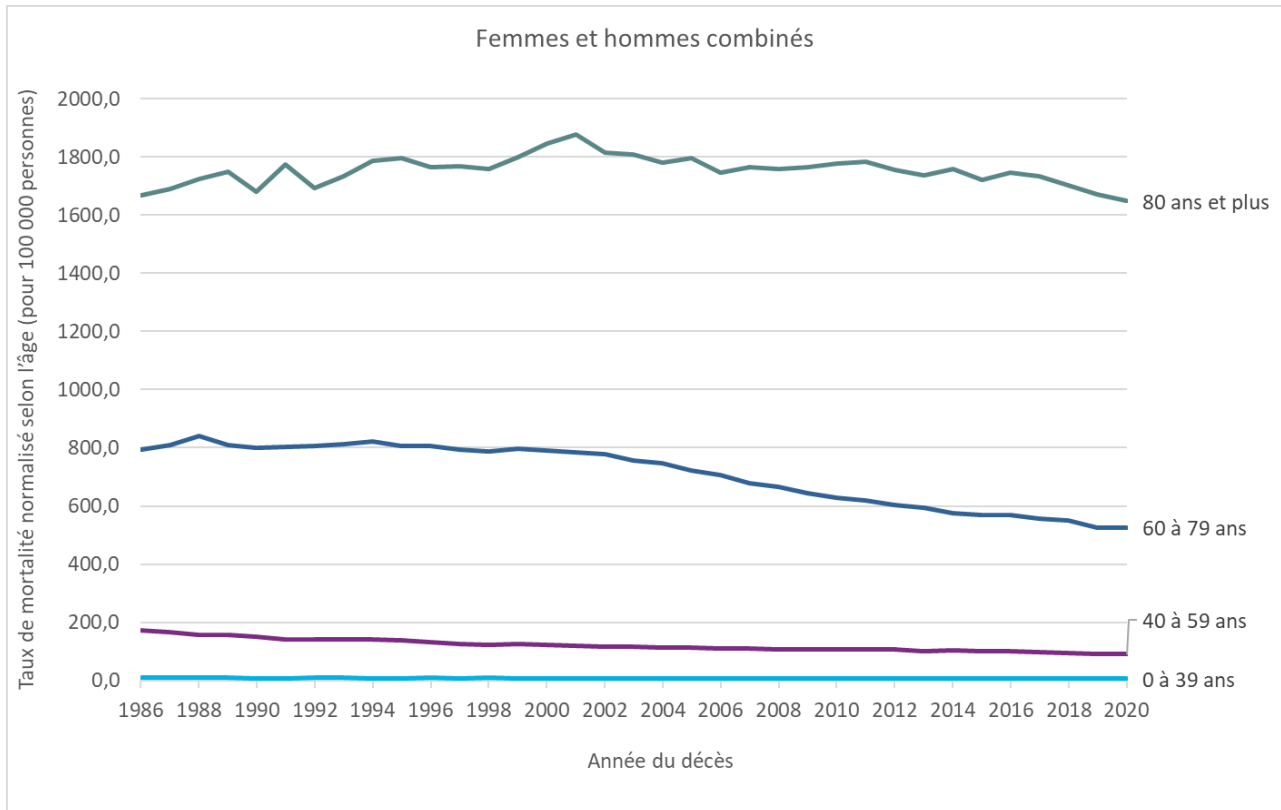
Âge : de 60 à 79 ans

Pour les personnes âgées de 60 à 79 ans, le taux de mortalité par cancer a diminué de 0,2 % par an de 1986 à 2002, puis de 2,8 % par an de 2002 à 2010 et enfin de 1,8 % par an de 2010 à 2020 (**figure 3.7**). Des tendances similaires ont été observées séparément pour les hommes et pour les femmes au cours de ces périodes.

Âge : de 80 ans et plus

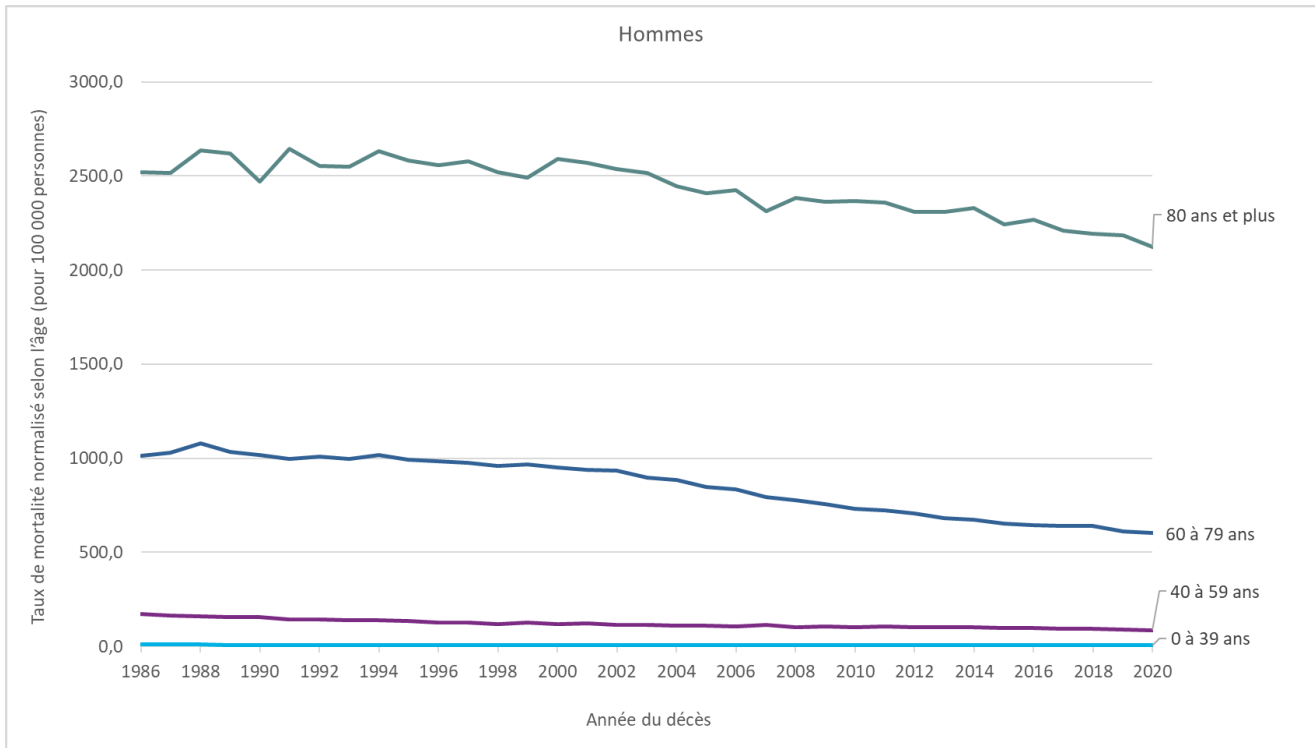
Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, le taux de mortalité par cancer a augmenté de 0,5 % par an de 1986 à 2001, puis a commencé à diminuer, d'abord de 0,3 % par an de 2001 à 2016, puis de 1,2 % par an de 2016 à 2020 (**figure 3.7**). La diminution du taux de mortalité était plus importante chez les hommes que chez les femmes, à 0,8 % par an de 2000 à 2020 chez les hommes et à 0,3 % par an de 2001 à 2020 chez les femmes.

Figure 3.7 Taux de mortalité normalisés selon l'âge et variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés selon l'âge par sexe binaire et groupe d'âge, Ontario, de 1986 à 2020



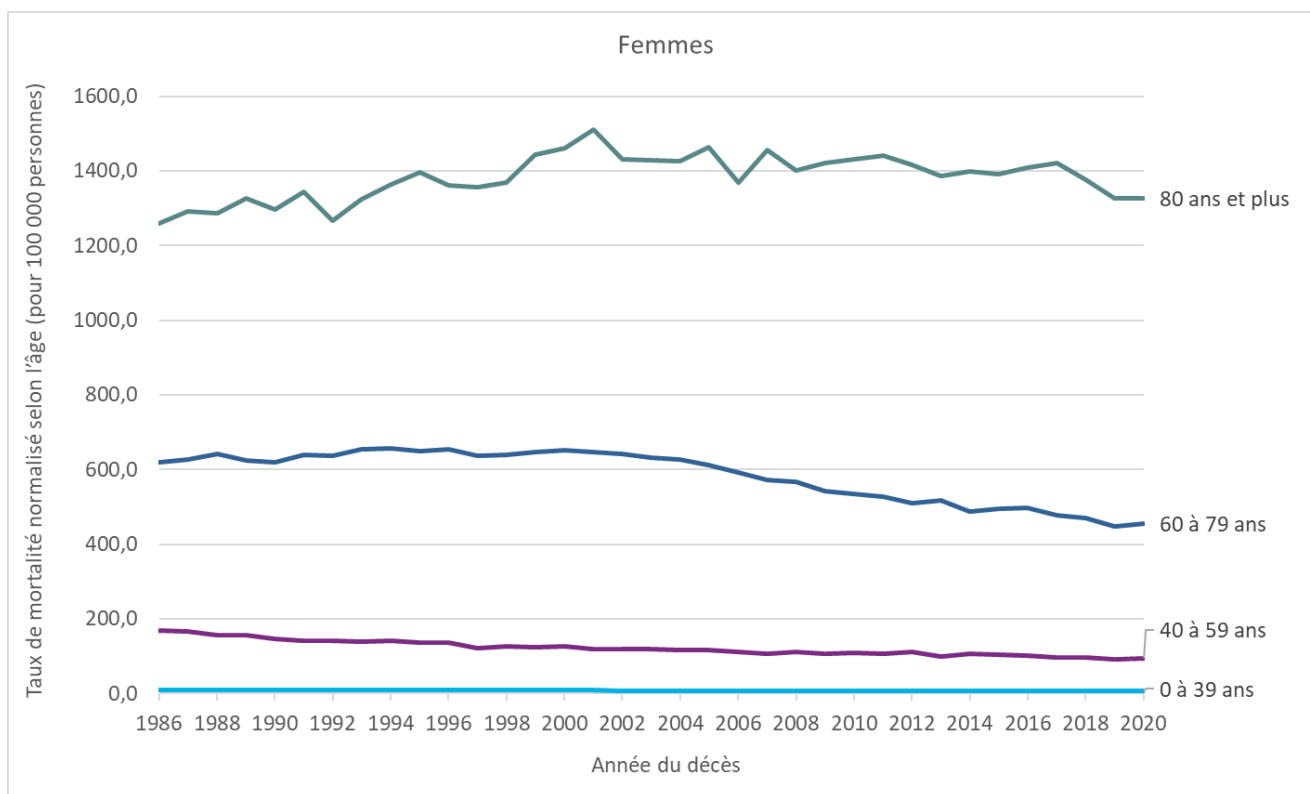
Femmes et hommes combinés VAP

Âge : de 0 à 39 ans		Âge : de 40 à 59 ans		Âge : de 60 à 79 ans		Âge : de 80 ans et plus	
PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP
1986-2000	-1,1*	1986-1991	-3,4*	1986-2002	-0,2*	1986-2001	0,5*
2000-2006	-3,5*	1991-2006	-1,8*	2002-2010	-2,8*	2001-2016	-0,3*
2006-2020	-0,6	2006-2014	-0,7*	2010-2020	-1,8*	2016-2020	-1,2*
		2014-2020	-2,3*				



Hommes VAP

Âge : de 0 à 39 ans		Âge : de 40 à 59 ans		Âge : de 60 à 79 ans		Âge : de 80 ans et plus	
PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP
1986-2020	-1,6*	1986-1998	-2,8*	1986-2001	-0,6*	1986-2000	-0,1
		1998-2016	-1,2*	2001-2013	-2,8*	2000-2020	-0,8*
		2016-2020	-3,0*	2013-2020	-1,6*		



Femmes VAP

Âge : de 0 à 39 ans		Âge : de 40 à 59 ans		Âge : de 60 à 79 ans		Âge : de 80 ans et plus	
PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP	PÉRIODE	VAP
1986-2001	-0,9*	1986-1997	-2,4*	1986-2002	0,2*	1986-2001	1,0*
2001-2006	-4,9	1997-2020	-1,3*	2002-2010	-2,5*	2001-2020	-0,3*
2006-2015	0,8			2010-2020	-1,6*		
2015-2020	-3,6						

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage

Symbole : *Tendance statistiquement significative

Remarque :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (février 2023), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Chapitre 4 : Survie du cancer

La survie relative du cancer désigne la probabilité qu'une personne atteinte d'un cancer survive pendant un certain temps par rapport à des personnes similaires dans la population générale. D'autre part, la survie globale du cancer fait référence au pourcentage de personnes qui survivent à leur cancer pendant un certain temps parmi le nombre total de personnes diagnostiquées. Ce chapitre porte sur la survie relative à 5 ans chez les adultes atteints de cancer et sur la survie globale de cinq ans des enfants atteints de cancer en Ontario.

Aperçu de la survie

Les statistiques de survie sont un indicateur clé du pronostic au niveau de la population, ainsi que de l'efficacité des programmes de lutte contre le cancer (141). Les taux de survie relative comparent la probabilité de survie pendant un certain temps (p. ex. un, trois ou cinq ans) après le diagnostic de cancer à la probabilité de survie des personnes similaires (c.-à-d. du même âge et du même sexe) de la population générale pour la même période.

Les cinq premières années après le diagnostic sont cruciales pour l'examen de la survie, car c'est à ce moment-là qu'une personne est le plus susceptible d'accéder aux services de soins de santé, notamment au traitement primaire et à l'évaluation clinique de la récurrence. Après cinq ans, le recours au système de santé et le risque de récurrence diminuent.

La survie au cancer dépend de facteurs tels que le type de cancer, le sexe, l'âge au moment du diagnostic, le stade au moment du diagnostic et le type de traitement. Les taux de survie relative représentent la survie moyenne attendue pour un groupe de personnes atteintes d'un certain type de cancer; ces statistiques ne refléteront donc pas le pronostic de chaque individu. 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 sont basées sur des données de personnes diagnostiquées dans le passé, ce qui signifie qu'elles peuvent ne pas refléter l'impact des progrès plus récents dans la détection et le traitement du cancer. De plus, la survie relative ne permet pas non plus de distinguer les personnes qui n'ont aucun signe de cancer de celles qui ont fait une rechute ou qui sont encore sous traitement. Par conséquent, tous ces groupes de personnes contribuent au temps de survie des mêmes statistiques de survie.

La survie s'améliore au fil du temps grâce à de meilleures méthodes de détection précoce (et une utilisation plus grande de celles-ci), y compris le dépistage, ainsi qu'à des traitements plus

efficaces. Même de petites améliorations des taux de survie peuvent, au niveau de la population, représenter un grand nombre de personnes qui évitent des décès prématurés (142). L'amélioration de la survie peut également résulter d'une augmentation de l'incidence grâce à une meilleure détection précoce. Cependant, le fait de détecter les cancers plus tôt qu'ils ne le seraient normalement peut entraîner un temps d'avance au diagnostic (143). Le temps d'avance au diagnostic est un concept théorique qui fait référence à la différence de temps entre le moment où un cancer est détecté plus tôt par dépistage et le moment où il aurait été diagnostiqué par présentation clinique (c.-à-d. les symptômes) sans affecter l'évolution de la maladie. Ce temps d'avance au diagnostic peut entraîner une amélioration artificielle des statistiques de survie au cancer (l'ajustement du temps d'avance au diagnostic est pris en compte lors de l'évaluation d'une nouvelle méthode de dépistage du cancer pour s'assurer de son efficacité).

Dans ce chapitre, les statistiques selon le sexe font référence aux données sexuelles qui sont binaires et attribuées à la naissance. Pour de plus renseignements, consultez [À propos de ce rapport : Statistiques par sexe](#).

Survie par sexe et type de cancer

De 2016 à 2020, le taux de survie relative à cinq ans pour tous les cancers confondus était de 67,3 % (**tableau 4.1**), ce qui signifie que les personnes diagnostiquées avec un cancer au cours de cette période avaient 67,3 % de chances de survivre au moins cinq ans après le diagnostic par rapport à des personnes similaires dans la population générale.

Chez les femmes et les hommes confondus, la survie à cinq ans était :

- le plus élevé pour le cancer de la thyroïde (97,9 %), le mélanome (88,3 %) et le lymphome hodgkinien (87,7 %);
- la plus faible pour les cancers du pancréas (15,1 %), de l'œsophage (19,4 %), du foie (23,0 %) et du poumon (28,7 %), principalement parce que la plupart de ces cancers (à l'exception du cancer du foie) sont diagnostiqués à un stade avancé (144).

Pour les cancers dont le taux de mortalité est élevé (en particulier le cancer du pancréas), les estimations de la survie relative sont généralement plus élevées en Ontario que dans les autres provinces, peut-être en raison de différences dans la méthodologie de survie. La méthodologie de l'Ontario suppose que les personnes perdues de vue sont toujours en vie à la date limite de cinq ans après le diagnostic, ce qui peut entraîner une surestimation de la survie (145). Des travaux sont en cours pour ajuster les données de l'Ontario pour les cas perdus de vue. Pour les cancers à mortalité élevée, il est très peu probable de rester en vie plus de cinq ans. Par conséquent, les estimations de survie pour les cancers du pancréas, de l'œsophage, du foie et du poumon doivent être interprétées avec prudence, surtout lorsqu'on les compare à d'autres provinces ou territoires.

Le taux de survie relative à cinq ans varie fortement pour les regroupements suivants selon les types de cancer (**tableau 4.1**) :

- les cancers du cerveau malins par rapport aux cancers non malins;
- différents sous-types de leucémie;
- le mélanome cutané par rapport au mélanome non cutané;
- le sarcome de l'endomètre par rapport au sarcome utérin;
- le cancer à petites cellules par rapport à d'autres types de cancer du poumon;
- le cancer anaplasique par rapport aux autres types de cancer de la thyroïde.

La survie des hommes entre 2016 et 2020 (64,9 %) était significativement inférieure à celle des femmes (69,7 %), un écart qui s'est creusé au fil du temps. Cette différence s'explique probablement par des taux de survie généralement plus élevés chez les femmes que chez les hommes pour les types de cancer que l'on retrouve chez tout le monde, en particulier pour le cancer du poumon, qui est la principale cause de décès du cancer en Ontario.

Pour les hommes, la survie à cinq ans était :

- la plus élevée pour les cancers de la thyroïde (95,9 %), des testicules (95,9 %) et de la prostate (92,6 %).
- la plus faible pour les cancers du pancréas (14,5 %), de l'œsophage (19,9 %) et du foie (23,7 %).

Pour les femmes, la survie à cinq ans était :

- la plus élevée pour le cancer de la thyroïde (98,6 %), le mélanome (92,0 %), le cancer du sein (89,6 %) et le lymphome hodgkinien (89,6 %);
- la plus faible pour les cancers du pancréas (15,9 %), de l'œsophage (17,9 %) et du foie (21,6 %).

On a constaté des différences entre les hommes et les femmes en matière de survie à cinq ans pour plusieurs types de cancer. Certains exemples notables (à l'exclusion des sous-types) comprennent :

- La survie au cancer du poumon était significativement plus élevée chez les femmes (33,5 %) que chez les hommes (23,8 %). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les hommes sont plus susceptibles de présenter des types de cancer du poumon plus agressifs, dont le taux de survie plus est plus faible et qui sont plus susceptibles d'être diagnostiqués à un stade plus avancé (146,147).
- La survie pour le mélanome de la peau était significativement plus élevée chez les femmes (92,0 %) que chez les hommes (85,4 %). La survie plus faible chez les hommes est liée à des différences spécifiques au sexe, qui font que ce cancer est plus susceptible de se propager chez les hommes. (148–150). Des recherches récentes suggèrent également que l'expression de la protéine PR70, qui est liée au chromosome X et exprimée à des doses plus élevées chez les femmes, pourrait supprimer les tumeurs de mélanome (151).
- La survie au cancer de la vessie est plus faible chez les femmes (75,4 %) que chez les hommes (79,4 %), ce qui peut s'expliquer comme suit :

- Les femmes sont généralement diagnostiquées à un stade plus avancé que les hommes.
- il existe des différences dans la façon dont les hommes et les femmes métabolisent les substances cancérigènes.
- La présence de stéroïdes sexuels est plus importante chez les femmes, ce qui pourrait affecter la progression de ce cancer (152,153).

Tableau 4.1 Taux de survie relative (TSR) sur cinq ans par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2016 à 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – TSR	Hommes et femmes combinés – IC à 95 %	Hommes – TSR	Hommes – IC à 95 %	Femmes – TSR	Femmes – IC à 95 %
Tous les cancers	67,3	67,1 à 67,5	64,9	64,5 à 65,2	69,7	69,4 à 70,0
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	26,8	25,1 à 28,5	26	23,8 à 28,3	27,9	25,3 à 30,5
Glioblastome	6,3	5,2 à 7,7	6,3	4,7 à 8,1	6,3	4,5 à 8,4
Tous les autres gliomes	58,4	54,6 à 62,0	56,6	51,4 à 61,4	60,7	55,0 à 65,9
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes	85,9	84,7 à 87,0	82,6	80,6 à 84,5	88,1	86,6 à 89,4
Méningiomes	93,3	91,3 à 94,9	86,7	82,0 à 90,1	96	93,7 à 97,4
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	91,6	89,3 à 93,4	90,1	86,3 à 92,8	93,1	90,1 à 95,2
Sein (femmes)	89,6	89,1 à 90,1	S.O.	S.O.	89,6	89,1 à 90,1
Col de l'utérus	74,7	72,3 à 76,9	S.O.	S.O.	74,7	72,3 à 76,9
Ovaire	49,4	47,6 à 51,3	S.O.	S.O.	49,4	47,6 à 51,3
Prostate	92,6	92,0 à 93,2	92,6	92,0 à 93,2	S.O.	S.O.
Testicules	95,9	94,4 à 97,1	95,9	94,4 à 97,1	S.O.	S.O.
Utérus	81,7	80,6 à 82,7	S.O.	S.O.	81,7	80,6 à 82,7
Utérus - de l'endomètre	84,3	83,2 à 85,3	S.O.	S.O.	84,3	83,2 à 85,3
Utérus - sarcome de l'utérus	52,4	45,2 à 59,1	S.O.	S.O.	52,4	45,2 à 59,1
Colorectal	65	64,2 à 65,8	64,6	63,5 à 65,7	65,5	64,3 à 66,7
Colon, sauf le rectum	64,3	63,3 à 65,3	63,9	62,5 à 65,3	64,7	63,2 à 66,1
Colon - côté gauche	67,6	66,0 à 69,1	67,8	65,7 à 69,8	67,3	64,9 à 69,6
Colon - côté droit	65,6	64,3 à 66,9	64,6	62,7 à 66,5	66,6	64,8 à 68,4
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	65,8	64,5 à 67,1	65,1	63,4 à 66,8	66,9	64,8 à 68,9
Jonction rectosigmoïdienne	59	56,3 à 61,6	58,9	55,3 à 62,3	59	54,8 à 63,0
Rectum	67,9	66,4 à 69,4	66,9	64,9 à 68,7	69,6	67,2 à 71,9
Œsophage	19,4	17,7 à 21,3	19,9	17,8 à 22,1	17,9	14,5 à 21,6
Œsophage - adénocarcinome	21,6	19,2 à 24,0	22,2	19,6 à 25,0	17,5	12,3 à 23,3
Œsophage - carcinome épidermoïde	16,9	13,7 à 20,2	15,5	11,7 à 19,7	18,7	13,6 à 24,3
Foie	23	21,4 à 24,6	23,7	21,8 à 25,7	21,6	18,9 à 24,5

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – TSR	Hommes et femmes combinés – IC à 95 %	Hommes – TSR	Hommes – IC à 95 %	Femmes – TSR	Femmes – IC à 95 %
Pancréas	15,1	14,1 à 16,2	14,5	13,0 à 16,0	15,9	14,3 à 17,5
Estomac	33,6	32,0 à 35,3	31,4	29,4 à 33,4	37,6	34,8 à 40,3
Larynx	61,8	58,2 à 65,2	62,1	58,2 à 65,8	60,2	50,9 à 68,4
Cavité buccale et pharynx	64,7	63,1 à 66,3	63,7	61,7 à 65,5	67,2	64,2 à 70,1
Hypopharynx	30,6	23,9 à 37,5	31,9	24,4 à 39,7	25,7	12,6 à 41,0
Lèvre et cavité buccale	66,5	64,1 à 68,8	64,1	60,9 à 67,0	70,6	66,7 à 74,2
Nasopharynx	69,1	62,9 à 74,5	67,7	60,1 à 74,2	72,3	60,7 à 81,0
Oropharynx	66,1	63,6 à 68,5	67	64,1 à 69,6	62,7	57,0 à 67,9
Thyroïde	97,9	97,3 à 98,4	95,9	94,4 à 97,0	98,6	97,9 à 99,0
Thyroïde - anaplasique	22,1	11,7 à 34,4	11,8	3,0 à 27,3	†	†
Thyroïde - folliculaire	96,9	91,2 à 99,0	94,7	76,1 à 98,9	97,2	91,3 à 99,1
Thyroïde - médullaire	83,7	73,4 à 90,3	70,4	50,9 à 83,3	91,6	78,8 à 96,8
Thyroïde - papillaire	99,7	98,9 à 99,9	99	97,2 à 99,6	99,8	97,6 à 100,0
Leucémie	62,4	61,0 à 63,8	63,1	61,2 à 64,9	61,3	59,0 à 63,4
Leucémie lymphoblastique aiguë	73,8	69,9 à 77,2	76	70,9 à 80,4	71,1	65,0 à 76,4
Leucémie monocytaire aiguë	21,2	12,9 à 30,9	12,1	4,8 à 23,0	33,4	18,0 à 49,5
Leucémie aiguë myéloïde	26,9	24,7 à 29,2	25,5	22,5 à 28,7	28,4	25,1 à 31,8
Leucémie lymphoïde chronique	89,9	87,7 à 91,8	88,8	85,9 à 91,2	91,8	88,1 à 94,4
Leucémie myéloïde chronique	64,2	60,2 à 67,9	60,2	54,9 à 65,1	69,8	63,5 à 75,2
Lymphome	71,7	70,7 à 72,7	70,6	69,2 à 71,9	73,1	71,7 à 74,5
Lymphome de Hodgkin	87,7	85,3 à 89,7	86,1	82,6 à 88,9	89,6	86,0 à 92,3
Lymphome non hodgkinien	70,1	69,0 à 71,1	69	67,6 à 70,4	71,4	69,8 à 72,9
Lymphome non hodgkinien - extranodal	68,6	67,1 à 70,0	67,7	65,6 à 69,6	69,6	67,4 à 71,8
Lymphome non hodgkinien - nodal	71,6	70,1 à 73,1	70,6	68,5 à 72,5	73	70,7 à 75,1
Myélome	55,2	53,2 à 57,1	54	51,3 à 56,6	56,5	53,6 à 59,3
Mélanome de la peau	88,3	87,3 à 89,3	85,4	83,9 à 86,8	92	90,6 à 93,2
Mélanome (non cutané)	70,8	65,4 à 75,5	74,1	65,8 à 80,7	67,3	59,9 à 73,7
Mélanome - muqueux	48,8	37,7 à 59,0	82,6	50,2 à 94,9	38,3	26,9 à 49,6
Mélanome - oculaire	78,4	72,3 à 83,4	73,3	64,4 à 80,3	83,9	75,2 à 89,8
Poumon	28,7	28,1 à 29,4	23,8	22,9 à 24,6	33,5	32,6 à 34,4
Poumon - adénocarcinome	32,4	31,4 à 33,4	26,8	25,4 à 28,2	36,9	35,6 à 38,3

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – TSR	Hommes et femmes combinés – IC à 95 %	Hommes – TSR	Hommes – IC à 95 %	Femmes – TSR	Femmes – IC à 95 %
Poumon - grandes cellules	27,6	22,5 à 32,9	26,8	19,8 à 34,2	27,9	20,6 à 35,6
Poumon - petites cellules	9,9	8,7 à 11,3	8	6,4 à 9,8	11,9	10,0 à 14,0
Poumon - cellules squameuses	26	24,5 à 27,5	24,2	22,3 à 26,1	28,8	26,3 à 31,3
Vessie	78,5	77,4 à 79,6	79,4	78,1 à 80,7	75,4	73,2 à 77,5
Rein	78,7	77,5 à 80,0	79,1	77,5 à 80,6	78	75,9 à 80,0

Abréviations :

IC signifie intervalle de confiance

TSR signifie taux de survie relative

S.O. signifie sans objet

Symbole : †L'estimation n'a pas pu être calculée

Remarques :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Le cancer de la vessie comprend les cas de carcinome *in situ*.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

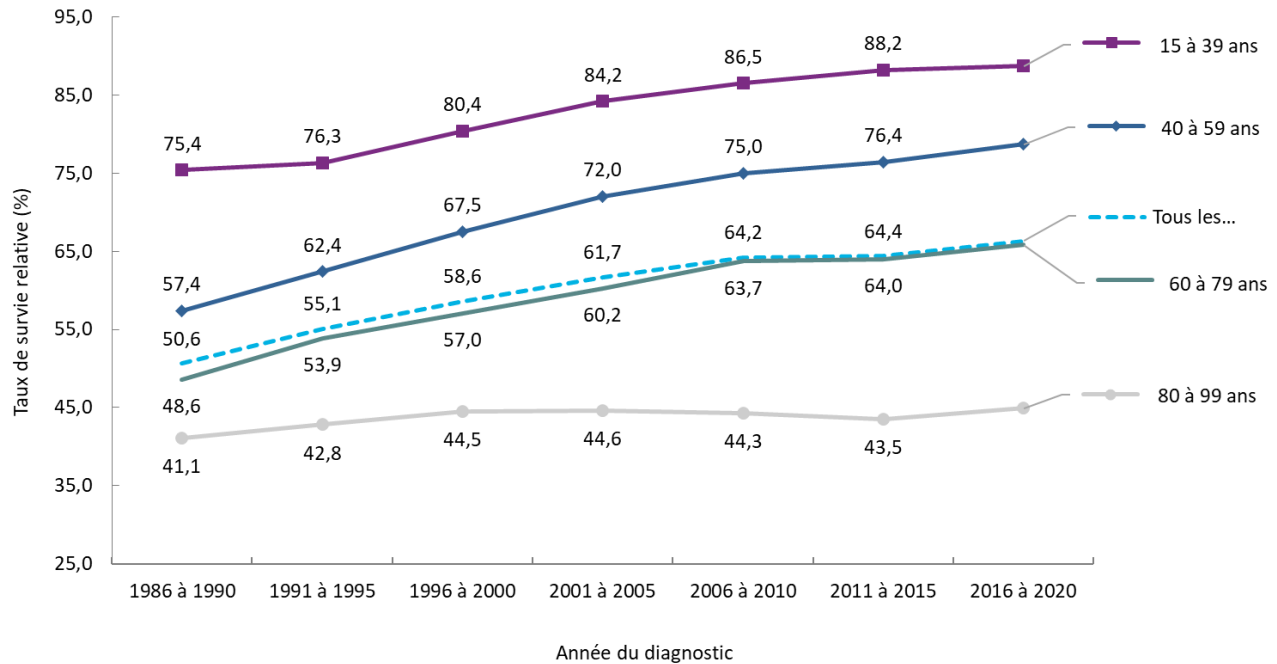
Survie par âge

Entre la période 1986-1990 et la période 2016-2020, le taux de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge, tous âges et cancers confondus, est passé de 50,6 % à 66,3 % (**figure 4.1**).

Comme pour les périodes précédentes, le taux de survie relative à cinq ans pour tous les cancers combinés entre 2016 et 2020 a diminué avec l'avancée en âge. Par exemple, le taux de survie relative était de 88,7 % pour les personnes diagnostiquées entre 15 et 39 ans, mais de seulement 44,9 % pour celles diagnostiquées entre 80 et 99 ans.

Les personnes diagnostiquées à l'âge de 80 et 99 ans ont vu leur survie à cinq ans peu s'améliorer entre la période 1986-1990 et la période 2016-2020. Cette absence d'amélioration est principalement liée au fait que les personnes de cette tranche d'âge sont plus susceptibles de présenter des comorbidités et moins susceptibles de recevoir un traitement agressif contre le cancer. Les personnes diagnostiquées entre 40 et 79 ans ont présenté la plus grande amélioration de la survie relative à cinq ans. Par conséquent, l'écart de survie entre le groupe d'âge le plus âgé et les groupes d'âge plus jeunes s'est creusé au fil du temps. Une étude européenne comparant les personnes âgées de 55 à 69 ans à celles âgées de 70 à 84 ans a montré que les améliorations plus importantes de la survie chez les personnes de moins de 80 ans peuvent être en partie liées à une plus grande utilisation des programmes de dépistage en population pour les cancers du sein et colorectal, et à l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate pour le cancer de la prostate (154).

Figure 4.1 Taux de survie relative à cinq ans par tranche d'âge et période de temps, Ontario, de la période 1986-1990 à la période 2016-2020



Remarques :

- L'analyse était limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées pour certains cas.
- Cette analyse inclut les cas de carcinome *in situ* pour le cancer de la vessie.
- La méthode de la période a été utilisée pour calculer les taux de survie relative pour la période 2016-2020. La méthode de la cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

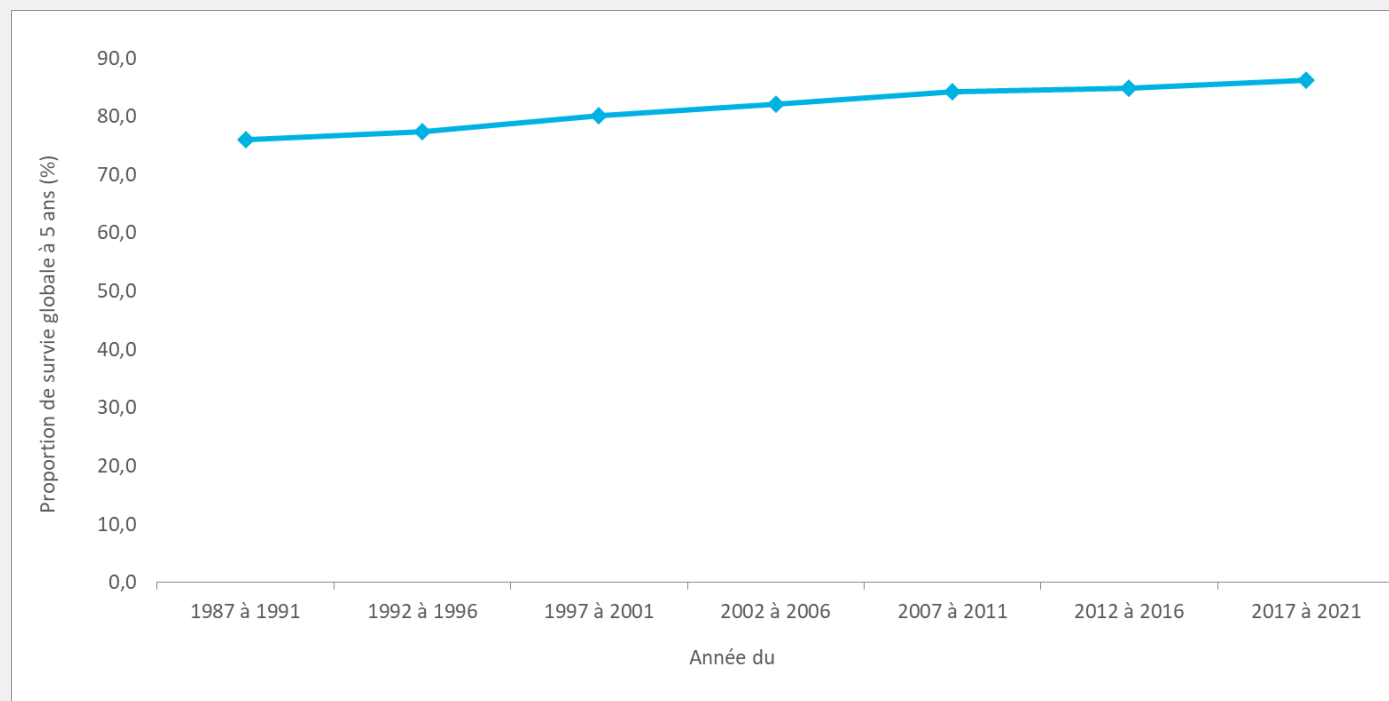
Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En Ontario, on estime que 86,3 % des enfants âgés de zéro à 14 ans diagnostiqués avec un cancer entre 2017 et 2021 survivront pendant cinq ans (c.-à-d. la proportion de survie globale à cinq ans). La proportion de survie globale est une estimation de la probabilité de survie à toutes les causes de décès. Les enfants atteints de cancer continuent de connaître des améliorations en termes de survie, avec la proportion de survie globale à cinq ans passant de 76,0 % pendant la période 1987-1991 à 86,3 % lors de la dernière période de cinq ans (2017-2021) (voir **Faits saillants : Tendances de la survie au cancer chez les enfants, figure 4.S1**).

Pour obtenir de plus amples détails sur les tendances de la survie au cancer chez les enfants, consultez le [rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (en anglais seulement).

Faits saillants : Tendances de la survie au cancer chez les enfants

Figure 4.S1 Proportions de survie globale à cinq ans des enfants atteints de cancer, tous cancers confondus, âgés de 0 à 14 ans, Ontario, de la période 1987-1991 à la période 2017-2021



Remarques :

- La méthode de la cohorte a été utilisée pour calculer les proportions de survie globale à cinq ans pour les cas dont le premier cancer primaire a été diagnostiqué entre 1987 et 2016; la méthode de la période a été utilisée pour calculer les proportions de survie globale à cinq ans pour les cas diagnostiqués entre 2017 et 2021.
- Les proportions de survie globale ne tiennent pas compte de la survie attendue de la population générale d'enfants en Ontario du même âge et du même sexe au cours de la même période.

Analyse par : Analyse de la santé, Pediatric Oncology Group of Ontario

Source de données : POGONIS (11 mai 2023), Pediatric Oncology Group of Ontario

Tendances de la survie par type de cancer

Le taux de survie relative à cinq ans pour tous les cancers combinés en Ontario a augmenté chaque décennie de 1986 à 2020, mais l'ampleur de l'augmentation a diminué de 2006 à 2010 et 2016-2020 par rapport aux périodes précédentes. Plus précisément, sur les 15,7 points de pourcentage d'augmentation entre 1986 et 2020, la plus grande amélioration s'est produite entre la période 1986 à 1990 et la période 1996 à 2000 (8,0 points de pourcentage), par rapport à seulement 2,1 points de pourcentage entre la période 2006 à 2010 et la période 2016 à 2020 (**tableau 4.2**). Entre la période 1986-1990 et la période 2016-2020, la plupart des cancers ont connu une augmentation de la survie (**tableau 4.2, figure 4.2**).

Les gains notables en termes de survie étaient pour les cancers suivants (**tableau 4.2**) :

- myélome (augmentation de 27,3 points de pourcentage)
- cancer du rein (23,3)
- leucémie (21,9)
- lymphome (21,7)
- nasopharynx (19,6) et oropharynx (28,4)
- prostate (18,4)
- rectum et jonction rectosigmoïdienne (17,6)
- poumon (15,7)
- foie (14,2)
- colorectal (13,9)
- estomac (13,2)
- sein (12,3)
- thyroïde (11,6)
- pancréas (10,6)

Des tendances à la baisse de la survie ont été observées pour certains cancers, notamment les suivants :

- lymphome malin non hodgkinien extranodal (une diminution de 14,9 points de pourcentage)
- vessie (7,6, pour les cas de tumeurs malignes uniquement)
- lèvre et cavité buccale (1,6)
- utérus (1,4)

Si l'on compare les sous-sites du cancer colorectal, le taux de survie du cancer du rectum était inférieur au taux de survie du cancer du côlon au cours de la période 1986-1990. La survie des deux sous-sites a augmenté au fil du temps, mais la disparité de survie entre les sous-sites a diminué, la survie du cancer du rectum ayant rattrapé celle du cancer du côlon entre 2016 et 2020.

De même, les taux de survie pour les sous-sites du cancer de la cavité buccale et du pharynx sont devenus de plus en plus similaires au fil du temps et étaient approximativement les mêmes pour la période 2016 à 2020, à l'exception de l'hypopharynx.

Entre 2016 et 2020, la survie des lymphomes non hodgkiniens s'est également rapprochée de celle des lymphomes hodgkiniens, même si le lymphome hodgkinien présentait toujours un taux de survie relative plus élevé.

Tableau 4.2 Taux de survie relative sur cinq ans normalisés selon l'âge selon le type de cancer et la période, Ontario, de la période 1986-1990 à la période 2016-2020

Type de cancer	1986 à 1990	1986 à 1990	1996 à 2000	1996 à 2000	2006 à 2010	2006 à 2010	2016 à 2020	2016 à 2020
	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %
Tous les cancers	50,6	50,4 à 50,9	58,6	58,4 à 58,8	64,2	64,0 à 64,4	66,3	66,1 à 66,6
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	26,3	24,9 à 27,8	30,7	29,3 à 32,0	32,0	30,8 à 33,3	30,1	28,4 à 31,8
Glioblastome	5,6	4,2 à 7,4	7,5	5,9 à 9,2	8,7	7,0 à 10,6	11,8	9,2 à 14,6
Tous les autres gliomes	27,8	25,4 à 30,2	35,4	32,6 à 38,1	40,2	37,9 à 42,5	46,1	42,2 à 49,8
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Méningiomes	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Sein (femmes)	77,1	76,3 à 77,8	85,5	84,9 à 86,1	86,9	86,3 à 87,4	89,4	88,7 à 90,0
Col de l'utérus	63,6	61,6 à 65,6	69,2	67,1 à 71,2	66,9	64,8 à 68,9	68,8	66,1 à 71,4
Ovaire	31,4	29,8 à 33,1	37,8	36,3 à 39,4	42,1	40,7 à 43,5	45,6	43,7 à 47,5
Prostate	73,6	72,4 à 74,8	91,5	90,9 à 92,1	94,4	93,9 à 94,8	92,0	91,3 à 92,6
Testicules	87,9	83,3 à 91,4	87,0	81,8 à 90,8	91,7	88,1 à 94,3	92,6	88,0 à 95,4
Utérus	81,0	79,4 à 82,6	82,2	80,9 à 83,5	80,5	79,4 à 81,6	79,6	78,2 à 80,9
Utérus - de l'endomètre	83,1	81,4 à 84,8	85,0	83,5 à 86,3	83,9	82,7 à 85,0	82,4	81,0 à 83,7
Utérus - sarcome de l'utérus	44,4	33,2 à 55,0	42,5	33,6 à 51,1	34,0	28,3 à 39,7	42,2	30,7 à 53,2
Colorectal	53,0	52,3 à 53,8	58,6	58,0 à 59,3	67,1	66,6 à 67,7	66,9	66,1 à 67,6
Colon, sauf le rectum	55,0	54,1 à 55,9	58,2	57,3 à 59,0	66,7	66,0 à 67,4	66,1	65,1 à 67,1
Colon - côté gauche	57,0	55,5 à 58,4	61,1	59,8 à 62,4	70,5	69,4 à 71,5	68,5	66,9 à 70,0
Colon - côté droit	55,3	54,0 à 56,7	58,8	57,6 à 59,9	66,0	65,0 à 67,0	67,0	65,7 à 68,4
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	49,1	47,8 à 50,5	59,9	58,7 à 61,1	67,2	66,2 à 68,2	66,7	65,3 à 68,0
Jonction rectosigmoïdienne	45,6	43,1 à 48,0	59,9	57,9 à 61,9	64,2	62,2 à 66,0	60,1	57,3 à 62,7

Type de cancer	1986 à 1990	1986 à 1990	1996 à 2000	1996 à 2000	2006 à 2010	2006 à 2010	2016 à 2020	2016 à 2020
	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %
Rectum	50,6	49,0 à 52,1	59,8	58,3 à 61,2	68,3	67,1 à 69,4	68,7	67,1 à 70,2
Œsophage	13,9	12,1 à 15,9	15,0	13,5 à 16,6	16,4	15,0 à 17,8	20,3	18,3 à 22,4
Œsophage - adénocarcinome	12,7	9,5 à 16,3	12,3	10,3 à 14,5	14,5	12,8 à 16,3	21,6	19,0 à 24,3
Œsophage - carcinome épidermoïde	12,5	10,2 à 15,0	15,6	13,1 à 18,2	19,6	16,8 à 22,6	18,6	14,8 à 22,7
Foie	9,8	7,9 à 12,0	16,6	14,9 à 18,4	23,3	21,8 à 24,7	24,0	22,3 à 25,7
Pancréas	7,8	7,0 à 8,8	9,3	8,5 à 10,3	11,9	11,1 à 12,8	18,4	17,1 à 19,7
Estomac	21,2	19,9 à 22,5	24,1	22,8 à 25,4	30,4	29,1 à 31,7	34,4	32,8 à 36,1
Larynx	63,6	60,4 à 66,5	63,6	60,8 à 66,3	63,9	61,3 à 66,4	63,2	59,5 à 66,7
Cavité buccale et pharynx	55,4	53,5 à 57,2	56,7	55,0 à 58,4	59,8	58,3 à 61,3	63,9	62,0 à 65,6
Hypopharynx	18,0	13,8 à 22,8	26,1	20,8 à 31,7	30,4	25,5 à 35,5	29,8	22,2 à 37,8
Lèvre et cavité buccale	68,5	66,1 à 70,8	67,8	65,4 à 70,1	65,4	63,3 à 67,4	66,9	64,2 à 69,3
Nasopharynx	49,9	43,9 à 55,6	59,3	54,2 à 64,0	67,6	62,8 à 71,9	69,5	62,9 à 75,2
Oropharynx	34,3	31,0 à 37,6	43,2	40,0 à 46,3	56,6	53,8 à 59,4	62,7	59,5 à 65,6
Thyroïde	85,4	82,9 à 87,5	91,9	90,4 à 93,2	96,2	95,3 à 96,9	97,0	96,2 à 97,6
Thyroïde - anaplasique	29,1	27,1 à 31,1	†	†	30,1	26,2 à 34,1	†	†
Thyroïde - folliculaire	87,5	82,2 à 91,3	93,5	88,2 à 96,5	93,2	88,3 à 96,1	96,5	91,6 à 98,5
Thyroïde - médullaire	78,7	62,7 à 88,4	83,7	69,6 à 91,6	84,7	76,2 à 90,3	81,3	70,9 à 88,3
Thyroïde - papillaire	94,0	90,3 à 96,3	97,0	95,1 à 98,2	98,9	97,8 à 99,4	99,3	98,5 à 99,7
Leucémie	40,0	38,6 à 41,5	46,5	45,2 à 47,8	56,6	55,5 à 57,7	61,9	60,4 à 63,3
Leucémie lymphoblastique aiguë	27,0	21,8 à 32,4	32,1	26,8 à 37,6	55,1	50,6 à 59,4	62,2	56,8 à 67,2
Leucémie monocytaire aiguë	8,5	3,2 à 17,1	13,3	8,3 à 19,4	13,4	8,4 à 19,6	16,8	9,6 à 25,8
Leucémie aiguë myéloïde	11,2	9,5 à 13,0	14,8	13,2 à 16,6	17,8	16,3 à 19,4	28,1	25,8 à 30,4
Leucémie lymphoïde chronique	68,3	65,7 à 70,6	74,4	72,3 à 76,3	81,3	79,8 à 82,7	90,3	88,2 à 92,1
Leucémie myéloïde chronique	28,0	24,6 à 31,6	36,3	33,1 à 39,5	59,8	56,8 à 62,7	62,8	59,0 à 66,3
Lymphome	49,5	48,1 à 50,8	54,2	53,1 à 55,3	66,3	65,4 à 67,2	71,2	70,2 à 72,2

Type de cancer	1986 à 1990 – TSR (%)	1986 à 1990 – IC à 95 %	1996 à 2000 – TSR (%)	1996 à 2000 – IC à 95 %	2006 à 2010 – TSR (%)	2006 à 2010 – IC à 95 %	2016 à 2020 – TSR (%)	2016 à 2020 – IC à 95 %
Lymphome de Hodgkin	73,1	70,7 à 75,3	81,6	79,4 à 83,7	83,0	81,1 à 84,7	86,7	84,4 à 88,7
Lymphome non hodgkinien	48,7	47,2 à 50,1	53,1	52,0 à 54,3	66,1	65,1 à 67,0	70,9	69,9 à 72,0
Lymphome non hodgkinien - extranodal	84,6	74,7 à 90,9	72,0	67,2 à 76,2	76,1	74,1 à 78,0	69,7	68,3 à 71,1
Lymphome non hodgkinien - nodal	47,4	46,0 à 48,8	51,6	50,4 à 52,7	63,4	62,4 à 64,4	72,2	70,7 à 73,7
Myélome	32,3	30,1 à 34,4	38,5	36,7 à 40,3	46,2	44,5 à 47,8	59,6	57,7 à 61,5
Mélanome de la peau	83,7	82,3 à 84,9	85,3	84,3 à 86,3	87,7	87,0 à 88,4	91,3	90,5 à 92,1
Mélanome (non cutané)	77,5	72,4 à 81,8	79,6	75,1 à 83,4	74,8	70,1 à 78,9	78,3	73,7 à 82,2
Mélanome - muqueux	63,8	45,9 à 77,1	54,5	36,7 à 69,2	32,7	24,3 à 41,4	†	†
Mélanome - oculaire	78,4	72,9 à 82,8	82,4	77,7 à 86,2	81,2	76,7 à 84,8	83,6	78,5 à 87,6
Poumon	14,9	14,4 à 15,4	16,7	16,3 à 17,2	19,8	19,3 à 20,3	30,6	29,8 à 31,4
Poumon - adénocarcinome	19,9	18,7 à 21,1	22,1	21,2 à 23,1	27,6	26,7 à 28,5	32,4	31,2 à 33,6
Poumon - grandes cellules	8,1	6,7 à 9,8	9,6	8,2 à 11,2	14,3	11,9 à 16,9	†	†
Poumon - petites cellules	6,5	5,5 à 7,7	7,1	6,2 à 8,2	7,7	6,7 à 8,8	†	†
Poumon - cellules squameuses	18,4	17,3 à 19,5	19,5	18,4 à 20,7	24,7	23,1 à 26,3	27,5	24,7 à 30,3
Vessie	73,8	72,5 à 75,0	71,2	70,0 à 72,5	68,0	66,8 à 69,1	66,2	64,4 à 67,9
Rein	55,1	53,1 à 56,9	63,8	62,2 à 65,4	70,0	68,7 à 71,2	78,4	76,9 à 79,8

Abréviations :

IC signifie intervalle de confiance

TSR signifie taux de survie relative

Symbole : †L'estimation n'a pas pu être calculée

Remarques :

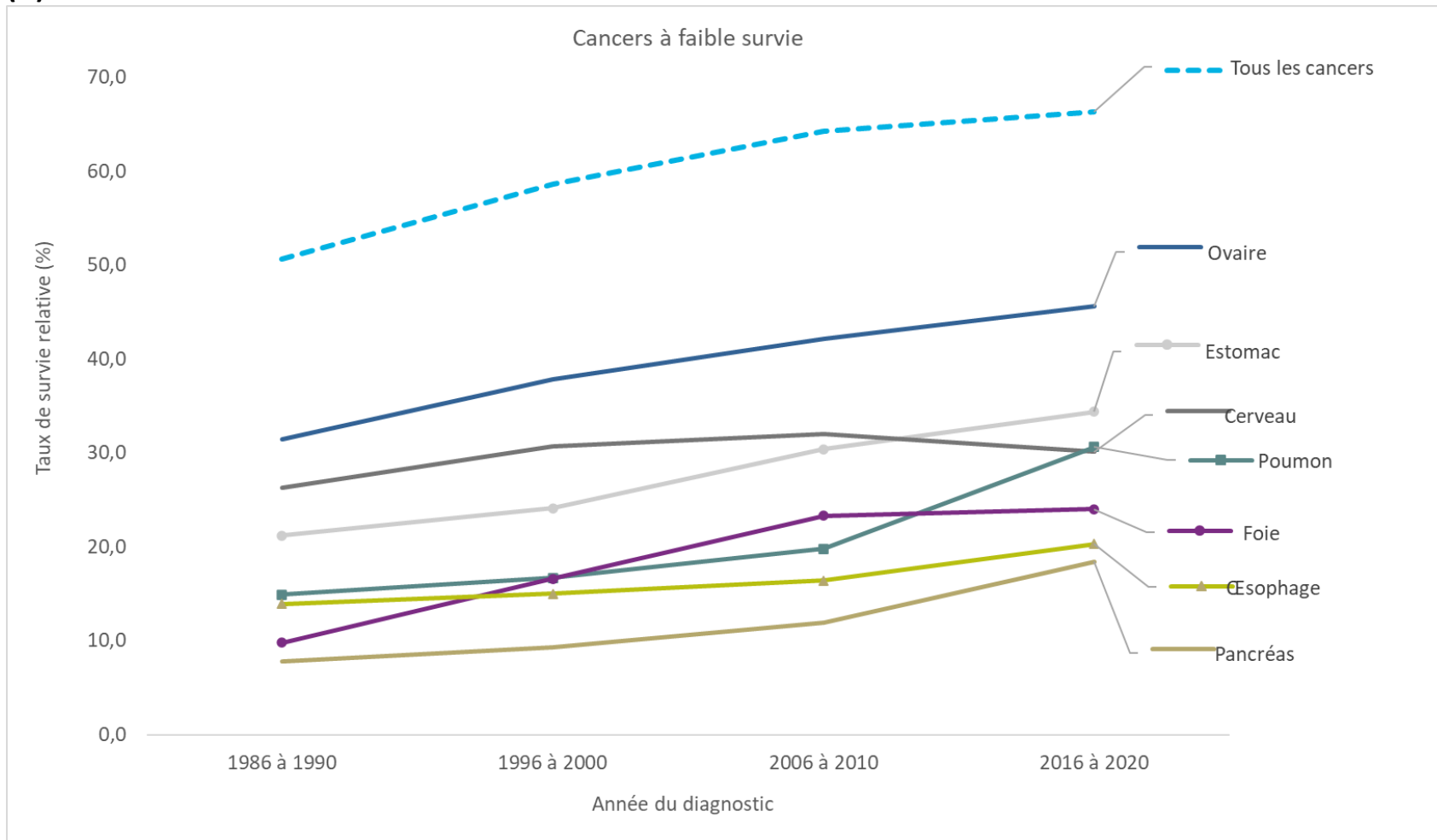
- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Le cancer de la vessie comprend uniquement les cas de tumeurs malignes (les cas de carcinome in situ de la vessie sont exclus).
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées pour sélectionner les cas.
- La méthode de la période a été utilisée pour dériver les taux de survie relative pour la période entre 2016 et 2020. La méthode de la cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes
- Les taux de survie relative ont été normalisés selon l'âge en utilisant les normes internationales de survie au cancer.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

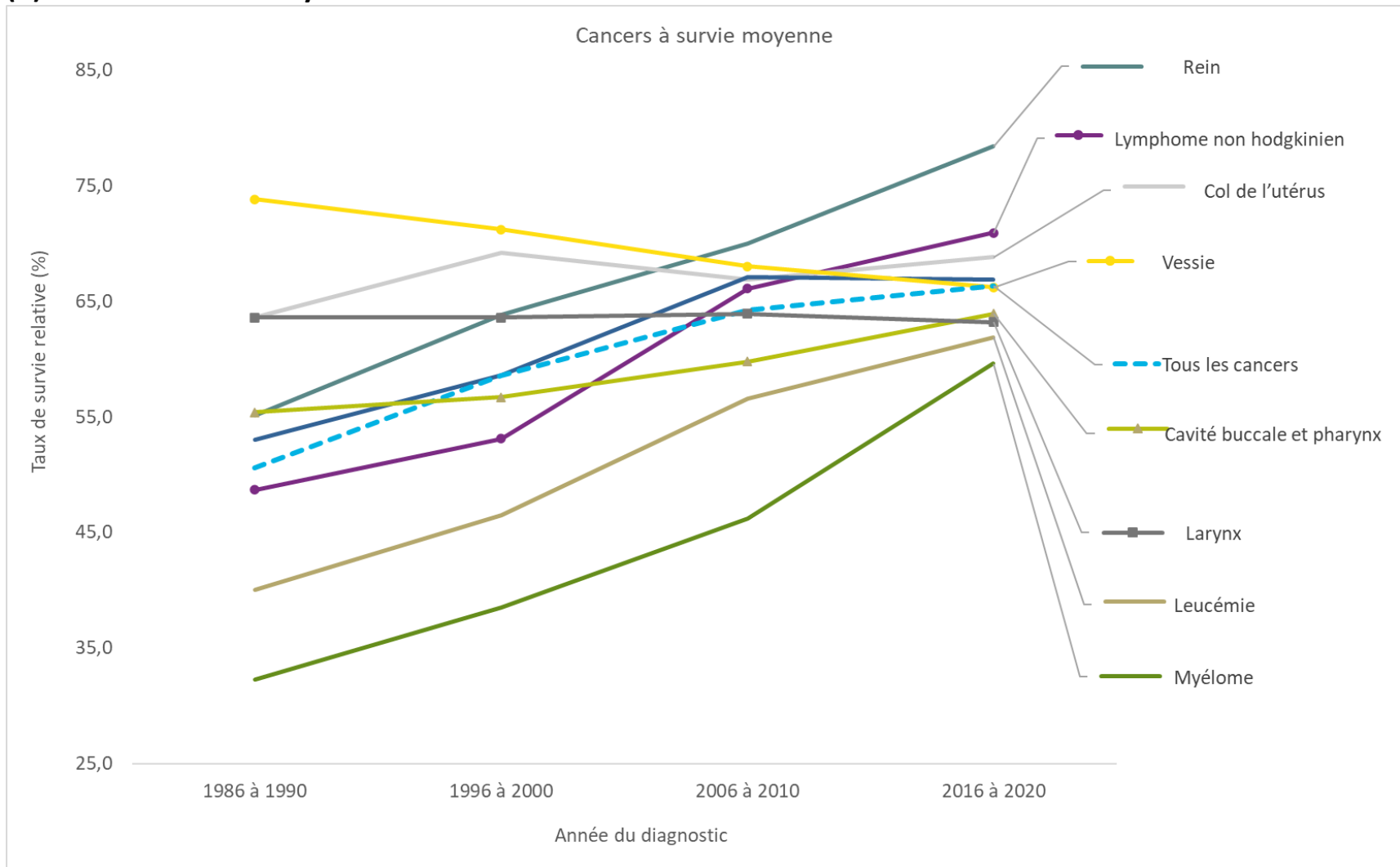
Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 4.2 Taux de survie relative à cinq ans normalisés selon l'âge pour certains cancers, Ontario, 1986 à 2020

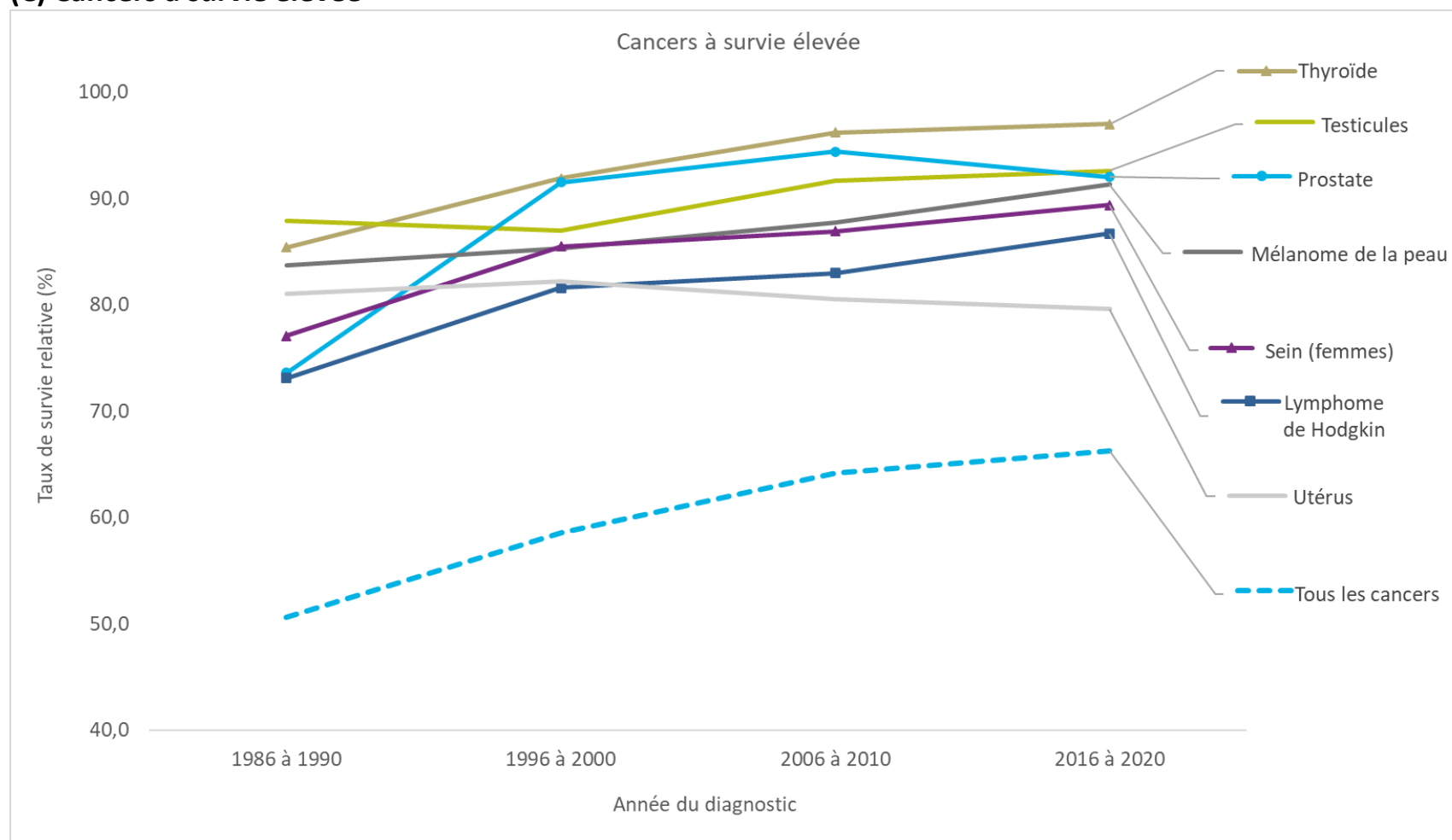
(A) Cancers à faible survie



(B) Cancers à survie moyenne



(C) Cancers à survie élevée



Remarques :

- Les cancers sont regroupés en fonction de leur taux de survie, classés comme faible, moyen ou élevé, à des fins de visualisation.
- L'analyse était limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Le cancer de la vessie comprend uniquement les cas de tumeurs malignes (les cas de carcinome *in situ* de la vessie sont exclus).
- Les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisées pour la sélection des cas.

- La méthode de la période a été utilisée pour calculer les taux de survie relative pour la période 2016-2020. La méthode de la cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.
- Les taux de survie relative ont été normalisés selon l'âge en utilisant les Normes internationales de survie au cancer.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Survie par durée et type de cancer

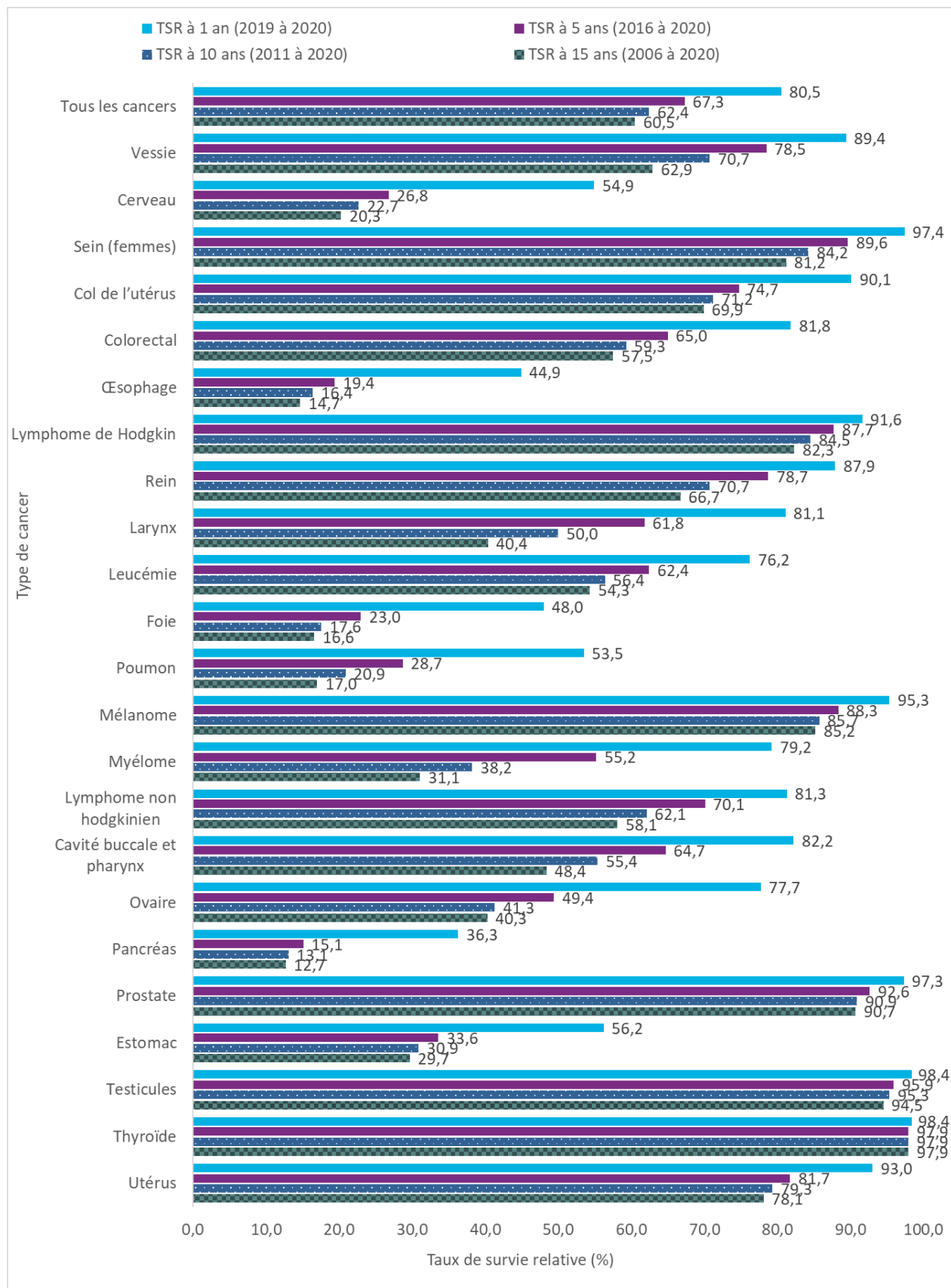
À partir de 2020, le taux de survie relative pour tous cancers confondus était de 80,5 % après un an, de 67,3 % après cinq ans, de 62,4 % après dix ans et de 60,5 % après quinze ans (**figure 4.3**).

Comme pour la plupart des types de cancer individuels, la survie pour tous les cancers combinés a diminué avec l'augmentation de la durée du suivi, les plus grandes diminutions se produisant de la survie relative à un an à la survie relative à cinq ans. Certaines des baisses les plus importantes de la survie au cours de la première année suivant le diagnostic concernaient les cancers du pancréas, du foie, de l'œsophage, du poumon, du cerveau, de l'estomac et de l'ovaire, ainsi que la leucémie.

Pour les quatre cancers les plus courants, les tendances suivantes ont été observées pour la survie relative en fonction de la durée :

- Pour le cancer du sein, le taux de survie relative un an après le diagnostic était très élevé, à 97,4 %. À cinq ans, le taux de survie relative a reculé à 89,6 %. La survie à 10 ans a légèrement diminué, passant à 84,2 %, et à 15 ans, à 81,2 %.
- Pour le cancer colorectal, le taux de survie relative un an après le diagnostic était de 81,8 %, mais il a reculé à 65,0 % après cinq ans. La survie à 10 ans a légèrement diminué, passant à 59,3 %, et à 15 ans, à 57,5 %.
- Le cancer du poumon a connu l'une des plus fortes baisses de survie entre un et cinq ans après le diagnostic, passant de 53,5 % à seulement 28,7 %. La survie a continué de diminuer de manière significative pour atteindre 20,9 % à 10 ans, et 17,0 % à 15 ans.
- La survie au cancer de la prostate a montré un léger recul, mais important, de un et cinq ans après le diagnostic, mais il n'y avait pas de différence significative entre la survie à cinq ans, à 10 ans et à 15 ans. En fait, les taux de survie relative à 10 ans (90,9 %) et à 15 ans (90,7 %) étaient presque les mêmes.

Figure 4.3 Taux de survie relative par type de cancer et durée de survie, Ontario, 2020



Abréviation : TSR signifie taux de survie relative

Remarques :

- L'analyse était limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Le cancer de la vessie comprend les cas de carcinome *in situ*.
- La méthode de la période a été utilisée pour calculer les taux de survie relative.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

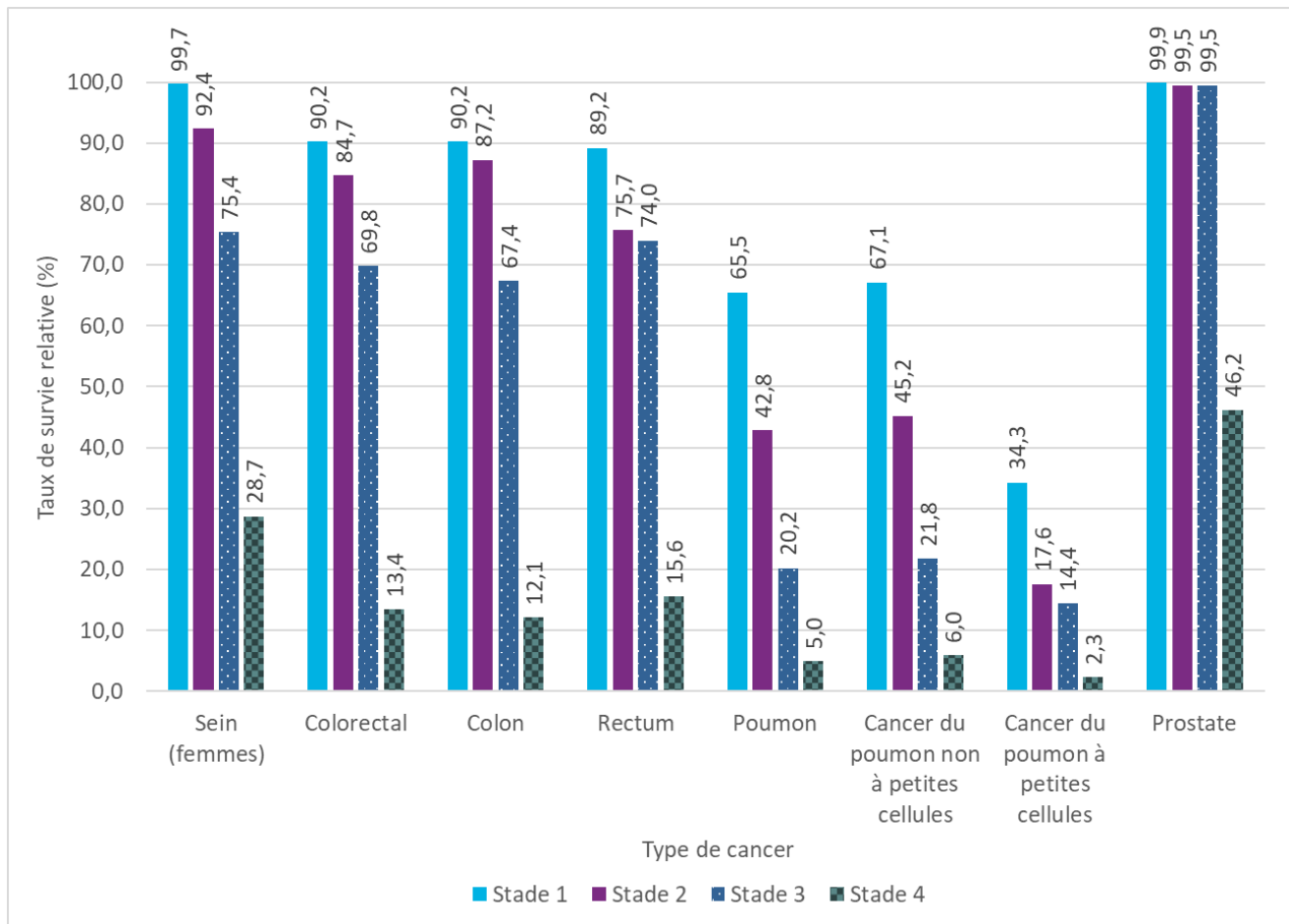
Survie par stade du cancer

Le stade au moment du diagnostic est l'un des facteurs prédictifs les plus importants de la survie au cancer. Les données sur les stades au niveau 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, ainsi que pour un nombre limité d'années pour le cancer de la thyroïde et le mélanome. Toutefois, en raison des changements apportés aux normes de codage et de création de cas en 2018 (voir [annexe 1 : Sources de données](#)), cette section se concentre sur la survie par stade jusqu'en 2017 pour les quatre cancers les plus courants.

Le taux de survie relative à cinq ans entre 2013 et 2017 a eu tendance à diminuer avec l'avancement du stade au moment du diagnostic (**figure 4.4**). Le niveau de diminution variait selon le type de cancer :

- Alors que les cas de cancer du sein diagnostiqués au stade 1 avaient un taux de survie relative à cinq ans de 99,7 %, le taux de survie relative a reculé pour se situer à seulement 28,7 % pour les cas diagnostiqués au stade 4.
- Les cas de cancer colorectal diagnostiqués au stade 1 présentaient un taux de survie relative à cinq ans de 90,2 %, qui diminuait à 84,7 % pour les cas diagnostiqués au stade 2, à 69,8 % pour les cas au stade 3, et à seulement 13,4 %, au stade 4.
- Parmi les quatre cancers les plus fréquents, le cancer du poumon est celui dont le taux de survie relative est le plus faible à tous les stades. Même au stade 1, le taux de survie à cinq ans n'était que de 65,5 %, et passait à 5,0 % au stade 4.
- Le stade au moment du diagnostic est celui qui a le moins d'effet sur le cancer de la prostate. Le taux de survie relative à cinq ans pour le stade 1 était de 99,9 % et de 99,5 % pour les stades 2 et 3; toutefois, la survie a reculé à 46,2 % pour les cas diagnostiqués au stade 4.

Figure 4.4 Taux de survie relative à cinq ans, selon le type de cancer et le stade au moment du diagnostic, Ontario, 2013 à 2017



Remarques :

- L'analyse était limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Les cas dont le stade est inconnu ou qui n'ont pas été classés ont été exclus de cette analyse.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Survie conditionnelle par type de cancer

Les taux de survie relative représentent la probabilité de survie un nombre spécifique d'années après le diagnostic. Toutefois, il est parfois utile de mesurer la survie à partir d'un moment autre que la date du diagnostic. Comme le risque de décès associé au cancer est le plus élevé au cours de la première année suivant le diagnostic, la survie après la première année (également appelée survie conditionnelle à un an) peut être très différente de la survie mesurée au moment du diagnostic. Le **tableau 4.3** présente la survie à cinq ans après le diagnostic après avoir déjà survécu zéro, un, deux, trois et quatre ans. La survie conditionnelle à zéro an équivaut au taux de survie relative à cinq ans au moment du diagnostic, c.-à-d. la statistique présentée précédemment dans ce chapitre.

Alors que le taux de survie relative à cinq ans mesuré au moment du diagnostic pour tous les cancers combinés de 2016 à 2020 était de 67,3 %, le taux de survie relative à cinq ans est passé à 83,6 % pour les personnes ayant survécu à la première année après le diagnostic. Le taux de survie relative à cinq ans a augmenté pour chaque année de survie jusqu'à quatre ans après le diagnostic, où il était de 97,5 %.

En général, une fois qu'une personne a survécu à la première année après le diagnostic de cancer, ses chances de survie à cinq ans continuent d'augmenter, mais cette augmentation devient de plus en plus petite pour chaque année de survie. Par exemple, le taux de survie à cinq ans pour le cancer colorectal augmente de 14,4 % après avoir survécu la première année (de 65,0 % à 79,4 %), mais n'augmente que de 7,8 % après avoir survécu à la deuxième année (de 79,4 % à 87,2 %).

Les personnes atteintes d'un cancer de mauvais pronostic (p. ex. cancer du pancréas, de l'œsophage, du foie, du poumon, de l'estomac, du cerveau) ont montré le gain relatif de survie le plus élevé une fois qu'elles ont survécu à la première année après le diagnostic. Par exemple, alors que le taux de survie relative à cinq ans pour le cancer du pancréas n'était que de 15,1 % au moment du diagnostic, il est passé à 41,7 % pour les personnes ayant survécu à leur première année. Les cancers avec un bon pronostic (p. ex. la thyroïde, les testicules, la prostate et le sein) ne présentaient qu'une faible différence dans le taux de survie relative conditionnelle à un an, car la survie au moment du diagnostic était déjà élevée.

Tableau 4.3 Taux de survie relative conditionnelle sur cinq ans selon le type de cancer et les années de survie, Ontario, 2016 à 2020

Type de cancer	0 année de survie†	0 année de survie†	1 année de survie	1 année de survie	2 années de survie	2 années de survie	3 années de survie	3 années de survie	4 années de survie	4 années de survie
	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %
Tous les cancers	67,3	67,1 à 67,5	83,6	83,3 à 83,8	90,1	89,9 à 90,3	94,3	94,2 à 94,5	97,5	97,4 à 97,7
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	26,8	25,1 à 28,5	48,9	46,3 à 51,5	71,8	68,8 à 74,6	84,1	81,4 à 86,5	92,4	90,1 à 94,1
Glioblastome	6,3	5,2 à 7,7	15,1	12,4 à 18,1	35,8	29,9 à 41,7	56,2	48,0 à 63,6	75,8	66,8 à 82,7
Tous les autres gliomes	58,4	54,6 à 62,0	71,2	67,2 à 74,8	83,1	79,3 à 86,3	89,8	86,5 à 92,4	94,6	91,8 à 96,5
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes	85,9	84,7 à 87,0	94,8	93,7 à 95,6	96,5	95,6 à 97,3	97,9	97,1 à 98,5	98,7	98,1 à 99,1
Méningiomes	93,3	91,3 à 94,9	96,3	94,4 à 97,6	97,3	95,5 à 98,3	98,2	96,6 à 99,0	98,9	97,6 à 99,5
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	91,6	89,3 à 93,4	96,9	94,7 à 98,2	97,9	95,8 à 99,0	98,7	96,7 à 99,5	98,6	97,2 à 99,3
Sein (femmes)	89,6	89,1 à 90,1	92,1	91,6 à 92,5	94,1	93,6 à 94,5	96,3	96,0 à 96,7	98,3	98,0 à 98,5
Col de l'utérus	74,7	72,3 à 76,9	82,9	80,6 à 84,9	90,3	88,3 à 92,0	94,6	93,0 à 95,9	97,3	96,0 à 98,2
Ovaire	49,4	47,6 à 51,3	63,6	61,5 à 65,7	74,0	71,8 à 76,0	85,3	83,3 à 87,0	92,8	91,2 à 94,1
Prostate	92,6	92,0 à 93,2	95,2	94,7 à 95,8	96,9	96,4 à 97,4	98,2	97,7 à 98,5	99,2	98,8 à 99,4
Testicules	95,9	94,4 à 97,1	97,5	96,1 à 98,4	99,2	97,9 à 99,7	99,6	98,2 à 99,9	99,8	98,4 à 100,0
Utérus	81,7	80,6 à 82,7	87,9	86,9 à 88,8	92,9	92,0 à 93,7	96,3	95,6 à 96,9	98,2	97,7 à 98,7
Utérus - de l'endomètre	84,3	83,2 à 85,3	88,8	87,8 à 89,7	93,5	92,6 à 94,3	96,5	95,8 à 97,2	98,3	97,8 à 98,8
Utérus - sarcome de l'utérus	52,4	45,2 à 59,1	65,2	57,0 à 72,3	76,7	68,1 à 83,3	88,9	80,8 à 93,7	94,6	87,0 à 97,8
Colorectal	65,0	64,2 à 65,8	79,4	78,6 à 80,2	87,2	86,5 à 87,9	92,8	92,2 à 93,4	97,3	96,8 à 97,7
Colon, sauf le rectum	64,3	63,3 à 65,3	79,7	78,7 à 80,7	87,2	86,3 à 88,1	92,9	92,1 à 93,6	97,3	96,7 à 97,8
Colon - côté gauche	67,6	66,0 à 69,1	79,9	78,4 à 81,4	87,1	85,7 à 88,5	92,2	91,0 à 93,3	97,0	96,0 à 97,7
Colon - côté droit	65,6	64,3 à 66,9	80,6	79,2 à 81,9	88,2	86,9 à 89,4	94,1	92,9 à 95,0	97,8	96,9 à 98,4
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	65,8	64,5 à 67,1	77,8	76,5 à 79,0	86,1	84,9 à 87,2	91,9	90,8 à 92,8	96,9	96,1 à 97,5
Jonction rectosigmoïdienne	59,0	56,3 à 61,6	75,7	72,8 à 78,3	84,8	82,0 à 87,1	91,5	89,1 à 93,4	96,6	94,8 à 97,8
Rectum	67,9	66,4 à 69,4	78,3	76,8 à 79,8	86,5	85,1 à 87,7	92,0	90,8 à 93,1	97,0	96,1 à 97,7
Œsophage	19,4	17,7 à 21,3	43,3	39,8 à 46,8	64,7	60,2 à 68,9	79,8	75,2 à 83,6	91,9	88,0 à 94,5

Type de cancer	0 année de survie†	0 année de survie†	1 année de survie	1 année de survie	2 années de survie	2 années de survie	3 années de survie	3 années de survie	4 années de survie	4 années de survie
	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %
Œsophage - adénocarcinome	21,6	19,2 à 24,0	43,0	38,7 à 47,2	67,3	61,7 à 72,2	82,7	77,1 à 87,0	93,2	88,6 à 96,0
Œsophage - carcinome épidermoïde	16,9	13,7 à 20,2	40,2	33,3 à 47,0	56,2	47,1 à 64,3	71,3	60,9 à 79,4	87,1	76,3 à 93,2
Foie	23,0	21,4 à 24,6	47,9	45,1 à 50,7	62,8	59,5 à 65,9	76,7	73,4 à 79,7	91,5	88,8 à 93,5
Pancréas	15,1	14,1 à 16,2	41,7	39,1 à 44,3	65,2	61,8 à 68,4	82,3	78,9 à 85,2	92,7	89,9 à 94,8
Estomac	33,6	32,0 à 35,3	59,9	57,5 à 62,2	78,3	75,8 à 80,7	90,6	88,3 à 92,4	95,8	94,0 à 97,1
Larynx	61,8	58,2 à 65,2	76,2	72,4 à 79,5	86,3	82,7 à 89,2	91,2	87,9 à 93,6	96,6	93,9 à 98,1
Cavité buccale et pharynx	64,7	63,1 à 66,3	78,7	77,1 à 80,2	86,8	85,3 à 88,2	92,0	90,6 à 93,2	96,3	95,2 à 97,1
Hypopharynx	30,6	23,9 à 37,5	51,3	41,1 à 60,5	65,6	53,5 à 75,3	74,7	61,9 à 83,8	86,0	73,7 à 92,8
Lèvre et cavité buccale	66,5	64,1 à 68,8	80,2	77,8 à 82,4	88,4	86,1 à 90,4	92,8	90,7 à 94,4	96,3	94,6 à 97,5
Nasopharynx	69,1	62,9 à 74,5	79,6	73,5 à 84,5	86,2	80,2 à 90,5	90,3	84,6 à 93,9	96,4	91,8 à 98,5
Oropharynx	66,1	63,6 à 68,5	78,8	76,2 à 81,1	86,3	83,9 à 88,3	92,4	90,3 à 94,0	97,0	95,4 à 98,1
Thyroïde	97,9	97,3 à 98,4	99,5	98,9 à 99,8	99,6	99,0 à 99,8	99,8	99,2 à 99,9	99,9	99,3 à 100,0
Thyroïde - anaplasique	22,1	11,7 à 34,4	73,3	41,5 à 89,6	100,0	‡	100,0	‡	100,0	‡
Thyroïde - folliculaire	96,9	91,2 à 99,0	99,0	86,9 à 99,9	98,8	91,7 à 99,8	99,0	93,2 à 99,9	99,7	96,2 à 100,0
Thyroïde - médullaire	83,7	73,4 à 90,3	88,3	78,7 à 93,7	90,5	81,4 à 95,3	92,7	84,3 à 96,7	97,4	90,1 à 99,3
Thyroïde - papillaire	99,7	98,9 à 99,9	99,8	99,0 à 100,0	99,8	99,2 à 99,9	99,9	99,5 à 100,0	99,9	98,8 à 100,0
Leucémie	62,4	61,0 à 63,8	81,9	80,4 à 83,3	89,1	87,7 à 90,3	93,0	91,9 à 94,0	97,2	96,3 à 97,8
Leucémie lymphoblastique aiguë	73,8	69,9 à 77,2	87,9	84,4 à 90,6	93,2	90,2 à 95,3	96,3	93,8 à 97,9	98,7	96,8 à 99,5
Leucémie monocyttaire aiguë	21,2	12,9 à 30,9	54,7	38,7 à 68,2	75,6	57,8 à 86,7	86,2	66,4 à 94,8	89,8	68,8 à 97,0
Leucémie aiguë myéloïde	26,9	24,7 à 29,2	56,3	52,4 à 60,0	75,4	71,1 à 79,1	85,6	81,6 à 88,8	97,0	94,1 à 98,5
Leucémie lymphoïde chronique	89,9	87,7 à 91,8	92,6	90,5 à 94,3	93,8	91,8 à 95,2	95,3	93,6 à 96,6	97,6	96,3 à 98,4
Leucémie myéloïde chronique	64,2	60,2 à 67,9	78,0	73,8 à 81,6	85,5	81,5 à 88,7	89,8	86,1 à 92,5	96,2	93,3 à 97,9
Lymphome	71,7	70,7 à 72,7	87,2	86,3 à 88,1	92,5	91,7 à 93,3	95,5	94,8 à 96,1	98,0	97,4 à 98,4
Lymphome de Hodgkin	87,7	85,3 à 89,7	95,7	93,7 à 97,1	96,4	94,6 à 97,7	97,4	95,7 à 98,4	98,5	97,1 à 99,2
Lymphome non hodgkinien	70,1	69,0 à 71,1	86,2	85,2 à 87,2	92,1	91,2 à 92,9	95,2	94,5 à 95,9	97,9	97,3 à 98,4

Type de cancer	0 année de survie†	0 année de survie†	1 année de survie	1 année de survie	2 années de survie	2 années de survie	3 années de survie	3 années de survie	4 années de survie	4 années de survie
	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %	– TSR (%)	– IC à 95 %
Lymphome non hodgkinien - extranodal	68,6	67,1 à 70,0	86,1	84,7 à 87,5	92,1	90,7 à 93,2	95,2	94,0 à 96,1	98,0	97,1 à 98,6
Lymphome non hodgkinien - nodal	71,6	70,1 à 73,1	86,3	84,9 à 87,7	92,0	90,8 à 93,2	95,2	94,1 à 96,1	97,8	96,9 à 98,4
Myélome	55,2	53,2 à 57,1	69,6	67,4 à 71,7	75,5	73,4 à 77,5	81,9	79,8 à 83,8	90,0	88,2 à 91,5
Mélanome de la peau	88,3	87,3 à 89,3	92,7	91,8 à 93,5	95,2	94,4 à 96,0	97,2	96,5 à 97,8	98,7	98,1 à 99,1
Mélanome (non cutané)	70,8	65,4 à 75,5	75,8	70,4 à 80,3	82,2	76,9 à 86,3	88,2	83,2 à 91,8	94,9	90,6 à 97,3
Mélanome - muqueuse	48,8	37,7 à 59,0	57,8	45,1 à 68,5	71,0	56,4 à 81,5	83,9	67,9 à 92,4	92,9	76,5 à 98,0
Mélanome - oculaire	78,4	72,3 à 83,4	80,7	74,7 à 85,4	84,6	78,8 à 88,9	89,0	83,6 à 92,7	95,3	90,5 à 97,7
Poumon	28,7	28,1 à 29,4	53,7	52,6 à 54,7	68,5	67,3 à 69,6	80,0	78,8 à 81,0	90,5	89,6 à 91,4
Poumon - adénocarcinome	32,4	31,4 à 33,4	55,4	54,0 à 56,8	70,0	68,5 à 71,5	80,8	79,3 à 82,1	90,8	89,6 à 91,9
Poumon - grandes cellules	27,6	22,5 à 32,9	53,1	44,4 à 61,1	81,1	70,7 à 88,1	92,9	81,7 à 97,4	96,4	85,6 à 99,1
Poumon - petites cellules	9,9	8,7 à 11,3	30,0	26,5 à 33,6	54,7	49,2 à 59,9	77,0	70,7 à 82,1	90,6	84,9 à 94,2
Poumon - cellules squameuses	26,0	24,5 à 27,5	46,0	43,7 à 48,4	61,0	58,2 à 63,6	75,2	72,3 à 77,9	86,7	84,1 à 89,0
Vessie	78,5	77,4 à 79,6	87,8	86,7 à 88,8	91,9	90,9 à 92,8	95,0	94,1 à 95,7	97,7	97,0 à 98,2
Rein	78,7	77,5 à 80,0	89,5	88,4 à 90,6	93,0	91,9 à 93,9	95,8	94,8 à 96,5	97,8	97,1 à 98,4

Abréviations :

IC signifie intervalle de confiance

TSR signifie taux de survie relative

Symboles :

†Zéro année de survie équivaut à la survie non conditionnelle sur cinq ans (c.-à-d. le rapport de survie relative sur cinq ans)

‡L'estimation n'a pas pu être calculée

Remarques :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Le cancer de la vessie comprend les cas de carcinome *in situ*.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Chapitre 5 : Prévalence du cancer

La prévalence du cancer fait référence au nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué récemment et celles chez qui il a été diagnostiqué précédemment, qui sont toujours en vie à un moment donné. Ce chapitre présente les valeurs et les proportions de prévalence pour les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'une période donnée et qui étaient encore en vie le 1^{er} janvier 2021.

Aperçu de la prévalence

La prévalence du cancer est une fonction de l'incidence du cancer et de la survie à celui-ci, ce qui signifie que la prévalence augmente lorsque l'incidence augmente et que la survie s'améliore. Avec l'augmentation de l'incidence et l'amélioration de la survie en Ontario, la prévalence du cancer au fil du temps a également augmenté dans cette province, dont la population est estimée à 14,2 millions en 2021(155). En Ontario, il y a maintenant plus de personnes vivant avec un diagnostic de cancer qu'il y a 20 ans.

Ce chapitre présente des valeurs de prévalence basées sur les personnes et de durée limitée :

- La prévalence du cancer à durée limitée décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (appelée la date d'index) chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'un *certain nombre d'années* (p. ex. 2 ans, 5 ans, 10 ans, 30 ans) avant la date d'index. Ce rapport utilise une date d'index du 1^{er} janvier 2021 et se concentre sur des durées de 10 et 30 ans.
- Personne basée fait référence au nombre de personnes atteintes de cancer qui sont en vie à la date de référence. Une personne ayant reçu plusieurs diagnostics de cancer est comptée une fois pour chaque type [de cancer primaire](#) dont elle a reçu le diagnostic pendant la période d'intérêt. Pour tous les cancers combinés, une personne atteinte de cancer ne serait comptée qu'une seule fois, peu importe le nombre de diagnostics qu'elle a reçus pendant la période d'intérêt. Bien que la prévalence basée sur les personnes puisse sous-estimer le fardeau du cancer en ne comptant qu'un seul diagnostic de cancer par personne, elle décrit mieux le nombre de personnes vivant avec le cancer.

Parce que les tendances de la prévalence du cancer reflètent l'augmentation, la diminution ou la stabilité des taux d'incidence et de mortalité du cancer dans la population, elles peuvent aider à déterminer la meilleure façon de répartir les ressources de diagnostic, de traitement et de soins(156). Par conséquent, les valeurs de prévalence sont importantes pour comprendre l'impact du cancer sur le système de santé. Les principaux services de soins de santé utilisés par les personnes nouvellement diagnostiquées (généralement au cours des deux premières années) sont liés au traitement primaire

du cancer(157). Après la fin du traitement, les principaux services utilisés sont les soins de suivi chez les survivants, y compris l'évaluation de la récurrence du cancer, l'évaluation de nouveaux cancers et la gestion des effets tardifs (qui apparaissent après la fin du traitement) et des effets à long terme (qui commencent pendant le traitement et persistent) du cancer(158-160).

Une durée limitée de dix et de trente ans offre des périodes raisonnables pour prendre en compte toutes les personnes vivant avec le cancer, y compris les survivants à plus long terme, définis ici comme les personnes diagnostiquées il y a 10 ans ou plus.

Dans ce chapitre, les statistiques selon le sexe font référence aux données sexuelles qui sont binaires et attribuées à la naissance. Pour de plus renseignements, consultez [À propos de ce rapport : Statistiques par sexe](#).

Prévalence par sexe et type de cancer

Chez les personnes de l'Ontario qui avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 10 dernières années (depuis 2011), environ 419 355 étaient en vie à la fin de 2020 (à la date d'index du 1^{er} janvier 2021), ce qui représente une proportion de prévalence de 2 839,7 pour 100 000 (**tableau 5.1**).

À la fin de 2020 (à la date d'index du 1^{er} janvier 2021), on estime qu'environ 705 654 personnes (proportion de prévalence de 4 778,4 pour 100 000) vivant en Ontario ont reçu un diagnostic de cancer au cours des 30 années précédentes (depuis 1991). Même si les taux d'incidence globaux du cancer étaient plus élevés chez les hommes, on observait des chiffres de prévalence plus élevés chez les femmes au cours des 10 dernières années (53,1 %) et des 30 dernières années (54,1 %). Voir [chapitre 2 : Incidence du cancer](#). Cet écart reflète en grande partie la prévalence plus élevée des cancers de la thyroïde et du poumon chez les femmes en raison de l'incidence plus élevée du cancer de la thyroïde, qui a un taux de survie élevé, et un taux de survie plus élevé pour le cancer du poumon chez les femmes. Le cancer du sein contribue également à cet écart en raison de son incidence et de son taux de survie élevés chez les femmes.

Tableau 5.1 Prévalence sur dix ans et trente ans par type de cancer et sexe binaire, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – Valeur de prévalence sur 10 ans	Hommes et femmes combinés – Proportion de prévalence sur 10 ans	Hommes et femmes combinés – Valeur de prévalence sur 30 ans	Hommes et femmes combinés – Proportion de prévalence sur 30 ans	Hommes – Valeur de prévalence sur 10 ans	Hommes – Proportion de prévalence sur 10 ans	Hommes – Valeur de prévalence sur 30 ans	Hommes – Proportion de prévalence sur 30 ans	Femmes – Valeur de prévalence sur 10 ans	Femmes – Proportion de prévalence sur 10 ans	Femmes – Valeur de prévalence sur 30 ans	Femmes – Proportion de prévalence sur 30 ans
Tous les cancers	419 355	2 839,7	705 654	4 778,4	196 776	2 696,9	323 725	4 436,8	222 579	2 979,1	381 929	5 112,0
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	3 475	23,5	7 091	48,0	1 932	26,5	3 787	51,9	1 543	20,7	3 304	44,2
Glioblastome	882	6,0	1 067	7,2	516	7,1	617	8,5	366	4,9	450	6,0
Tous les autres gliomes	1 700	11,5	3 459	23,4	932	12,8	1 828	25,1	768	10,3	1 631	21,8
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes†	17 323	117,3	S.O.	S.O.	6 901	94,6	S.O.	S.O.	10 422	139,5	S.O.	S.O.
Méningiomes†	5 556	37,6	S.O.	S.O.	1 572	21,6	S.O.	S.O.	3 984	53,3	S.O.	S.O.
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien†	4 477	30,3	S.O.	S.O.	2 108	28,9	S.O.	S.O.	2 369	31,7	S.O.	S.O.
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	80 486	1 077,3	148 752	1 991,0
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	4 343	58,1	10 458	140,0
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	6 038	80,8	10 794	144,5
Prostate	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	69 130	947,5	128 789	1 765,1	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Testicules	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	3 958	54,3	9 354	128,2	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Utérin	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	21 018	281,3	35 014	468,7
Utérus - de l'endomètre	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	19 957	267,1	32 586	436,2
Utérus - sarcome de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	414	5,5	839	11,2
Colorectal	44 924	304,2	76 260	516,4	24 416	334,6	40 655	557,2	20 508	274,5	35 605	476,6
Colon sauf le rectum	29 707	201,2	50 266	340,4	15 254	209,1	25 310	346,9	14 453	193,5	24 956	334,0
Colon - côté gauche	12 002	81,3	21 693	146,9	6 823	93,5	11 929	163,5	5 179	69,3	9 764	130,7
Colon - côté droit	17 207	116,5	27 090	183,4	8 180	112,1	12 615	172,9	9 027	120,8	14 475	193,7
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	16 200	109,7	27 396	185,5	9 763	133,8	16 186	221,8	6 437	86,2	11 210	150,0
Jonction rectosigmoïdienne	3 853	26,1	7 245	49,1	2 281	31,3	4 121	56,5	1 572	21,0	3 124	41,8
Rectum	12 347	83,6	20 151	136,5	7 482	102,5	12 065	165,4	4 865	65,1	8 086	108,2
Œsophage	1 919	13,0	2 498	16,9	1 468	20,1	1 868	25,6	451	6,0	630	8,4
Œsophage - adénocarcinome	1 242	8,4	1 526	10,3	1 059	14,5	1 306	17,9	183	2,5	220	2,9
Œsophage - carcinome épidermoïde	542	3,7	756	5,1	316	4,3	417	5,7	226	3,0	339	4,5
Foie	3 190	21,6	4 304	29,1	2 288	31,4	3 101	42,5	902	12,1	1 203	16,1
Pancréas	3 520	23,8	4 458	30,2	1 820	24,9	2 249	30,8	1 700	22,8	2 209	29,6
Estomac	5 026	34,0	7 414	50,2	3 090	42,4	4 449	61,0	1 936	25,9	2 965	39,7
Larynx	2 283	15,5	3 898	26,4	1 934	26,5	3 280	45,0	349	4,7	618	8,3
Cavité buccale et pharynx	10 188	69,0	15 846	107,3	7 177	98,4	10 893	149,3	3 011	40,3	4 953	66,3
Lèvre et cavité buccale	313	2,1	422	2,9	256	3,5	334	4,6	57	0,8	88	1,2

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – Valeur de prévalence sur 10 ans	Hommes et femmes combinés – Proportion de prévalence sur 10 ans	Hommes et femmes combinés – Valeur de prévalence sur 30 ans	Hommes et femmes combinés – Proportion de prévalence sur 30 ans	Hommes – Valeur de prévalence sur 10 ans	Hommes – Proportion de prévalence sur 10 ans	Hommes – Valeur de prévalence sur 30 ans	Hommes – Proportion de prévalence sur 30 ans	Femmes – Valeur de prévalence sur 10 ans	Femmes – Proportion de prévalence sur 10 ans	Femmes – Valeur de prévalence sur 30 ans	Femmes – Proportion de prévalence sur 30 ans
Hypopharynx	4 902	33,2	7 848	53,1	3 010	41,3	4 831	66,2	1 892	25,3	3 017	40,4
Nasopharynx	738	5,0	1 491	10,1	512	7,0	998	13,7	226	3,0	493	6,6
Oropharynx	4 076	27,6	5 788	39,2	3 291	45,1	4 557	62,5	785	10,5	1 231	16,5
Thyroïde	27 998	189,6	50 437	341,5	6 753	92,6	10 957	150,2	21 245	284,4	39 480	528,4
Thyroïde - anaplasique	32	0,2	41	0,3	12	0,2	13	0,2	20	0,3	28	0,4
Thyroïde - folliculaire	885	6,0	2 045	13,9	235	3,2	472	6,5	650	8,7	1 573	21,1
Thyroïde - médullaire	288	2,0	575	3,9	117	1,6	212	2,9	171	2,3	363	4,9
Thyroïde - papillaire	26 419	178,9	46 005	311,5	6 274	86,0	9 886	135,5	20 145	269,6	36 119	483,4
Leucémie	13 187	89,3	21 980	148,8	7 776	106,6	12 683	173,8	5 411	72,4	9 297	124,4
Leucémie lymphoblastique aiguë	1 568	10,6	3 500	23,7	901	12,4	1 992	27,3	667	8,9	1 508	20,2
Leucémie monocytaire aiguë	90	0,6	150	1,0	41	0,6	71	1,0	49	0,7	79	1,1
Leucémie aiguë myéloïde	1 776	12,0	2 873	19,5	940	12,9	1 460	20,0	836	11,2	1 413	18,9
Leucémie lymphoïde chronique	6 671	45,2	10 232	69,3	4 091	56,1	6 110	83,7	2 580	34,5	4 122	55,2
Leucémie myéloïde chronique	1 878	12,7	2 998	20,3	1 071	14,7	1 687	23,1	807	10,8	1 311	17,6
Lymphome	28 036	189,9	45 971	311,3	15 297	209,7	24 510	335,9	12 739	170,5	21 461	287,3
Lymphome de Hodgkin	3 403	23,0	7 961	53,9	1 839	25,2	4 184	57,3	1 564	20,9	3 777	50,6
Lymphome non hodgkinien	24 679	167,1	38 078	257,9	13 487	184,9	20 366	279,1	11 192	149,8	17 712	237,1
Lymphome non hodgkinien - extranodal	12 326	83,5	14 792	100,2	6 736	92,3	8 004	109,7	5 590	74,8	6 788	90,9
Lymphome non hodgkinien - nodal	12 362	83,7	23 299	157,8	6 758	92,6	12 373	169,6	5 604	75,0	10 926	146,2
Myélome	6 653	45,1	8 149	55,2	3 621	49,6	4 396	60,3	3 032	40,6	3 753	50,2
Mélanome de la peau	25 083	169,9	43 761	296,3	13 261	181,8	21 799	298,8	11 822	158,2	21 962	294,0
Mélanome (non cutané)	1 069	7,2	1 790	12,1	518	7,1	891	12,2	551	7,4	899	12,0
Mélanome - muqueuse	195	1,3	235	1,6	66	0,9	75	1,0	129	1,7	160	2,1
Mélanome - oculaire	876	5,9	1 557	10,5	452	6,2	816	11,2	424	5,7	741	9,9
Poumon	25 401	172,0	32 602	220,8	10 948	150,1	14 160	194,1	14 453	193,5	18 442	246,8
Poumon - adénocarcinome	12 278	83,1	15 457	104,7	4 720	64,7	5 854	80,2	7 558	101,2	9 603	128,5
Poumon - grandes cellules	346	2,3	545	3,7	181	2,5	277	3,8	165	2,2	268	3,6
Poumon - petites cellules	1 305	8,8	1 634	11,1	565	7,7	722	9,9	740	9,9	912	12,2
Poumon - cellules squameuses	4 440	30,1	5 632	38,1	2 620	35,9	3 377	46,3	1 820	24,4	2 255	30,2
Vessie	11 293	76,5	18 879	127,8	8 902	122,0	14 503	198,8	2 391	32,0	4 376	58,6
Rein	15 724	106,5	24 525	166,1	10 179	139,5	15 270	209,3	5 545	74,2	9 255	123,9

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Remarques :

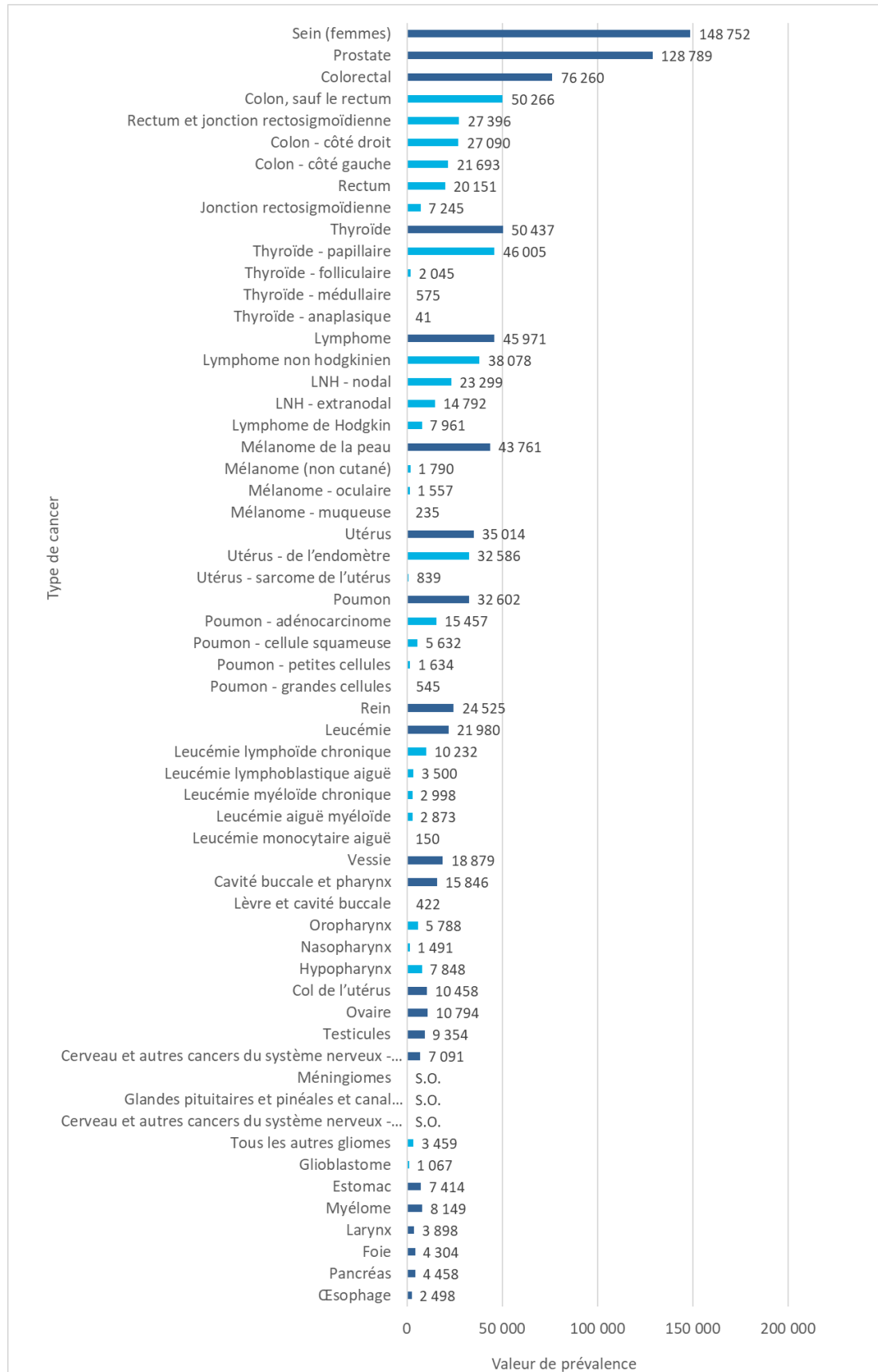
- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer sur le dénombrement des cancers primaires multiples.
- Comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario a commencé à enregistrer systématiquement les tumeurs cérébrales non malignes et d'autres systèmes nerveux à partir de 2010, les valeurs de prévalence pour ces cas sont seulement fournies à partir de 2010 et sont basées sur les règles du Programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux pour le comptage des cancers primaires multiples.
- Les proportions de prévalence sont par 100 000 personnes.
- Les chiffres pour les sous-sièges et les sous-types de cancer peuvent ne pas correspondre au total, car tous les sous-sièges et sous-types ne sont pas inclus.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le cancer du sein chez les femmes a été le principal contributeur à la prévalence sur 30 ans, représentant 148 752 survivantes à la fin de 2020 (**figure 5.1**). Parmi les autres cancers les plus fréquemment diagnostiqués en Ontario, le cancer de la prostate (128 789) et le cancer colorectal (76 260) étaient les types les plus répandus. Le cancer du poumon (32 602 cas) est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué, mais il se classe huitième (en excluant les sous-types et les sous-sites) pour ce qui est de la prévalence en raison de sa faible survie. Il a été dépassé par plusieurs cancers à taux plus élevé de survie, malgré leur incidence annuelle plus faible : cancer de la thyroïde (50 437), lymphome (45 971), mélanome (43 761) et cancer de l'utérus (35 014).

Figure 5.1 Prévalence sur 30 ans par type de cancer, Ontario, 2020



Abréviations :

LMH signifie lymphome malin non hodgkinien

S.O. signifie sans objet

Remarques :

- La prévalence sur 30 ans pour tous les cancers combinés est de 705 654.
- Les valeurs de prévalence sont fondées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles du Centre international de Recherche sur le Cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives au dénombrement des sièges multiples primaires.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Prévalence par âge et type de cancer

Pour tous les cancers combinés chez les hommes et les femmes, la majorité (52,7 %) des cancers prévalents sur 30 ans en Ontario en 2020 étaient chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, suivies des personnes âgées de 80 ans et plus (22,5 %) (**tableau 5.2**). Bien que les hommes aient présenté le même schéma de prévalence du cancer que les hommes et les femmes combinés (25,3 % chez les hommes âgés de 60 à 79 ans; 11,5 % chez les hommes de 80 ans et plus), chez les femmes, la deuxième prévalence la plus élevée était chez les personnes âgées de 40 à 59 ans (13,2 %), suivie des personnes de 80 ans et plus (11,0 %). Modèles notables par groupe d'âge incluent :

- Chez les personnes âgées de 0 à 39 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de vivre avec un diagnostic de cancer en raison de la prévalence plus élevée du cancer du sein, du cancer de la thyroïde et du mélanome chez les femmes de ce groupe d'âge.
- Chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, il y avait presque deux fois plus de femmes vivant avec le cancer que d'hommes. Cette différence était largement liée au cancer du sein chez les femmes. D'autres cancers qui ont fait en sorte qu'un plus grand nombre de femmes de ce groupe d'âge vivent avec un diagnostic de cancer comprennent les cancers de la thyroïde, de l'utérus, du col de l'utérus et de l'ovaire, ainsi que le mélanome.
- Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, il y avait plus de femmes vivant avec un diagnostic de cancer que d'hommes. Cette différence était largement liée à la prévalence plus élevée des cancers du sein, du poumon, de la thyroïde et de l'utérus chez les femmes de ce groupe d'âge.
- Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, il y avait légèrement moins de femmes vivant avec un diagnostic de cancer que d'hommes en raison de la prévalence du cancer de la prostate chez les hommes de ce groupe d'âge. Contrairement aux autres groupes d'âge, la proportion de prévalence dans ce groupe d'âge est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes parce qu'il y a moins d'hommes que de femmes dans ce groupe d'âge en Ontario.

Tableau 5.2 Prévalence sur trente ans par type de cancer, sexe binaire et groupe d'âge, Ontario, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – Nombres (0 à 39 ans)	Hommes et femmes combinés – Proportion (0 à 39 ans)	Hommes et femmes combinés – Nombres (40 à 59 ans)	Hommes et femmes combinés – Proportion (40 à 59 ans)	Hommes et femmes combinés – Nombres (60 à 79 ans)	Hommes et femmes combinés – Proportion (60 à 79 ans)	Hommes et femmes combinés – Nombres (80 ans et plus)	Hommes et femmes combinés – Proportion (80 ans et plus)
Tous les cancers	32 382	445,5	142 736	3 676,0	371 826	12 612,2	158 710	23 755,8
Vessie	75	1,0	1 272	32,8	9 805	332,6	7 727	1 156,6
Cerveau	2 703	37,2	2 137	55,0	1 841	62,5	410	61,4
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Colorectal	698	9,6	10 067	259,3	38 969	1 321,8	26 526	3 970,4
Œsophage	16	0,2	365	9,4	1 561	53,0	556	83,2
Lymphome de Hodgkin	2 813	38,7	3 273	84,3	1 583	53,7	292	43,7
Rein	907	12,5	5 464	140,7	13 709	465,0	4 445	665,3
Larynx	20	0,3	444	11,4	2 339	79,3	1 095	163,9
Leucémie	4 125	56,8	3 689	95,0	9 905	336,0	4 261	637,8
Foie	188	2,6	647	16,7	2 676	90,8	793	118,7
Poumon	218	3,0	3 115	80,2	20 316	689,1	8 953	1 340,1
Mélanome	1 889	26,0	10 687	275,2	22 156	751,5	9 029	1 351,5
Myélome	52	0,7	1 262	32,5	4 772	161,9	2 063	308,8
Lymphome non hodgkinien	2 256	31,0	7 840	201,9	19 865	673,8	8 117	1 215,0
Cavité buccale et pharynx	314	4,3	3 575	92,1	9 408	319,1	2 549	381,5
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Pancréas	101	1,4	913	23,5	2 552	86,6	892	133,5
Prostate	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Estomac	91	1,3	1 198	30,9	3 906	132,5	2 219	332,1
Testicules	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Thyroïde	5 340	73,5	21 860	563,0	19 816	672,2	3 421	512,1
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

Type de cancer	Hommes – Nombres (0 à 39 ans)	Hommes – Proportion (0 à 39 ans)	Hommes – Nombres (40 à 59 ans)	Hommes – Proportion (40 à 59 ans)	Hommes – Nombres (60 à 79 ans)	Hommes – Proportion (60 à 79 ans)	Hommes – Nombres (80 ans et plus)	Hommes – Proportion (80 ans et plus)
Tous les cancers	14 396	387,5	49 463	2 595,2	178 591	12 704,5	81 275	30 150,4
Vessie	43	1,2	952	50,0	7 699	547,7	5 809	2 155,0
Cerveau	1 505	40,5	1 141	59,9	961	68,4	180	66,8
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Colorectal	365	9,8	5 451	286,0	22 064	1 569,6	12 775	4 739,1
Œsophage	**	**	290†	15,2	1 194	84,9	373	138,4
Lymphome de Hodgkin	1 446	38,9	1 705	89,5	887	63,1	146	54,2
Rein	456	12,3	3 544	185,9	8 729	621,0	2 541	942,6
Larynx	9	0,2	349	18,3	1 995	141,9	927	343,9
Leucémie	2 323	62,5	2 119	111,2	6 017	428,0	2 224	825,0
Foie	115	3,1	449	23,6	2 034	144,7	503	186,6
Poumon	94	2,5	1 245	65,3	8 712	619,8	4 109	1 524,3
Mélanome	639	17,2	4 488	235,5	11 747	835,7	4 925	1 827,0
Myélome	27	0,7	692	36,3	2 637	187,6	1 040	385,8
Lymphome non hodgkinien	1 367	36,8	4 399	230,8	10 755	765,1	3 845	1 426,4
Cavité buccale et pharynx	179	4,8	2 490	130,6	6 775	482,0	1 449	537,5
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Pancréas	40	1,1	458	24,0	1 329	94,5	422	156,6
Prostate	11	0,3	6 343	332,8	80 116	5 699,3	42 319	15 699,0
Estomac	38	1,0	677	35,5	2 434	173,2	1 300	482,3
Testicules	2 771	74,6	4 894	256,8	1 594	113,4	95	35,2
Thyroïde	1 066	28,7	4 341	227,8	4 729	336,4	821	304,6
Utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

Type de cancer	Femmes – Nombres (0 à 39 ans)	Femmes – Proportion (0 à 39 ans)	Femmes – Nombres (40 à 59 ans)	Femmes – Proportion (40 à 59 ans)	Femmes – Nombres (60 à 79 ans)	Femmes – Proportion (60 à 79 ans)	Femmes – Nombres (80 ans et plus)	Femmes – Proportion (80 ans et plus)
Tous les cancers	17 986	506,2	93 273	4 718,0	193 235	12 528,1	77 435	19 430,5
Vessie	32	0,9	320	16,2	2 106	136,5	1 918	481,3
Cerveau	1 198	33,7	996	50,4	880	57,1	230	57,7
Sein (femmes)	2 011	56,6	34 447	1 742,4	81 738	5 299,4	30 556	7 667,3
Col de l'utérus	981	27,6	4 864	246,0	3 884	251,8	729	182,9
Colorectal	333	9,4	4 616	233,5	16 905	1 096,0	13 751	3 450,5
Œsophage	**	**	75†	3,8	367	23,8	183	45,9
Lymphome de Hodgkin	1 367	38,5	1 568	79,3	696	45,1	146	36,6
Rein	451	12,7	1 920	97,1	4 980	322,9	1 904	477,8
Larynx	11	0,3	95	4,8	344	22,3	168	42,2
Leucémie	1 802	50,7	1 570	79,4	3 888	252,1	2 037	511,1
Foie	73	2,1	198	10,0	642	41,6	290	72,8
Poumon	124	3,5	1 870	94,6	11 604	752,3	4 844	1 215,5
Mélanome	1 250	35,2	6 199	313,6	10 409	674,9	4 104	1 029,8
Myélome	25	0,7	570	28,8	2 135	138,4	1 023	256,7
Lymphome non hodgkinien	889	25,0	3 441	174,1	9 110	590,6	4 272	1 072,0
Cavité buccale et pharynx	135	3,8	1 085	54,9	2 633	170,7	1 100	276,0
Ovaire	710	20,0	3 214	162,6	5 337	346,0	1 533	384,7
Pancréas	61	1,7	455	23,0	1 223	79,3	470	117,9
Prostate	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Estomac	53	1,5	521	26,4	1 472	95,4	919	230,6
Testicules	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Thyroïde	4 274	120,3	17 519	886,2	15 087	978,1	2 600	652,4
Utérus	286	8,1	5 865	296,7	21 802	1 413,5	7 061	1 771,8

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Symboles :

**Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six.

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité, et la proportion associée a été ajustée pour tenir compte du nombre arrondi

Remarques :

- Les chiffres de prévalence sont basés sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer sur le dénombrement des cancers primaires multiples.
- Les proportions de prévalence sont par 100 000 personnes.

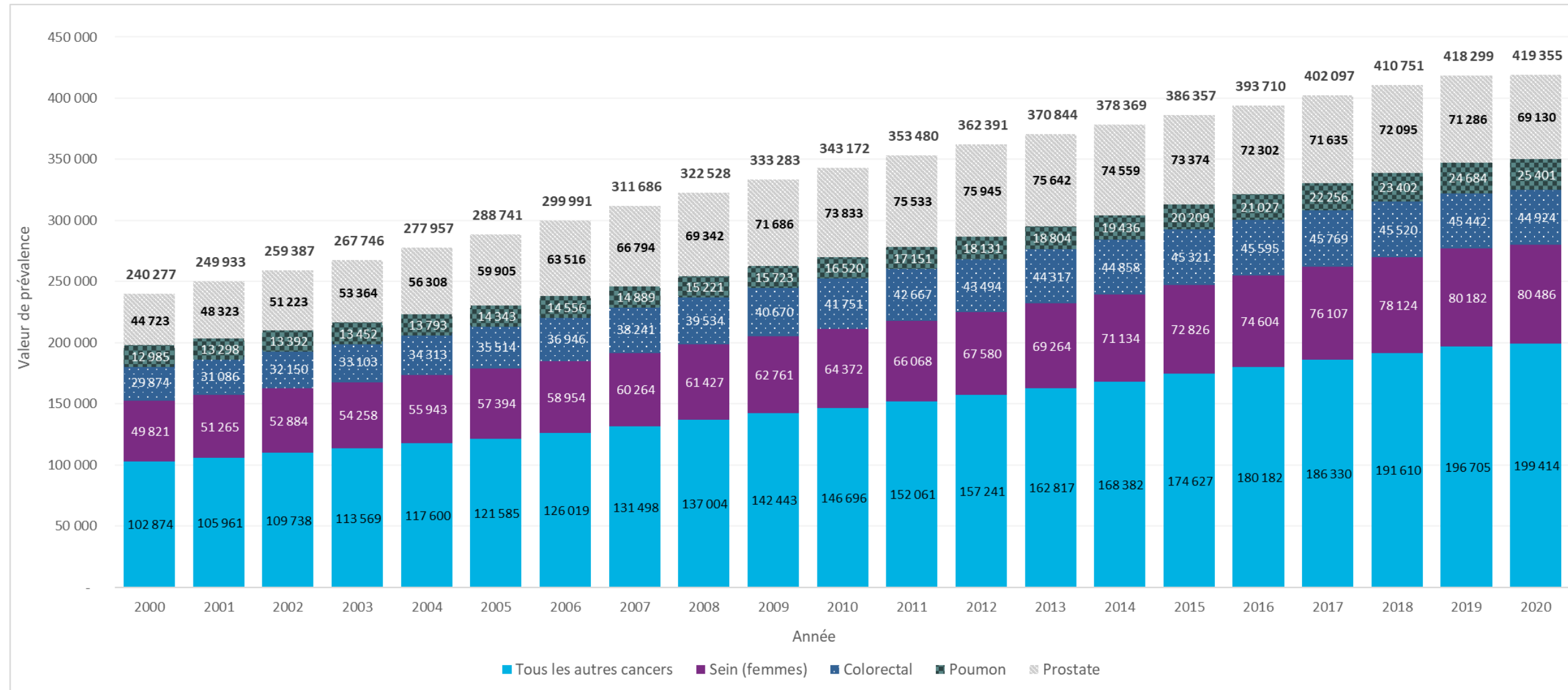
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Tendances de la prévalence par sexe et type de cancer

Les augmentations au fil du temps des dénombrements de la prévalence sur 10 ans pour les cancers les plus courants, tous les cancers combinés et tous les autres cancers sont présentés dans la **figure 5.2**. La croissance des taux de prévalence au fil du temps est attendue et est en partie attribuable à l'augmentation des nouveaux cas de cancer en raison de l'accroissement et du vieillissement de la population. Les augmentations les plus élevées des dénombrements de prévalence par type de cancer ont été observées pour le cancer du sein chez les femmes et le cancer de la prostate, qui ont certains des taux de survie les plus élevés, tandis que les augmentations les plus faibles ont été observées pour le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Figure 5.2 Dénombrement de la prévalence sur 10 ans par type de cancer, Ontario, de 2000 à 2020



Remarque :

- Les valeurs de prévalence sont fondées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles du Centre international de Recherche sur le Cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives au dénombrement des sièges multiples primaires.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Pour les hommes et les femmes combinés, le dénombrement de la prévalence sur 10 ans pour la plupart des types de cancer (à l'exclusion des sous-sites) a augmenté chaque décennie entre 2000, 2010 et 2020 (**tableau 5.3**). Les exceptions comprennent les cancers malins du cerveau, du col de l'utérus, de la prostate, du larynx et de la vessie. Pour ces types de cancer, il y avait des changements minimes ou une diminution sur 10 ans de la prévalence entre les périodes.

- Alors que la prévalence du cancer du cerveau malin a augmenté au fil du temps chez les hommes, la prévalence a légèrement diminué chez les femmes de 2010 à 2020.
- Chez les hommes et les femmes, la prévalence du cancer du larynx est restée stable au fil du temps.
- Chez les hommes, la prévalence du cancer de la prostate a diminué de 2010 à 2020 après une forte augmentation de 2000 à 2010.
- Chez les femmes, la prévalence des cancers du col de l'utérus et de la vessie a très peu changé au fil du temps.

Tableau 5.3 Prévalence sur dix ans par type de cancer, sexe binaire et période de temps, Ontario, 2000, 2010, 2020

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – valeur (2000)	Hommes et femmes combinés – proportion (2000)	Hommes et femmes combinés – valeur (2010)	Hommes et femmes combinés – proportion (2010)	Hommes et femmes combinés – valeur (2020)	Hommes et femmes combinés – proportion (2020)	Hommes – valeur (2000)	Hommes – proportion (2000)	Hommes – valeur (2010)	Hommes – proportion (2010)	Hommes – valeur (2020)	Hommes – proportion (2020)	Femmes – valeur (2000)	Femmes – proportion (2000)	Femmes – valeur (2010)	Femmes – proportion (2010)	Femmes – valeur (2020)	Femmes – proportion (2020)
Tous les cancers	240 277	2 037,9	343 172	2 600,1	419 355	2 839,7	116 102	1 993,6	170 713	2 633,2	196 776	2 696,9	124 175	2 081,2	172 459	2 568,1	222 579	2 979,1
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs malignes	3 034	25,7	3 567	27,0	3 475	23,5	1 596	27,4	1 881	29,0	1 932	26,5	1 438	24,1	1 686	25,1	1 543	20,7
Glioblastome	394	3,3	610	4,6	882	6,0	219	3,8	358	5,5	516	7,1	175	2,9	252	3,8	366	4,9
Tous les autres gliomes	1 382	11,7	1 633	12,4	1 700	11,5	753	12,9	854	13,2	932	12,8	629	10,5	779	11,6	768	10,3
Cerveau et autres cancers du système nerveux - tumeurs non malignes†	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	17 323	117,3	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	6 901	94,6	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	10 422	139,5
Méningiomes†	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	5 556	37,6	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	1 572	21,6	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	3 984	53,3
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien†	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	4 477	30,3	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 108	28,9	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 369	31,7
Sein (femmes)	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	49 821	835,0	64 372	958,6	80 486	1 077,3
Col de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	4 087	68,5	4 060	60,5	4 343	58,1
Ovaire	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	3 968	66,5	5 269	78,5	6 038	80,8
Prostate	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	44 723	767,9	73 833	1 138,9	69 130	947,5	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Testicules	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	2 624	45,1	3 255	50,2	3 958	54,3	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Utérin	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	9 202	154,2	13 338	198,6	21 018	281,3
Utérus - de l'endomètre	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	8 138	136,4	12 196	181,6	19 957	267,1
Utérus - sarcome de l'utérus	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	290	4,9	380	5,7	414	5,5
Colorectal	29 874	253,4	41 751	316,3	44 924	304,2	15 521	266,5	22 609	348,7	24 416	334,6	14 353	240,6	19 142	285,0	20 508	274,5

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – valeur (2000)	Hommes et femmes combinés – proportion (2000)	Hommes et femmes combinés – valeur (2010)	Hommes et femmes combinés – proportion (2010)	Hommes et femmes combinés – valeur (2020)	Hommes et femmes combinés – proportion (2020)	Hommes – valeur (2000)	Hommes – proportion (2000)	Hommes – valeur (2010)	Hommes – proportion (2010)	Hommes – valeur (2020)	Hommes – proportion (2020)	Femmes – valeur (2000)	Femmes – proportion (2000)	Femmes – valeur (2010)	Femmes – proportion (2010)	Femmes – valeur (2020)	Femmes – proportion (2020)
Colon sauf le rectum	20 031	169,9	27 682	209,7	29 707	201,2	9 698	166,5	14 090	217,3	15 254	209,1	10 333	173,2	13 592	202,4	14 453	193,5
Colon - côté gauche	8 617	73,1	12 091	91,6	12 002	81,3	4 613	79,2	6 847	105,6	6 823	93,5	4 004	67,1	5 244	78,1	5 179	69,3
Colon - côté droit	10 150	86,1	14 589	110,5	17 207	116,5	4 446	76,3	6 692	103,2	8 180	112,1	5 704	95,6	7 897	117,6	9 027	120,8
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	10 021	85,0	14 386	109,0	16 200	109,7	5 917	101,6	8 713	134,4	9 763	133,8	4 104	68,8	5 673	84,5	6 437	86,2
Jonction rectosigmoïdienne	3 355	28,5	4 221	32,0	3 853	26,1	1 905	32,7	2 441	37,7	2 281	31,3	1 450	24,3	1 780	26,5	1 572	21,0
Rectum	6 666	56,5	10 165	77,0	12 347	83,6	4 012	68,9	6 272	96,7	7 482	102,5	2 654	44,5	3 893	58,0	4 865	65,1
Œsophage	905	7,7	1 326	10,1	1 919	13,0	615	10,6	976	15,1	1 468	20,1	290	4,9	350	5,2	451	6,0
Œsophage - adénocarcinome	377	3,2	740	5,6	1 242	8,4	312	5,4	638	9,8	1 059	14,5	65	1,1	102	1,5	183	2,5
Œsophage - carcinome épidermoïde	430	3,7	455	3,5	542	3,7	249	4,3	250	3,9	316	4,3	181	3,0	205	3,1	226	3,0
Foie	777	6,6	1 921	14,6	3 190	21,6	536	9,2	1 431	22,1	2 288	31,4	241	4,0	490	7,3	902	12,1
Pancréas	1 231	10,4	1 838	13,9	3 520	23,8	608	10,4	871	13,4	1 820	24,9	623	10,4	967	14,4	1 700	22,8
Estomac	2 596	22,0	3 447	26,1	5 026	34,0	1 614	27,7	2 074	32,0	3 090	42,4	982	16,5	1 373	20,5	1 936	25,9
Larynx	2 339	19,8	2 315	17,5	2 283	15,5	1 950	33,5	1 954	30,1	1 934	26,5	389	6,5	361	5,4	349	4,7
Cavité buccale et pharynx	5 702	48,4	7 102	53,8	10 188	69,0	3 867	66,4	4 839	74,6	7 177	98,4	1 835	30,8	2 263	33,7	3 011	40,3
Lèvre et cavité buccale	253	2,2	290	2,2	313	2,1	205	3,5	231	3,6	256	3,5	48	0,8	59	0,9	57	0,8
Hypopharynx	3 308	28,1	3 592	27,2	4 902	33,2	2 205	37,9	2 258	34,8	3 010	41,3	1 103	18,5	1 334	19,9	1 892	25,3
Nasopharynx	554	4,7	683	5,2	738	5,0	381	6,5	456	7,0	512	7,0	173	2,9	227	3,4	226	3,0
Oropharynx	1 242	10,5	2 286	17,3	4 076	27,6	870	14,9	1 738	26,8	3 291	45,1	372	6,2	548	8,2	785	10,5
Thyroïde	6 880	58,4	18 349	139,0	27 998	189,6	1 498	25,7	3 618	55,8	6 753	92,6	5 382	90,2	14 731	219,4	21 245	284,4

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – valeur (2000)	Hommes et femmes combinés – proportion (2000)	Hommes et femmes combinés – valeur (2010)	Hommes et femmes combinés – proportion (2010)	Hommes et femmes combinés – valeur (2020)	Hommes et femmes combinés – proportion (2020)	Hommes – valeur (2000)	Hommes – proportion (2000)	Hommes – valeur (2010)	Hommes – proportion (2010)	Hommes – valeur (2020)	Hommes – proportion (2020)	Femmes – valeur (2000)	Femmes – proportion (2000)	Femmes – valeur (2010)	Femmes – proportion (2010)	Femmes – valeur (2020)	Femmes – proportion (2020)
Thyroïde - anaplasique	20†	0,2	20†	0,2	32	0,2	**	**	0	0,0	12	0,2	10	0,2	10	0,2	20	0,3
Thyroïde - folliculaire	682	5,8	816	6,2	885	6,0	162	2,8	189	2,9	235	3,2	520	8,7	627	9,3	650	8,7
Thyroïde - médullaire	149	1,3	231	1,8	288	2,0	55	0,9	88	1,4	117	1,6	94	1,6	143	2,1	171	2,3
Thyroïde - papillaire	5 497	46,6	16 169	122,5	26 419	178,9	1 163	20,0	3 123	48,2	6 274	86,0	4 334	72,6	13 046	194,3	20 145	269,6
Leucémie	6 452	54,7	10 452	79,2	13 187	89,3	3 655	62,8	6 046	93,3	7 776	106,6	2 797	46,9	4 406	65,6	5 411	72,4
Leucémie lymphoblastique aiguë	940	8,0	1 250	9,5	1 568	10,6	531	9,1	715	11,0	901	12,4	409	6,9	535	8,0	667	8,9
Leucémie monocyttaire aiguë	46	0,4	65	0,5	90	0,6	24	0,4	36	0,6	41	0,6	22	0,4	29	0,4	49	0,7
Leucémie aiguë myéloïde	785	6,7	1 195	9,1	1 776	12,0	377	6,5	608	9,4	940	12,9	408	6,8	587	8,7	836	11,2
Leucémie lymphoïde chronique	3 193	27,1	5 665	42,9	6 671	45,2	1 834	31,5	3 375	52,1	4 091	56,1	1 359	22,8	2 290	34,1	2 580	34,5
Leucémie myéloïde chronique	740	6,3	1 225	9,3	1 878	12,7	447	7,7	655	10,1	1 071	14,7	293	4,9	570	8,5	807	10,8
Lymphome	12 524	106,2	18 672	141,5	28 036	189,9	6 470	111,1	9 815	151,4	15 297	209,7	6 054	101,5	8 857	131,9	12 739	170,5
Lymphome de Hodgkin	2 700	22,9	2 937	22,3	3 403	23,0	1 457	25,0	1 552	23,9	1 839	25,2	1 243	20,8	1 385	20,6	1 564	20,9
Lymphome non hodgkinien	9 825	83,3	15 743	119,3	24 679	167,1	5 014	86,1	8 265	127,5	13 487	184,9	4 811	80,6	7 478	111,4	11 192	149,8
Lymphome non hodgkinien - extranodal	925	7,9	3 221	24,4	12 326	83,5	491	8,4	1 700	26,2	6 736	92,3	434	7,3	1 521	22,7	5 590	74,8
Lymphome non hodgkinien - nodal	8 900	75,5	12 525	94,9	12 362	83,7	4 523	77,7	6 568	101,3	6 758	92,6	4 377	73,4	5 957	88,7	5 604	75,0
Myélome	2 345	19,9	3 590	27,2	6 653	45,1	1 195	20,5	1 974	30,5	3 621	49,6	1 150	19,3	1 616	24,1	3 032	40,6
Mélanome de la peau	11 082	94,0	17 199	130,3	25 083	169,9	5 498	94,4	8 727	134,6	13 261	181,8	5 584	93,6	8 472	126,2	11 822	158,2

Type de cancer	Hommes et femmes combinés – valeur (2000)	Hommes et femmes combinés – proportion (2000)	Hommes et femmes combinés – valeur (2010)	Hommes et femmes combinés – proportion (2010)	Hommes et femmes combinés – valeur (2020)	Hommes et femmes combinés – proportion (2020)	Hommes – valeur (2000)	Hommes – proportion (2000)	Hommes – valeur (2010)	Hommes – proportion (2010)	Hommes – valeur (2020)	Hommes – proportion (2020)	Femmes – valeur (2000)	Femmes – proportion (2000)	Femmes – valeur (2010)	Femmes – proportion (2010)	Femmes – valeur (2020)	Femmes – proportion (2020)
Mélanome (non cutané)	628	5,3	763	5,8	1 069	7,2	311	5,3	377	5,8	518	7,1	317	5,3	386	5,8	551	7,4
Mélanome - muqueuse	42	0,4	85	0,6	195	1,3	6	0,1	18	0,3	66	0,9	36	0,6	67	1,0	129	1,7
Mélanome - oculaire	586	5,0	678	5,1	876	5,9	305	5,2	359	5,5	452	6,2	281	4,7	319	4,8	424	5,7
Poumon	12 985	110,1	16 520	125,2	25 401	172,0	7 005	120,3	7 849	121,1	10 948	150,1	5 980	100,2	8 671	129,1	14 453	193,5
Poumon - adénocarcinome	4 868	41,3	6 931	52,5	12 278	83,1	2 226	38,2	2 743	42,3	4 720	64,7	2 642	44,3	4 188	62,4	7 558	101,2
Poumon - grandes cellules	528	4,5	404	3,1	346	2,3	279	4,8	209	3,2	181	2,5	249	4,2	195	2,9	165	2,2
Poumon - petites cellules	1 003	8,5	1 107	8,4	1 305	8,8	520	8,9	542	8,4	565	7,7	483	8,1	565	8,4	740	9,9
Poumon - cellules squameuses	3 147	26,7	3 271	24,8	4 440	30,1	2 125	36,5	2 089	32,2	2 620	35,9	1 022	17,1	1 182	17,6	1 820	24,4
Vessie	9 875	83,8	11 063	83,8	11 293	76,5	7 415	127,3	8 466	130,6	8 902	122,0	2 460	41,2	2 597	38,7	2 391	32,0
Rein	6 192	52,5	9 882	74,9	15 724	106,5	3 659	62,8	5 949	91,8	10 179	139,5	2 533	42,5	3 933	58,6	5 545	74,2

Abréviation : S.O. signifie sans objet

Symboles :

**Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six.

†Le nombre a été arrondi pour assurer la confidentialité, et la proportion associée a été ajustée pour tenir compte du nombre arrondi

Remarques :

- Les chiffres de prévalence sont basés sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer sur le dénombrement des cancers primaires multiples.
- Comme le Registre des cas de cancer de l'Ontario a commencé à enregistrer systématiquement les tumeurs cérébrales non malignes et d'autres systèmes nerveux à partir de 2010, les valeurs de prévalence pour ces cas sont seulement fournies à partir de 2010 et sont basées sur les règles du Programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux pour le comptage des cancers primaires multiples.
- Les proportions de prévalence sont par 100 000 personnes.
- Les valeurs pour les sous-sièges et les sous-types de cancer peuvent ne pas correspondre au total, car tous les sous-sièges et sous-types ne sont pas inclus.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Annexe 1 : Sources de données

Le Registre des cas de cancer de l'Ontario, géré par Santé Ontario (Action Cancer Ontario), est la principale source de données pour le présent rapport. D'autres sources de données sont indiquées en bas de page des tableaux et des figures. Le Registre des cas de cancer de l'Ontario vise à recueillir, à analyser et à diffuser en temps opportun des renseignements de grande qualité décrivant les cas de cancer diagnostiqués chez les personnes en Ontario. Les termes binaires de sexe féminin et masculin utilisés dans ce rapport font référence aux sexes qui sont enregistrés par le Registre des cas de cancer de l'Ontario et ne saisissent donc pas toutes les identités de genre (voir [À propos de ce rapport : Statistiques par sexe](#) pour obtenir de plus amples renseignements).

Le Registre est une base de données dynamique; de nouveaux renseignements sur les cas et des mises à jour sur les cas passés peuvent être ajoutés tout au long de l'année. Par conséquent, les résultats des analyses varient en fonction du moment où les données sont extraites du Registre.

Les dossiers du Registre des cas de cancer de l'Ontario sont créés à partir de données recueillies à des fins autres que l'enregistrement des cas de cancer. Ces renseignements proviennent de diverses bases de données administratives, de rapports de laboratoire et de dossiers cliniques. Quatre sources principales sont utilisées pour générer des dossiers de cas dans le registre :

- Des rapports de pathologie provinciaux des laboratoires des hôpitaux publics et des laboratoires privés de l'Ontario;
- Des bases de données des rapports d'activité, contenant des données des 14 centres régionaux de cancérologie de l'Ontario et de leurs hôpitaux associés, pour certains traitements systémiques et toutes les radiothérapies.
- Les 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)
- Les données sur les causes de décès provenant du Bureau du registraire général de l'Ontario au sein du ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC), également connu sous le nom de ministère des Services au public et aux entreprises et de l'Approvisionnement.

La protection des informations confidentielles 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, jusqu'à la recherche et la production de rapports – sont régies par la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*(161). Cette loi ontarienne régit la collecte et l'utilisation des données, ainsi que la divulgation des renseignements personnels sur la santé. La loi désigne Santé Ontario comme une entité prescrite et autorise l'organisation à recueillir, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels sur la santé aux fins de la gestion et de la planification du système de santé de l'Ontario. Veuillez consulter notre Énoncé sur les pratiques relatives aux renseignements pour plus obtenir d'autres détails.

Qualité des données

Certificats de décès uniquement et cas confirmés au microscope

Le **tableau A.1** présente le pourcentage de cas du Registre des cas de cancer de l'Ontario diagnostiqués sur la base d'un certificat de décès uniquement et le pourcentage confirmé au microscope.

Dans l'ensemble, 1,4 % des cas diagnostiqués en 2020 était basé uniquement sur un certificat de décès uniquement. Le pourcentage variait de 0,2 % pour le mélanome à 4,6 % pour le cancer du pancréas.

Pour tous les cancers confondus, 89,6 % des cas ont été confirmés au microscope. Ce chiffre est légèrement inférieur à la recommandation du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux, selon laquelle au moins 93 % des cas confirmés au microscope⁽¹⁶²⁾. Le pourcentage de cas confirmés au microscope variait de 57,7 % pour le cancer du foie à 98,9 % pour le cancer de la thyroïde.

Tableau A.1 Cas confirmés par certificat de décès uniquement et cas confirmés par microscopie par type de cancer, Registre des cas de cancer de l'Ontario, 2020

Type de cancer	Certificat de décès seulement – nombre de cas	Certificat de décès seulement – % des cas	Confirmé par microscopie – nombre de cas	Confirmé par microscopie – % des cas
Tous les cancers	1 018	1,4	70 547	89,6
Vessie	36	0,9	3 769	97,3
Cerveau	32	2,7	985	82,0
Sein	64	0,6	10 485	98,1
Col de l'utérus	**	**	591	97,8
Colorectal	163	2,0	7 397	92,4
Œsophage	17	1,8	864	92,4
Lymphome de Hodgkin	**	**	406	92,5
Rein	42	1,8	2 164	90,7
Larynx	**	**	374	94,9
Leucémie	19	0,8	1 929	82,6
Foie	45	3,3	776	57,7
Poumon	278	2,8	8 238	82,0
Mélanome	8	0,2	3 346	97,1
Myélome	16	1,2	868	64,0
Lymphome non hodgkinien	32	0,8	3 342	83,1
Cavité buccale et pharynx	27	1,4	1 784	93,2
Ovaire	18	1,4	1 137	89,1
Pancréas	107	4,6	1 701	72,5
Prostate	54	0,7	7 098	94,4
Estomac	26	1,7	1 445	92,9
Testicules	**	**	434	96,0
Thyroïde	8	0,3	2 380	98,9
Utérus	16	0,5	2 852	97,4

Symbole : **Supprimé en raison d'un faible nombre de cas inférieur à six

Analyse par : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Rapport d'incidence et de mortalité

Le rapport de taux d'incidence et de mortalité normalisé selon l'âge permet de déterminer les zones de sous-couverture dans un registre du cancer. Le rapport d'incidence et de mortalité pour le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour 2020 était de 2,7:1 (**tableau A.2**). Ce rapport est conforme au rapport recommandé d'au moins 2,3:1 du Partenariat canadien contre le cancer(162), avec des variations selon le type de cancer. Un rapport d'incidence et de mortalité inférieur au niveau recommandé peut indiquer un enregistrement incomplet des cas.

Tableau A.2 Rapport incidence/mortalité normalisé selon l'âge par type de cancer, Ontario, 2020

Type de cancer	Rapport I/M
Tous les cancers	2,7
Vessie	4,8
Cerveau	1,3
Sein	5,9
Col de l'utérus	4,2
Colorectal	2,7
Œsophage	1,1
Lymphome de Hodgkin	10,5
Rein	4,2
Larynx	2,6
Leucémie	2,2
Foie	1,0
Poumon	1,5
Mélanome	6,8
Myélome	2,5
Lymphome non hodgkinien	3,6
Cavité buccale et pharynx	3,5
Ovaire	2,0
Pancréas	1,2
Prostate	4,0
Estomac	2,0
Testicules	17,7
Thyroïde	33,3
Utérus	5,5

Abréviation : I signifie incidence et M signifie mortalité

Remarque :

- Le rapport I/M est le rapport du taux d'incidence normalisé selon l'âge au taux de mortalité normalisé selon l'âge.

Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario [incidence (décembre 2022) et mortalité (décembre 2022)], Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Complétude des éléments de données

Tous les indicateurs de qualité des données ont satisfait aux exigences minimales de la ligne directrice du Registre canadien du cancer, qui est la norme de certification Or (c.-à-d. la plus élevée) de la North American Association of Central Cancer Registries, et de la ligne directrice du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux.

- Les taux de saisie des stades dans l'ensemble et pour la stadification collaborative 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 2020.
- Aucun cas ne manquait d'informations sur l'âge au moment du diagnostic, l'âge au moment du décès ou le sexe, respectant ainsi la norme de la North American Association of Central Cancer Registries, à savoir un maximum de 2 % ou moins. En outre, 0,01 % des cas étaient répertoriés comme vivants avec un âge actuel supérieur à 100 ans et aucun cas n'était répertorié comme étant décédé avec une date de décès manquante.
- Les codes postaux étaient manquants pour 2,1 % des cas, ce qui est inférieur au seuil de 5 % fixé par le Registre canadien du cancer pour cet indicateur.
- Le pourcentage de 2 % de cas dont le siège primitif est inconnu (C80.9) respectait également le seuil de moins de 2,3 % de la norme du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux (SEER).

En 2020, 89 % des rapports synoptiques discrets de pathologie du cancer comportaient tous les éléments obligatoires conformément à la liste de contrôle électronique sur le cancer du College of American Pathologists.

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 de soutien sont considérés comme étant plus complets et plus crédibles. Le pourcentage élevé de morphologie inconnue soulève des inquiétudes quant à la qualité des données et à leur collecte. Le **tableau A.3** présente d'autres mesures de la qualité des données liées à l'exhaustivité de l'enregistrement des cas dans le Registre du cancer de l'Ontario.

Tableau A.3 Estimations de l'exhaustivité des éléments de données, Registre des cas de cancer de l'Ontario, 2020

Mesure	Valeur
Nombre moyen de sources/notifications par cas	15,5
Cas dont le siège primaire de cancer est inconnu	2,0 %
Cas avec morphologie inconnue†	7,0 %
Cas dont le stade était déterminé, tous les incidents (dont le stade pouvait être déterminé)‡	92,0 % (94,5 %)
Exhaustivité de la collecte de données du Registre des cas de cancer de l'Ontario‡	91,3 %
Rapports de pathologie synoptiques avec éléments obligatoires	89,0 %
Cas sans âge au moment du diagnostic/décès	0,0 %
Cas sans sexe	0,0 %
Cas sans code postal au moment du diagnostic	2,1 %
Patients inscrits comme vivant avec un âge actuel supérieur à 100	0,01 %
Patients répertoriés comme décédés sans date de décès	0,0 %

Symboles :

†Histologie entre 8000 et 8005 (sans autre indication)

‡Pour les cancers du poumon, du sein (chez les femmes), colorectaux, du col de l'utérus et de la prostate seulement.

Remarques :

- Les estimations concernent tous les cas de tumeurs malignes et de tumeurs in situ de la vessie, sauf indication contraire.
- Le nombre total de cas est de 78 776 et représente 75 094 personnes.

Analyse par : Registre des cas de cancer de l'Ontario, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source de données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2022), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Données démographiques

Données démographiques utilisées pour les analyses

Dans ce rapport, les données démographiques de l'Ontario utilisées comme dénominateurs pour les analyses pertinentes jusqu'en 2020 proviennent de Statistique Canada (tableau 17-10-0005-01 basé sur les estimations de la population du Recensement de 2016 publiées le 1^{er} juillet 2022)(163). Sauf indication contraire, les données démographiques utilisées comme dénominateurs pour les projections de cancer (pour les années 2021 à 2024) proviennent du ministère des Finances de l'Ontario (publication du printemps 2021)(164).

Pour le [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#), les données démographiques de l'Ontario utilisées comme dénominateurs pour les analyses pertinentes pour les années 2019 à 2022 proviennent de Statistique Canada (tableau 17-10-0005-01 basé sur les estimations de la population du Recensement de 2021 publiées le 21 décembre 2022)(163).

Données de population utilisées pour la normalisation selon l'âge

La population utilisée dans ce rapport pour la normalisation selon l'âge est la population type canadienne de 2011 (tableau A.4), qui est fondée sur le Recensement de 2011 de Statistique Canada.

Les rapports de surveillance d'Action Cancer Ontario publiés avant 2016 utilisaient la population type canadienne de 1991. Par conséquent, il n'est pas recommandé de comparer les taux normalisés selon l'âge dans ce rapport avec les taux des rapports précédents.

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 plus proches du taux brut (c.-à-d. le taux non ajusté pour la distribution par âge).

Tableau A.4 Chiffres de population de la population canadienne en 2011 utilisés pour les taux normalisés selon l'âge par groupe d'âge, Canada, 2011

Groupe d'âge (en années)	Population
0 à 4 ans	1 899 064
5 à 9 ans	1 810 433
10 à 14	1 918 164
15 à 19 ans	2 238 952
20 à 24 ans	2 354 354
25 à 29 ans	2 369 841
30 à 34 ans	2 327 955
35 à 39 ans	2 273 087
40 à 44 ans	2 385 918
45 à 49 ans	2 719 909
50 à 54 ans	2 691 260
55 à 59 ans	2 353 090
60 à 64 ans	2 050 443
65 à 69 ans	1 532 940
70 à 74 ans	1 153 822
75 à 79 ans	919 338
80 à 84 ans	701 140
85 ans 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 (y compris l'ajustement pour les réserves autochtones partiellement dénombrées) et les composantes de la croissance démographique qui ont eu lieu depuis ce recensement. Les estimations intercensitaires utilisent les dénombrements de deux recensements consécutifs ajustés pour tenir compte du sous-dénombrement net du recensement (y compris les réserves autochtones partiellement dénombrées et les estimations postcensitaires).

Source de données : Statistique Canada. Canada, 1er juillet 2011 Population par groupe d'âge (les deux sexes combinés). (https://www.statcan.gc.ca/fr/programmes-statistiques/document/3207_D12_V4).

Groupe de sites de cancer

Le Registre des cas de cancer de l'Ontario donne des codes aux cas de cancer en utilisant la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^e édition (CIM-O-3)(20). Les décès figurant au Registre des cas de cancer sont fondés sur la 10^e édition de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)(165).

Dans ce rapport, les sites de cancer sont regroupés selon les systèmes de recodage du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux, avec quelques exceptions(166). Dans ces exceptions, les groupes de cancers ont été redéfinis afin d'être plus pertinents sur le plan clinique ou de correspondre aux définitions utilisées par d'autres systèmes de surveillance du cancer. La liste complète des définitions et des groupes de cancers utilisés dans ce rapport se trouve dans le **tableau A.5**.

Tableau A.5A Définitions pour l'incidence du cancer

Type de cancer : nom court/nom complet	Siège CIM-O-3 et code d'histologie
Vessie/vessie urinaire	C67
Cerveau/cerveau et autres cancers du système nerveux	C70-C72, C75.1-C75.3
Glioblastome	C71 avec histologies 9440, 9441, 9442
Tous les autres gliomes	C71 avec histologies 9380 à 9385, 9391 à 9439, 9443 à 9444, 9446 à 9460
Méningiomes	C70.0 à C70.1, C70.9 avec les histologies 9530 à 9534, 9537 à 9539
Glandes pituitaires et pinéales et canal crâniopharyngien	C75.1 à C75.3
Sein (femmes)	C50
Col de l'utérus	C53
Colorectal/colon et rectum	C18.0, C18.2 à C20, C26.0
Colon/colon sauf le rectum	C18.0, C18.2 à C18.9
Côté gauche du colon	C18.5, C18.6, C18.7
Côté droit du colon	C18.0, C18.2, C18.3, C18.4
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	C19.9, C20.9
Jonction rectosigmoïdienne	C19.9
Rectum	C20.9
Œsophage	C15
Œsophage - adénocarcinome	C15 avec les histologies 8140 à 8573
Œsophage - carcinome épidermoïde	C15 avec les histologies 8050 à 8082
Rein	C64.9
Larynx	C32

Type de cancer : nom court/nom complet	Siège CIM-O-3 et code d'histologie
Leucémie	C42.0, C42.1, C42.4 avec les histologies 9811 à 9818, 9837, 9823, 9827, Histologies 9826, 9835 à 9836, 9820, 9832 à 9834, 9940, 9840, 9861, 9865 à 9867, 9869, 9871 à 9874, 9895 à 9897, 9898, 9910 à 9911, 9920, 9891, 9863, 9875 à 9876, 9945 à 9946, 9860, 9930, 9801, 9805 à 9809, 9931, 9733, 9742, 9800, 9831, 9870, 9948, 9963 à 9964
Leucémie lymphoblastique aiguë	Histologies 9826, 9835 à 9836 C42.0, C42.1, C42.4 avec les histologies 9811 à 9818, 9837
Leucémie monocytaire aiguë	9891
Leucémie aiguë myéloïde	Histologies 9840, 9861, 9865 à 9867, 9869, 9871 à 9874, 9895 à 9897, 9898, 9910 à 9911, 9920
Leucémie lymphoïde chronique	C42.0, C42.1, C42.4 avec histologie 9823
Leucémie myéloïde chronique	Histologies 9863, 9875 à 9876, 9945 à 9946
Foie/foie et voies biliaires intrahépatiques	C22.0, C22.1
Poumon/poumon et bronches	C34
Adénocarcinome/adénocarcinome (CPNPC)	C34 avec les histologies 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 (CPNPC)	C34 avec les histologies 8012-4, 8021, 8034, 8082
Carcinome à petites cellules	C34 avec les histologies 8022, 8041, 8045
Carcinome épidermoïde/carcinome épidermoïde (CPNPC)	C34 avec les histologies 8051-2, 8070-6, 8078, 8083-4, 8090, 8094, 8120, 8123
Lymphome	Tous les sièges avec histologies 9650 à 9667; histologies 9590 à 9597, 9670 à 9671, 9673, 9675, 9678 à 9680, 9684, 9687, 9689 à 9691, 9695, 9698 à 9702, 9705, 9708 à 9709, 9714 à 9719, 9727 à 9729; Tous les sites autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec les histologies 9823, 9827
Lymphome de Hodgkin	Tous les sièges avec les histologies 9650 à 9667
Lymphome non hodgkinien (LNH)	Histologies 9590 à 9597, 9670 à 9671, 9673, 9675, 9678 à 9680, 9684, 9687, 9689 à 9691, 9695, 9698 à 9702, 9705, 9708 à 9709, 9714 à 9719, 9727 à 9729; Tous les sites autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec les histologies 9823, 9827

Type de cancer : nom court/nom complet	Siège CIM-O-3 et code d'histologie
LNH - extranodal	Tous les sièges sauf C02.4, C09.8 à C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77.0 à C77.9 avec les histologies 9590 à 9597, 9670 à 9671, 9673, 9675, 9678 à 9680, 9684, 9687, 9688, 9689 à 9691, 9695, 9698 à 9702, 9705, 9708 à 9709, 9712, 9714 à 9719, 9724 à 9729, 9735, 9737, 9738 Tous les sièges sauf C02.4, C09.8 à C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.0 à C42.2, C42.4, C77.0 à C77.9 avec les histologies 9811 à 9818, 9823, 9827, 9837
LNH - nodal	C02.4, C09.8, C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77.0 avec les histologies 9590 à 9597, 9670 à 9671, 9673, 9675, 9678 à 9680, 9684, 9687 à 9691, 9695, 9698 à 9702, 9705, 9708 à 9709, 9712, 9714 à 9719, 9724 à 9729, 9735, 9737 à 9738, 9811 à 9818, 9823, 9827, 9837
Mélanome (non cutané)	C00 à 14, C20 à C21, C30 à 31, C51 à 63, C69 avec les histologies 8720 à 8774
Muqueuse	C00 à 14, C20 à C21, C30 à 31, C51 à C63
Oculaire	C69
Mélanome/mélanome de la peau	C44 avec les histologies 8720 à 8790
Myélome/myélome multiple	9731 à 9732, 9734
Cavité buccale et pharynx	C00 à C06, C09 à 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
Testicules	C62
Thyroïde	C73.9
Carcinome de type anaplasique	C73.9 avec les histologies 8012, 8020 à 8021, 8030 à 8032
Carcinome folliculaire	C73.9 avec les histologies 8290, 8330 à 8332, 8335
Carcinome médullaire de la thyroïde	C73.9 avec les histologies 8345, 8346, 8510
Carcinome papillaire	C73.9 avec les histologies 8050, 8260, 8340 à 8344
Utérus/Corps de l'utérus sans autre indication (SAI)	C54, C55.9
Utérus - de l'endomètre	C54, C55.9 avec les histologies 8050, 8140, 8143, 8210 à 8211, 8255, 8260 à 8263, 8310, 8323, 8340,

Type de cancer : nom court/nom complet	Siège CIM-O-3 et code d'histologie
	8380 à 8384, 8441, 8460 à 8461, 8560, 8570, 8950 à 8951, 8980 à 8981
Utérus - sarcome	C54, C55.9 avec les histologies 8800 à 8802, 8805, 8890 à 8891, 8896, 8900, 8910, 8930 à 8931

Abréviations :

CIM-O-3 signifie Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition

SAI signifie sans autre indication

CPNPC signifie cancer du poumon non à petites cellules

Remarques :

- 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.
- Les types d'histologie 8720 à 8774 (mélanome des muqueuses) sont exclus des sites suivants (et des sous-sièges sélectionnés) : colorectal, ovaire, utérus, col de l'utérus, prostate, testicules et cavité buccale et pharynx.

Tableau A.5B Définitions de la mortalité du cancer

Type de cancer : nom court/nom complet	Code CIM-10
Vessie/vessie urinaire	C67
Cerveau/cerveau et autres cancers du système nerveux	C70-C72, C75.1-C75.3
Sein (femmes)	C50
Col de l'utérus	C53
Colorectal/colon et rectum	C18.0, C18.2-C20, C26
Œsophage	C15
Lymphome de Hodgkin	C81
Rein	C64
Larynx	C32
Leucémie	C90.1, C91.0 à C91.7, C91.9, C92.0 à C92.4, C92.6 à C92.9, C93.0 à C93.3, C93.7, C93.9, C94.0 à C94.5, C94.7, C95.0 à C95.2, C95.7, C95.9
Foie/foie et voies biliaires intrahépatiques	C22.0 à C22.4, C22.7, C22.9
Poumon/poumon et bronches	C34
Mélanome/mélanome de la peau	C43
Myélome/myélome multiple	C90.0, C90.2, C90.3
Lymphome non hodgkinien (LNH)	C82-C86, C96.3
Cavité buccale et pharynx	C00 à C06, C09 à C14
Ovaire	C56
Pancréas	C25
Prostate	C61
Estomac	C16
Testicules	C62
Thyroïde	C73
Utérus/Corps de l'utérus sans autre indication (SAI)	C54 à C55

Abréviation : La CIM-10 signifie Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision

Cancer de la peau autre que le mélanome

Les données présentées dans ce rapport excluent les cas de carcinome basocellulaire et squameux de la peau, les types les plus courants de cancer de la peau autre que le mélanome.

Ces tumeurs ne mettent généralement pas la vie en danger et sont traitées en 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. Ces problèmes empêchent le Registre des cas de cancer

de l'Ontario de recueillir des données complètes, précises, opportunes et cohérentes sur le cancer de la peau autre que le mélanome, ce qui est requis pour un système de surveillance solide. Santé Ontario explore actuellement des moyens de surveiller le cancer de la peau autre que le mélanome et prévoit de publier des statistiques sur ce groupe de cancers à l'avenir.

Stade du cancer au moment du diagnostic

Le TNM (tumeur-nœud-métastase) 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, maintenant dans leur huitième édition, sont maintenues par l'Union internationale contre le cancer et l'American Joint Committee on Cancer. Les données de stade pour l'année de diagnostic 2018 et les années suivantes dans ce rapport sont fondées sur la 8^e édition de la classification du TNM(167), tandis que les années précédentes (années de diagnostic 2010 à 2017) utilisent le stade collaboratif (pour de plus amples renseignements, voir la section [Changements récents dans les normes de stadification du cancer, de codage et de création de cas](#)).

La stadification collaborative (années de diagnostic 2010 à 2017) était une approche de stadification utilisée par les registres centraux du cancer. La stadification collaborative rassemble les principes suivants :

- Résumé de l'étape du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux (SEER) de l'Institut national du cancer;
- Catégories de TNM et groupements de stades;
- Structure de codage de l'étendue de la maladie selon le programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux.

La plupart des éléments de données sur la stadification collaborative étaient traditionnellement recueillis par certains registres du cancer. Ces éléments comprenaient la taille de la tumeur, son extension, le statut des ganglions lymphatiques et le statut métastatique. D'autres données, comme les facteurs spécifiques au site ou à l'histologie (p. ex. le score de Gleason et le statut des récepteurs), étaient spécifiques à la stadification collaborative. Les données ont été utilisées pour dériver le regroupement du meilleur stade conformément au manuel de classification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer Staging Manual (dans sa 8^e édition) (167).

Les valeurs de stadification du Registre des cas de cancer de l'Ontario pour le cancer invasif vont du stade 1, qui signifie que la maladie est à un stade précoce, au stade 4, qui signifie que le cancer s'est propagé (ou métastasé) à d'autres organes ou endroits dans le corps. Un stade inconnu est le résultat d'un examen limité du stade, d'une documentation limitée dans le dossier de santé 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^{er} janvier 2005, le Registre des cas de cancer de l'Ontario a introduit progressivement différentes versions de la stadification collaborative en déclarant le type de cancer et l'hôpital sélectionné (voir la liste des hôpitaux et des centres régionaux du cancer contributeurs ci-dessous). La stadification collaborative a été pleinement mise en œuvre pour les cancers du sein, du

poumon, du côlon et de la prostate en 2010; pour les cancers de l’ovaire, de l’utérus et du col de l’utérus, ainsi que le mélanome en 2011; et pour le cancer de la thyroïde en 2013.

Les cas de cancer dans le Registre des cas de cancer de l’Ontario ne contenant aucune information sur le stade au moment du diagnostic (c.-à-d. non classé et inconnu) sont exclus de toutes les analyses du présent rapport.

- Les cas peuvent être **non stadifiés** pour diverses raisons, notamment un manque d’accès aux dossiers cliniques. Le nombre de cas non stadifié varie selon le type de cancer et l’année. Par exemple :
 - En 2017 (cancers stadifiés de manière collaborative), environ 6,5 % des cas de cancer du sein, 12,1 % des cas de cancer colorectal, 16,6 % des cas de cancer du poumon et 7,4 % des cas de cancer de la prostate n’ont pas pu être examinés et stadifiés.
 - En 2020 (cancers stadifiés TNM), environ 3,9 % des cas de cancer du sein, 7,9 % des cas de cancer colorectal, 5,7 % des cas de cancer du poumon et 4,8 % des cas de cancer de la prostate n’ont pas pu être examinés et stadifiés. Les pourcentages de cas non stadifiés ne sont pas directement comparables à ceux de 2017 étant donné l’augmentation du pourcentage de stades inconnus depuis 2017 décrits ci-dessous. Il y a des preuves d’un nombre plus élevé de cas non stadifiés en 2020 par rapport à 2019 et à 2018 pour certains cancers. Cela pourrait être lié à des restrictions plus importantes dans l’accès à la documentation requise pour la stadification et d’autres défis opérationnels en 2020.
- Le stade au moment du diagnostic peut être **inconnu** pour diverses raisons, notamment une documentation insuffisante dans le dossier médical du patient. Même si certains éléments de données de stade ont été recueillis pour stadifier partiellement un cancer, s’il n’est pas possible de déterminer un groupe de stades global, il est considéré comme inconnu. Le nombre de cas dont le stade est inconnu varie selon le type de cancer et l’année. Par exemple :
 - En 2017 (cancers stadifiés de manière collaborative), environ 0,5 % des cas de cancer du sein, 2,4 % des cas de cancer colorectal, 0,3 % des cas de cancer du poumon et 0,2 % des cas de cancer de la prostate ont été classés comme étant de stade inconnu en raison de l’absence de documentation pour les éléments de données clés utilisés pour déterminer le stade.
 - En 2020 (cancers stadifiés TNM), environ 10,4 % des cas de cancer colorectal et 10,5 % des cas de cancer de la prostate étaient classés comme inconnus en raison de l’absence de documentation pour les éléments de données clés utilisés pour déterminer le stade.

Changements récents dans les normes de stadification du cancer, de codage et de création de cas

Les changements aux normes de codage et de création de cas apportés en 2018 fournissent aux registres du cancer un ensemble normalisé de règles à suivre pour coder et compter les cancers distincts.

- Les règles de codage des tumeurs solides de 2018 (*programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux*) ont remplacé les règles de codage des tumeurs primaires et histologiques multiples de 2007 (*programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux*) pour les cas diagnostiqués à partir du 1^{er} janvier 2018 dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario. Bien que cette mise à jour n'ait pas entraîné de changements significatifs dans l'incidence de l'ensemble des sites de cancer, des modifications ont été apportées à certains sous-types et codes histologiques.
- Avec les nouvelles règles de codage, la terminologie ambiguë (p. ex. avec des caractéristiques de) n'est plus utilisée pour déterminer un sous-type ou un code histologique. Par conséquent, la prévalence des sous-types histologiques qui ont été affectés par les nouvelles règles peut sembler avoir diminué en 2018. Toutefois, il ne s'agit pas d'une véritable diminution, car les règles de codage des tumeurs solides de 2018 (*programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux*) ont regroupé certains sous-types sous un seul code histologique. L'un des sites où cette règle de 2018 a le plus d'impact est le sein.

À partir de l'année de diagnostic 2018, le système collaboratif de collecte de données sur le stade a été mis hors service par le Conseil canadien des registres du cancer et l'utilisation de la 8^e édition du système de classification des tumeurs-ganglions (nœud)-métastases (TNM 8^e édition) de l'American Joint Committee on Cancer a été rendue obligatoire.

- La 8^e édition du TNM a des exigences plus strictes que le système collaboratif de collecte de données sur le stade pour les éléments de données clés lors de la mise en correspondance avec un groupe de stade global. En raison de ces exigences plus strictes, on observe en 2018 une augmentation des cancers de groupe de stade inconnu et une modification de la répartition des stades pour certains types de cancer par rapport aux années précédentes. Par conséquent, il est recommandé d'éviter les comparaisons entre les données sur le stade antérieures et postérieures à 2018.
- L'introduction de la 8^e édition du TNM a entraîné des cancers de groupe de stade inconnu. Cette augmentation est principalement liée à l'absence de l'algorithme informatique qui faisait partie du système collaboratif de collecte de données sur le stade, lequel calculait un meilleur stade combiné à partir de tous les éléments de données cliniques et pathologiques que le registraire du cancer était en mesure de recueillir dans le dossier du patient.

Établissements contribuant aux données de déclaration des activités utilisées pour la stadification de la population, Ontario

Centres régionaux de lutte contre le cancer

- Centre de lutte contre le cancer du sud-est de l'Ontario
- Centre régional de lutte contre le cancer Carlo Fidani
- Centre régional de lutte contre le cancer de Grand River
- Centre de lutte contre le cancer Juravinski
- Programme régional de lutte contre le cancer de London
- Centre de lutte contre le cancer du Nord-Est
- Centre de lutte contre le cancer Odette
- Centre de lutte contre le cancer Princess Margaret
- Centre régional de lutte contre le cancer de Durham R. S. McLaughlin
- Centre régional de lutte contre le cancer du Nord-Ouest
- Centre régional de lutte contre le cancer de Simcoe Muskoka
- Centre régional de lutte contre le cancer de Stronach
- Programme de lutte contre le cancer de l'Hôpital d'Ottawa
- Centre régional de lutte contre le cancer de Windsor

Établissements contribuant à la stadification à l'échelle de la population du Registre des cas de cancer de l'Ontario, Ontario

Hôpitaux

- Hôpital Alexandra Marine and General
- Hôpital Alexandra
- Santé Bluewater
- Bluewater Health Sarnia General
- Système de santé communautaire de Brant – Brantford
- Hôpital général de Brockville
- Hôpital Cambridge Memorial
- Hôpital Cambridge Memorial
- Alliance Chatham-Kent pour la santé – Chatham
- Hôpital Collingwood General and Marine
- Hôpital communautaire de Cornwall
- Four Counties Health Services Corp
- Hôpital général de la baie géorgienne – Midland
- Hôpital Grand River Corp, Waterloo – Waterloo
- Grey Bruce Health Services – Owen Sound
- Hôpital général de Guelph
- Halton Healthcare Services
- Halton Healthcare Services Corp – Oakville
- Hamilton Health Sciences Corporation – Juravinski
- Hôpital général de Hawkesbury et district
- Headwaters Health Care Centre – Dufferin
- Horizon Santé Nord, site Laurentien
- Hôpital Montfort
- Hôpital Humber River, site Wilson
- Hôpital Joseph Brant
- Hôpital du district de Kemptville
- Centre des sciences de la santé de Kingston (CSSK)
- Centre des sciences de la santé de Kingston – Kingston General
- Hôpital de Kirkland et district

- Hôpital du district de Lake of the Woods
- Santé Lakeridge – Oshawa
- Hôpital général du comté de Lennox and Addington
- Hôpital Listowel Memorial
- Centre des sciences de la santé de London Hôpital Victoria
- Hôpital Mackenzie Health Richmond Hill
- Hôpital de Markham Stouffville
- Muskoka Algonquin Healthcare – Bracebridge
- Muskoka Algonquin Healthcare – Huntsville
- Système de santé de Niagara – Hôpital général de St. Catharines
- Hôpital général de Norfolk
- Centre régional de santé de North Bay
- Hôpital général de North York
- Hôpital de Northumberland Hills
- Hôpital mémorial des soldats d’Orillia
- Hôpital d’Ottawa (L’)
- Hôpital régional de Pembroke Inc.
- Hôpital de district de Perth et Smiths Falls – Smiths Falls
- Centre régional de santé de Peterborough
- Hôpital Queensway Carleton
- Quinte Healthcare Corporation – Belleville
- Hôpital Victoria de Renfrew
- Riverside Health Care Facility
- Hôpital Ross Memorial
- Centre régional de santé Royal Victoria
- Hôpital de la région de Sault – Sault Ste Marie
- Réseau de santé de Scarborough – Centenary
- Réseau de santé de Scarborough – site général de Scarborough
- Système de santé du Mont Sinai
- Système de santé du Sinai – Site du Mont Sinai
- South Bruce Grey Health Centre – Kincardine
- Centre de santé régional de Southlake
- Hôpital général St Joseph
- St. Joseph's Health Care – London
- Système de soins de santé St. Joseph’s – Hamilton
- Hôpital général de St. Mary
- Hôpital Mémorial de St. Mary’s
- Hôpital général St. Thomas Elgin
- Hôpital Stevenson Memorial – Alliston
- Hôpital général de Stratford
- Hôpital général Middlesex de Strathroy
- Centre des sciences de la santé de Sunnybrook
- Hôpital de Temiskaming
- Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay
- Hôpital Mémorial du district de Tillsonburg
- Hôpital général de Timmins et district
- Réseau de santé de l’Est de Toronto – Hôpital Michael Garron
- Partenaires de santé Trillium, Hôpital Credit Valley
- Partenaires de santé Trillium Mississauga
- Partenaires de santé Trillium Santé Queensway
- Unité de santé de Toronto St. Joseph’s
- Unité de santé de Toronto St. Michael’s
- Réseau universitaire de santé Princess Margaret
- Centre de santé de West Parry Sound
- Système de santé William Osler
- Hôpital Mémorial du district de Winchester
- Hôpital régional de Windsor – métropolitain
- Hôpital régional de Windsor – Campus Ouellette
- Hôpital Women's College
- Hôpital général de Woodstock

Règles de codage pour les cancers primaires multiples

Différentes règles existent pour déterminer si un cancer est un nouveau cancer primaire ou une extension d'un cancer précédent. À la suite d'une récente reconstruction, et à l'instar des autres registres du cancer nord-américains, le Registre des cas de cancer de l'Ontario a adopté les règles du programme *de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* pour dénombrer les cancers primaires multiples et attribuer l'histologie(168).

Pour déterminer les cancers primaires multiples, les règles de dénombrement de *surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* tiennent compte de l'histologie, du site, de la latéralité et du temps écoulé depuis le diagnostic initial. Les règles du programme *de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* sont plus libérales que les règles précédemment utilisées dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour dénombrer les cas de nouveaux cas primaires.

Les règles du programme *de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* pour les cancers primaires multiples ont été appliquées aux cas enregistrés dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario diagnostiqués à partir du 1^{er} janvier 2010.

Les cas des années précédant l'adoption des règles du programme *de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* (c.-à-d. de 1964 à 2009) ont été importés dans le nouveau Registre des cas de cancer de l'Ontario à partir du Système d'information sur le Registre ontarien de dépistage du cancer pour une utilisation analytique continue. Le Système d'information du Registre ontarien de dépistage du cancer a appliqué une version modifiée des règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer (CIRC/IACR)(169), qui sont plus conservatrices que les règles en matière de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux. Selon les règles du CIRC/IACR, une seule tumeur est consignée pour un organe, indépendamment du temps, à moins qu'il n'y ait des différences histologiques. Dans le présent rapport, les données ont été converties en utilisant les règles du CIRC/IACR lorsque :

- les analyses de tendances portent à la fois le Registre des cas de cancer de l'Ontario (à partir de 2010) et le Système d'information du Registre ontarien de dépistage du cancer (de 1983 à 2009).
- des comparaisons sont faites entre les données des deux systèmes de registre

Lorsque les données sont présentées uniquement à partir de 2010, les règles du programme *s de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* ont été appliquées.

Étant donné que les règles du programme *s de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* sont plus libérales que les règles du CIRC/IACR, leur application entraîne une augmentation du nombre de cas inclus dans les valeurs d'incidence. Cette augmentation est le résultat de l'utilisation d'une méthodologie différente et ne reflète pas une augmentation

réelle du nombre de personnes diagnostiquées avec un cancer. En 2020, 4,1 % des nouveaux cas étaient considérés comme des tumeurs primaires multiples en Ontario.

Données sur le cancer infantile

Le système d'information en réseau (Networked Information System) du Pediatric Oncology Group of Ontario (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 zéro à 14 ans. 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 chez les enfants en Ontario.

POGONIS, est une base de données dynamique dans laquelle des données sont continuellement saisies, tout comme c'est le cas pour le Registre des cas de cancer de l'Ontario. Les données sur le cancer infantile utilisées dans ce rapport ont été extraites de POGONIS en mai 2023.

POGONIS est un registre et une base de données fondés sur la population, qui saisit, à partir de 1985, des renseignements détaillés sur la démographie, le diagnostic, le traitement et les résultats de tous les enfants et adolescents diagnostiqués ou traités pour le cancer dans un programme spécialisé de lutte contre le cancer infantile en Ontario. Les données normalisées de POGONIS sont activement recueillies par des gestionnaires de données ou des associés de recherche clinique dédiés dans chacun des cinq centres tertiaires dotés de programmes spécialisés en cancer infantile en Ontario. Les informations proviennent de l'examen complet des dossiers hospitaliers, des systèmes d'information internes des hôpitaux et des liens directs avec les équipes soignantes des patients. Les informations sur les décès contenus dans POGONIS sont validées et complétées par un couplage d'enregistrements annuel avec le Registre des cas de cancer de l'Ontario et le fichier des décès du registraire général de l'Ontario, dans le cadre d'un accord de partage de 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 de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario. Le POGO a créé 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.

Classification

La base de données POGONIS classe le cancer infantile selon la Classification internationale des cancers chez les enfants, 3^e édition (CICE-3)(170). Cette classification divise le cancer infantile en 12 groupes diagnostiques principaux et 47 sous-groupes pour davantage de précision.

La classification de chaque cas appliquée 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. Parce que la CICE-3 (publié en 2005) n'intègre pas les changements de codage apportés dans la version mise à jour du système de la CIM-O-03, (CIM-O-3.2 publié en 2019), le POGO a intégré les changements apportés aux codes de la CIM-O-3.2 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 CICE-3 sont disponibles dans le [rapport de surveillance du Pediatric Oncology Group of Ontario](#) (en anglais seulement).

Données sur la population

Incluses dans les analyses d'incidence, de mortalité et de survie :

- Les enfants diagnostiqués entre 0 et 14 ans et résidant en 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 classification de la 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 qui ne sont pas diagnostiqués et entièrement traités dans le cadre d'un programme spécialisé de lutte contre le cancer chez les enfants en Ontario

La population utilisée dans le présent rapport pour la normalisation selon l'âge des cancers infantiles est la population standard canadienne de 2011 (**tableau A.4**).

Règles de codage pour les cancers primaires multiples

Les valeurs et les taux d'incidence du cancer chez les enfants sont fondés sur tous les cas de cancer diagnostiqués chez les enfants âgés de 0 à 14 ans au moment du diagnostic pour la période de 1988 à 2022, qui ont été diagnostiqués dans le cadre d'un programme spécialisé de dépistage du cancer infantile en Ontario et qui ont été enregistrés dans le système d'information en réseau du Pediatric Oncology Group of Ontario (POGONIS). Chaque cas de cancer infantile est considéré comme un incident (ou un nouveau cas). Suivant les règles du Centre international de recherche sur le cancer relatives aux cancers primaires, le Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) enregistre ou dénombre les néoplasmes de morphologies différentes comme des cancers multiples (même s'ils sont diagnostiqués simultanément dans le même site).(169).

Données sur la COVID-19

Les données sur la COVID-19 pour le présent rapport proviennent des cas déclarés aux bureaux de santé publique et enregistrés dans la Solution de gestion des cas et des contacts pour la santé publique (Solution GCC). La Solution GCC est un système de déclaration dynamique, qui ajoute de nouveaux renseignements sur les cas et inclut des mises à jour sur les cas passés. Par conséquent, les résultats des analyses varieront en fonction du moment au cours duquel les données sont extraites.

Pour les analyses figurant dans ce rapport, les données ont été extraites de la Solution GCC le 1er mars 2023 et ont été soumises aux éléments suivants :

- Inclusions
 - cas confirmés de COVID-19, selon la [définition de cas du ministère de la Santé de l'Ontario](#) (171);
 - seulement le premier épisode de COVID-19 de quelqu'un, car leur premier épisode était probablement le plus grave(171)
- Exclusions
 - cas probables ou réinfections à la COVID-19, selon la [définition de cas du ministère de la Santé de l'Ontario](#) (171)
 - cas qui n'ont pas été déclarés à un bureau de santé publique (p. ex. des cas positifs de COVID-19 basés sur des tests antigéniques rapides à domicile) (171)

De plus, les définitions suivantes ont été appliquées à la sélection des cas aux fins d'analyse :

- **Personnes atteintes de cancer et positives à la COVID-19** : les personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer avant d'avoir contracté la COVID-19 pendant la période de temps indiquée sur les figures pertinentes. Les années de diagnostic du cancer incluses dans chaque analyse varient, comme il est décrit dans [l'annexe 2 : Analyse](#).
- **Personnes atteintes de cancer et ayant obtenu un test négatif/ou n'ayant pas été testées pour la COVID-19** : les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et qui n'ont pas contracté la COVID-19, ou n'ont pas été testées pour la COVID-19 pendant la période indiquée sur les figures pertinentes. Les années de diagnostic du cancer incluses dans chaque analyse varient, comme il est décrit dans [l'annexe 2 : Analyse](#).
- **Population générale et test positif à la COVID-19** : les personnes qui ont eu un cas confirmé de COVID-19 et aucun diagnostic de cancer au cours de la période indiquée sur les figures pertinentes.

Annexe 2 : Analyse

Test de signification

Tout au long de ce rapport, le mot significatif fait référence à la signification statistique à un niveau alpha de 0,05 pour les changements de tendance ou lors de la comparaison des différences de taux ou de ratios. Lorsqu'il est question de changements dans les tendances, les changements statistiquement non significatifs sont décrits dans ce rapport comme étant stables. Tout autre changement de tendance noté (à la hausse ou à la baisse) est statistiquement significatif. Dans certains cas (comme pour les statistiques de survie), la signification statistique est évaluée à l'aide d'un intervalle de confiance, qui tient compte des variations et des erreurs aléatoires, et représente la fréquence à laquelle l'intervalle contiendrait la mesure réelle (vraie, mais inconnue), ici 95 % des cas.

La COVID-19 et le cancer

Tendances d'incidence et stade du cancer

Conception de l'étude

- Les résultats du cancer (fréquence des nouveaux diagnostics de cancer, stade au moment du diagnostic) sont déclarés en fonction de la date (p. ex. année ou mois) du diagnostic (conception transversale).

Critères d'inclusion

- Tous les cas de cancer primaire diagnostiqués de 2019 à 2022 sont inclus, ce qui peut inclure plusieurs cas pour une même personne conformément aux normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer pour le dénombrement des cancers primaires multiples.
- Les données sur le stade du cancer pour ce rapport sont basées sur la 8^e édition du TNM; les détails peuvent être trouvés à [l'annexe 1 : Sources de données](#).

Limites des données

- Le retard de déclaration peut affecter les valeurs d'incidence. Les retards peuvent être liés à un manque de capacité de codage du cancer dans les hôpitaux de l'Ontario, qui sert comme une des sources de données du Registre des cas de cancer de l'Ontario. Le retard de déclaration affecte principalement les cas de cancer diagnostiqués en 2022.
- L'exhaustivité de la déclaration de cancer n'a pas été considérée comme un problème pour les statistiques en 2020, car suffisamment de temps s'est écoulé pour permettre une collecte complète des renseignements sur les cas. Cependant, on estime qu'il pourrait manquer 1,4 % des nouveaux cas de cancer dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario pour 2021 et 2022 au moment de l'analyse. Ces cas représentent des cas d'incidents qui sont déterminés exclusivement à partir des certificats de décès, que l'on

appelle des cas de certificats de décès seulement. De plus, les données pour 2022 comprennent certains cas de cancer qui étaient encore en cours de validation par le Registre des cas de cancer de l'Ontario.

Analyse

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge par type de cancer a utilisé la population standard canadienne de 2011 avec les groupes d'âge suivants pour calculer les taux en utilisant la méthode directe (c.-à-d. pour fournir des observations dans chaque groupe d'âge) : 0 à 39, 40 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 à 79, 80 ans et plus.
- Le test des rangs signés de Wilcoxon est utilisé pour tester l'importance à un niveau alpha de 0,05 entre les cancers à un stade précoce et avancé. Le test du chi carré pour l'importance statistique à un niveau alpha de 0,05 est utilisé pour déterminer une différence dans le nombre de personnes ayant un stade de cancer inconnu.

Hospitalisation pour la COVID-19

Conception de l'étude

- En utilisant des ensembles de données historiques liés, les personnes diagnostiquées avec le cancer de 2015 à 2020 ont fait l'objet d'un suivi dans le temps afin de déterminer si elles ont été hospitalisées dans les deux semaines suivant un test positif confirmé en laboratoire pour la COVID-19 (conception de cohorte rétrospective).

Critères d'inclusion

- Les personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer de 2015 à 2020 ont été incluses. Pour les personnes ayant des antécédents de deux cancers primaires ou plus, seul le cancer primaire le plus récent pendant la période d'analyse a été inclus. On supposait que le cancer le plus récent aurait la plus grande incidence sur leur santé récente.
- Les hospitalisations liées à la COVID-19 ont été identifiées à l'aide de la Solution de gestion des cas et des contacts. Les cas signalés comme hospitalisés dans ces données et ayant une date d'admission à l'hôpital dans les 14 jours suivants ou les trois jours précédant le premier symptôme de COVID-19 ou le résultat positif du test ont été inclus dans les analyses. Ces chronologies de COVID-19 ont été choisies pour établir la distinction entre les infections de COVID-19 acquises en dehors de l'hôpital de celles survenues dans le cadre hospitalier. Cependant, il n'y a aucune indication que les personnes atteintes de la COVID-19 ont été hospitalisées en raison de la COVID-19 ou pour une autre cause.

Couplage de données

- Les cas de COVID-19 ont été couplés aux cas de cancer en utilisant le numéro de carte santé, la date de naissance et le sexe. Si une personne atteinte de cancer n'avait aucun dossier correspondant dans la base de données de la Solution de gestion des cas et des contacts, ou si son cas de COVID-19 enregistré s'est produit après 2021, son statut de COVID-19 était considéré comme négatif/non testé.

Analyse

- Les taux ont été calculés en utilisant le dénominateur des jours-personnes. Si hospitalisé, les jours entre le premier symptôme de COVID-19 (lorsque la date était disponible) ou la date du test positif et la date d'admission à l'hôpital ont été calculés. Si une personne n'a pas obtenu un résultat positif avant d'être admise à l'hôpital, son temps de suivi était fixé à zéro. Pour les personnes qui n'ont jamais été hospitalisées, le dénominateur en jours-personnes était la période complète de suivi de 14 jours après la COVID-19, car c'est à ce moment-là que les cas sont considérés comme résolus dans la Solution de gestion des cas et des contacts.
- Les taux d'incidence normalisés selon l'âge ont été calculés à l'aide de la méthode directe et de la population standard canadienne de 2011, en utilisant les groupes d'âge suivants (c.-à-d. pour fournir des observations dans chaque groupe d'âge) : 0 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans, 80 ans et plus.

Tendances de la mortalité et surmortalités

Conception de l'étude

- Les résultats du cancer (fréquence des décès, surmortalités) sont déclarés en fonction de la date (p. ex. année ou mois) du diagnostic (conception transversale).

Critères d'inclusion

- Les personnes diagnostiquées avec le cancer de 1981 à 2022 ont été incluses. Pour les personnes ayant des antécédents de deux cancers ou plus, seul le cancer le plus récent pendant la période d'analyse a été pris en compte afin d'éviter de compter les décès deux fois.
- Le fait du décès (c.-à-d. la mortalité toutes causes confondues) a été pris en compte pour ces analyses.

Analyse – surmortalités

- L'algorithme de surveillance de Farrington mis en œuvre dans le progiciel de surveillance R a été utilisé pour estimer la surmortalité(172,173). Le nombre de décès toutes causes confondues de 2015 à 2019 chez la population atteinte de cancer (diagnostiquée de 1981 à 2021) a été regroupé par mois et utilisé pour calculer les décès attendus pour 2020 et 2021. Le modèle fournit un dénombrement attendu et un intervalle de prédiction de borne supérieur de 95 %. Le nombre de surmortalités est calculé en soustrayant les décès mensuels observés des décès attendus, où si le nombre de décès est inférieur au nombre attendu, les surmortalités sont établies à zéro. Les

surmortalités mensuelles ont été additionnées pour obtenir un nombre total de surmortalités pour 2020 et 2021.

Limites des données

- Le retard dans la déclaration peut affecter les valeurs de mortalité, mais il devrait être moins problématique que la déclaration des valeurs d'incidents.
- Les renseignements sur la cause du décès n'ont pas été inclus, car ils étaient seulement complets dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario jusqu'en 2020 au moment de l'analyse.

Mortalité prématurée

Conception de l'étude

- En utilisant des ensembles de données historiques couplés, les personnes diagnostiquées avec le cancer ont fait l'objet d'un suivi dans le temps afin de déterminer leur statut vital au cours d'une année civile et si elles sont décédées avant l'âge de 75 ans (conception de cohorte rétrospective). Les personnes récemment diagnostiquées avec un cancer (de 2018 à 2020) ont fait l'objet d'un suivi dans le temps afin de déterminer si elles avaient un test de laboratoire positif pour la COVID-19.

Critères d'inclusion

- Les personnes diagnostiquées avec le cancer de 2015 à 2017 (taux de 2017 avant la pandémie de COVID-19) et de 2018 à 2020 (taux de 2020 pendant la pandémie de COVID-19) ont été incluses. Pour les personnes ayant des antécédents de deux cancers primaires ou plus, seul le cancer primaire le plus récent pendant la période d'analyse a été inclus. On supposait que le cancer le plus récent aurait la plus grande incidence sur leur santé récente.
- Le statut de COVID-19 a été obtenu à partir de la Solution de gestion des cas et des contacts, telle que décrite ci-dessus.

Couplage de données

- Les cas de COVID-19 ont été couplés aux cas de cancer en utilisant le numéro de carte santé, la date de naissance et le sexe assigné à la naissance. Si un cas de cancer n'avait pas de dossier correspondant dans la Solution de gestion des cas et des contacts, ou si leur cas de COVID-19 enregistré s'est produit après 2021, leur statut de COVID-19 était attribué comme négatif/non testé.

Analyse

- Les taux ont été calculés en utilisant la population atteinte de cancer de moins de 75 ans comme dénominateur pour chaque période.
- Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés selon la méthode directe avec des groupes d'âge quinquennaux en utilisant la population standard canadienne de 2011.

Survie

Conception de l'étude

- Les personnes diagnostiquées avec le cancer ont fait l'objet d'un suivi dans le temps afin de déterminer leur statut vital après un et deux ans de suivi depuis le diagnostic de cancer (conception de cohorte rétrospective).

Critères d'inclusion et d'exclusion

- Personnes âgées de 15 à 99 ans qui ont reçu un diagnostic de cancer entre 2018 et 2020.
- Pour les personnes atteintes de cancer qui ont des antécédents de deux cancers ou plus, seul le premier cancer primaire par personne pendant la période d'analyse a été inclus.
- Les cas de cancer indiqués par certificat de décès uniquement ou autopsie sont exclus, car ils n'avaient pas de temps de suivi.

Analyse

- Les taux de survie relative sont estimés en comparant la survie des personnes atteintes de cancer (survie observée) avec la survie de personnes similaires dans la population générale de l'Ontario pendant la même période (survie attendue). Les méthodes sont décrites en détail dans la section d'analyse du rapport principal.
- Des tableaux de mortalité complets sur trois ans pour l'Ontario jusqu'en 2018-2020 ont été utilisés (Statistique Canada, publication du 24 janvier 2022)(45).
- Les taux de survie relative ont été normalisés selon l'âge en utilisant les poids standard internationaux de survie au cancer(52). Voir le **tableau A.8** pour plus de détails sur les pondérations.

Limites des données

- Les estimations des tableaux de mortalité pour les années de la pandémie de COVID-19 n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse. Une estimation sur trois ans basée sur la période de 2018 à 2020 a été utilisée pour chaque année entre 2019 et 2022.

Probabilité de développer ou de mourir d'un cancer

La probabilité de développer ou de mourir d'un cancer fait référence à la probabilité que, dès la naissance, une personne développe ou meure d'un cancer à un moment donné de sa vie. Les calculs du risque à vie sont fondés sur les taux d'incidence de 2016 à 2019 et les taux de mortalité de 2016 à 2020. Par conséquent, ces calculs de risque supposent que les taux actuels dans chaque groupe d'âge resteront constants tout pendant la vie de la personne.

La probabilité de développer ou de mourir d'un cancer a été calculée à l'aide du logiciel DevCan(174). Le logiciel DevCan utilise des méthodes de tables de survie basées sur des données transversales d'incidence, de mortalité et de population pour 18 groupes d'âge afin de calculer les probabilités à vie et conditionnelles à l'âge de développer un cancer ou d'en mourir.

Projections

Projections d'incidence pour 2021 à 2024 et de mortalité pour 2021 à 2024 ont été estimées à l'aide du logiciel Canproj(175) du logiciel R(176). Le progiciel Canproj est une version modifiée du logiciel Nordpred Power 5 (177), qui est basé sur un modèle de régression de Poisson pour l'âge, la période et la cohorte. Le progiciel Canproj comporte des améliorations qui surmontent les difficultés du modèle de Poisson standard et améliorent la précision de la projection.

Pour générer des projections d'incidence (pour 2021 à 2024), les cas de 1986 à 2019 qui respectent les règles du Centre international de Recherche sur le Cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples ont été utilisés, puis convertis selon les règles du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux, décrites ci-dessous. Pour générer des projections de mortalité (pour 2021 à 2024), les décès par cancer de 1986 à 2020 ont été inclus.

Les populations de l'Ontario utilisées pour les projections d'incidence et de mortalité du cancer provenaient des projections de population jusqu'en 2046 établies par le ministère des Finances de l'Ontario. La méthodologie et les hypothèses concernant les populations projetées peuvent être consultées ailleurs(164).

Canproj comprend trois sous-progiciels :

- La méthode Nordpred (adpcproj : modèles âge-dérive-période-cohorte)
- La méthode du modèle AC (acproj : modèles âge-cohorte)
- La méthode hybride (hybdproj : quatre modèles candidats)

Chaque sous-progiciel peut établir ses projections de manière indépendante. Canproj intègre un arbre de décision intégré, qui permet de déterminer le modèle de projection le plus approprié parmi les trois modèles. Le progiciel peut également substituer la distribution de Poisson par une distribution binomiale négative lorsque les données présentent une surdispersion. Enfin, Canproj teste la qualité de l'ajustement du modèle choisi.

Les projections pour tous les cancers et chaque site de cancer individuel ont été estimées à l'aide du logiciel Canproj.

Modèle de dérive d'âge-période-cohorte (Nordpred)

Le modèle Nordpred Power 5 est représenté comme suit :

$$Case_{ap} \sim Poisson(\mu_{ap}),$$
$$R_{ap} = \frac{\mu_{ap}}{n_{ap}} = (A_a + P_p + C_c + D \times p)^5,$$

où les symboles représentent les éléments suivants :

- $Case_{ap}$ est le nombre de cas spécifiques à un groupe d'âge quinquennal a au cours d'une période de calendrier de cinq ans p

- μ_{ap} est la valeur moyenne de cas dans le groupe d'âge quinquennal a sur une période de quinquennale p .
- R_{ap} est le taux d'incidence dans le groupe d'âge quinquennal a sur la période quinquennale p
- n_{ap} est la taille de la population correspondante selon l'âge
- A_a est la composante d'âge non linéaire du groupe d'âge a
- P_p est la composante non linéaire de la période p
- C_c est la composante de cohorte non linéaire de la cohorte c
- D est le paramètre de dérive commun linéaire.
- p est l'indice de la période quinquennale
- a est l'indice du groupe d'âge quinquennal

Les cohortes ont été calculées comme suit $c = A + p - a$ A étant égal au nombre total de groupes d'âge. Les taux et les chiffres estimés issus du modèle représentent l'année médiane des périodes quinquennales respectives. Une méthode d'interpolation linéaire segmentaire est utilisée pour étendre les taux estimés en taux annuels. Les dénombrements estimés annuels et les taux normalisés par âge sont inclus dans ce rapport. (175)

Modèle âge-cohorte (modèle AC)

Le modèle âge-cohorte est une forme réduite du modèle Nordpred retenu par Canproj lorsqu'il existe peu de données sur les cohortes de naissance les plus jeunes et les plus âgées. En raison de la rareté des données pour les deux cohortes extrêmes, les cohortes restantes avec des observations complètes sont utilisées comme référence lors de l'estimation des effets de l'âge et de la cohorte(175).

L'expression du modèle âge-cohorte avec une fonction de lien puissance 5 est la suivante :

$$Case_{ap} \sim Poisson(\mu_{ap}),$$

$$R_{ap} = \frac{\mu_{ap}}{n_{ap}} = (A_a + C_c)^5, c = A + p - a, p = 1, 2, \dots, P, c = 1, 2, \dots, C \text{ where } C = A + P - 1$$

Méthode hybride : modèles d'âge seulement, de tendance commune et de tendance spécifique à l'âge

Lorsque les effets de cohorte ne sont pas significatifs, trois types de modèles hybrides sont utilisés : modèle spécifique à l'âge (le plus complexe), tendance commune et âge seulement (le moins complexe). Les modèles hybrides utilisent une combinaison de moyennes, de régression de point de jonction, et la régression de Poisson(178). Le progiciel Canproj compare d'abord le modèle de tendance commune avec le modèle spécifique à l'âge en utilisant un test du chi carré dans les groupes d'âge lorsque les données existent pour l'ensemble des périodes. Le modèle spécifique à l'âge est sélectionné lorsqu'il y a une différence significative entre ces deux modèles. Le modèle de tendance commune est sélectionné lorsqu'il n'y a pas de différence significative entre les modèles de tendance commune et les modèles spécifiques à l'âge, et que

la tendance commune est significative (c.-à-d. que la pente du paramètre de tendance commune n'est pas nulle). Le modèle basé uniquement sur l'âge est sélectionné lorsqu'il n'y a aucune différence significative entre les modèles de tendance commune et les modèles spécifiques à l'âge, et que la tendance commune n'est pas significative (c.-à-d. que la pente du paramètre de tendance commune ne diffère pas de zéro).

Données historiques pour les projections

Les données sur l'incidence, les décès et la population ont été classées par année de diagnostic, année de décès et sexe binaire, et regroupées par tranches d'âge quinquennales (0 à 4, 5 à 9... 85 ans et plus). Pour les projections d'incidence, les cas répondant aux règles du Centre international de Recherche sur le Cancer et de l'Association internationale des registres du cancer relatives aux sièges primaires multiples de 1986 à 2019 ont été projetés. Ces règles ont ensuite été converties pour la période de 2010 à 2019 en utilisant les règles multiples primaires du programme *de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* en appliquant un facteur d'inflation fondé sur l'augmentation spécifique à l'âge des cancers multiples primaires. Les projections pour l'ensemble des cancers ont été estimées en fonction de la somme de toutes les données provenant des 23 sites de cancer mentionnés dans ce rapport.

Les projections de mortalité ont également été réalisées à l'aide du progiciel Canproj en utilisant les décès par cancer de 1986 à 2020, répartis en groupes d'âge quinquennaux et par année civile. Pour obtenir des projections d'incidence et de mortalité pour l'ensemble des cancers, les projections ont été calculées par sexe binaire, puis additionnées. Cette méthode a été utilisée, car les projections basées uniquement sur les données pour tous les cancers combinés ne sont pas égales à la somme des projections pour les hommes et pour les femmes. Les listes des modèles utilisés pour tous les cancers combinés et pour chaque site de cancer individuel selon le sexe binaire se trouvent dans le **tableau A.6** pour les projections d'incidence et au **tableau A.7** pour les projections de mortalité.

Tableau A.6 Modèles de Canproj pour les projections de l'incidence du cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario

Type de cancer	Hommes	Femmes
Tous les cancers	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Cavité buccale et pharynx	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Cerveau	acproj (P)	acproj (P)
Col de l'utérus	S.O.	adpcproj (P)
Colorectal	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Estomac	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Foie	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Larynx	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Leucémie	hybdproj (Ags)	hybdproj (NBags)
Lymphome de Hodgkin	hybdproj (Ags)	hybdproj (Ags)
Lymphome non hodgkinien	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Mélanome	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Myélome	adpcproj (NB)	hybdproj (ComT)
Œsophage	hybdproj (Moy)	adpcproj (P)
Ovaire	S.O.	adpcproj (NB)
Pancréas	adpcproj (NB)	hybdproj (ComT)
Poumon	adpcproj (NB)	acproj (NB)
Prostate	adpcproj (NB)	S.O.
Rein	adpcproj (NB)	hybdproj (Ags)
Sein (femmes)	S.O.	adpcproj (NB)
Testicules	acproj (P)	S.O.
Thyroïde	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Utérus	S.O.	adpcproj (P)
Vessie	adpcproj (NB)	adpcproj (P)

Abréviations :

- acproj (P) signifie modèle âge-cohorte avec distribution de Poisson
- acproj (NB) signifie modèle de cohorte d'âge avec distribution binomiale négative
- adpcproj (NB) signifie modèle Nordpred avec distribution binomiale négative
- adpcproj (P) signifie modèle Nordpred avec distribution de Poisson
- hybdproj (NBags) signifie modèle hybride avec distribution spécifique à l'âge et distribution binomiale négative
- hybdproj (Ags) signifie modèle hybride avec distribution spécifique à l'âge et distribution de Poisson
- hybdproj (ComT) signifie modèle hybride avec tendance commune
- hybdproj (Moy) signifie modèle hybride avec méthode moyenne
- S.O. signifie sans objet

Tableau A.7 Modèles Canproj pour les projections de mortalité du cancer par type de cancer et sexe binaire, Ontario

Type de cancer	Hommes	Femmes
Tous les cancers	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Cavité buccale et pharynx	hybdproj (Ags)	hybdproj (Ags)
Cerveau	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Col de l'utérus	S.O.	adpcproj (P)
Colorectal	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Estomac	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Foie	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Larynx	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Leucémie	hybdproj (Ags)	hybdproj (Ags)
Lymphome de Hodgkin	hybdproj (ComT)	hybdproj (ComT)
Lymphome non hodgkinien	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Mélanome	adpcproj (P)	acproj (P)
Myélome	hybdproj (NBags)	adpcproj (P)
Œsophage	acproj (P)	adpcproj (P)
Ovaire	S.O.	adpcproj (NB)
Pancréas	hybdproj (Moy)	adpcproj (P)
Poumon	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Prostate	adpcproj (NB)	S.O.
Rein	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Sein (femmes)	S.O.	adpcproj (P)
Testicules	hybdproj (Moy)	S.O.
Thyroïde	hybdproj (Moy)	hybdproj (Moy)
Utérus	S.O.	adpcproj (P)
Vessie	hybdproj (NBags)	hybdproj (ComT)

Abréviations :

- acproj (P) signifie modèle âge-cohorte avec distribution de Poisson
- acproj (NB) signifie modèle de cohorte d'âge avec distribution binomiale négative
- adpcproj (NB) signifie modèle Nordpred avec distribution binomiale négative
- adpcproj (P) signifie modèle Nordpred avec distribution de Poisson
- hybdproj (NBags) signifie modèle hybride avec distribution spécifique à l'âge et distribution binomiale négative
- hybdproj (Ags) signifie modèle hybride avec distribution spécifique à l'âge et distribution de Poisson
- hybdproj (ComT) signifie modèle hybride avec tendance commune
- hybdproj (Moy) signifie modèle hybride avec méthode Moyenne
- S.O. signifie sans objet

Incidence et mortalité

Les renseignements décrits ci-dessous sont spécifiques aux analyses de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer dans les chapitres 2 et 3. Pour obtenir des renseignements sur les analyses d'incidence et de mortalité du cancer pour le chapitre 1 : COVID-19 et le cancer en Ontario, tels que la conception, les sources de données et les limitations, veuillez vous référer à [l'annexe 2 : La COVID-19 et le cancer](#).

Valeurs

Les valeurs d'incidence représentent le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans une population au cours d'une période spécifique. Dans le présent rapport, les valeurs d'incidence font référence au nombre de nouveaux diagnostics de cancer au cours d'une année civile en Ontario. Au moment de l'analyse, des données complètes sur l'incidence des décès étaient disponibles jusqu'en 2020.

Les valeurs de mortalité décrivent le nombre de décès attribués au cancer au cours d'une période donnée dans une population donnée. Dans le présent rapport, la mortalité fait référence au nombre de décès liés au cancer au cours d'une année civile en Ontario. Par souci de cohérence, le présent rapport utilise des données de la même série d'années pour l'incidence et la mortalité (c.-à-d. de 1986 à 2020).

Les statistiques sur l'incidence du cancer chez les enfants incluses dans ce rapport sont basées sur la cohorte d'enfants chez qui un cancer a été diagnostiqué et sont présentées pour la période de 1988 à 2022. Les statistiques de mortalité du cancer chez les enfants sont basées sur la cohorte d'enfants chez qui un cancer a été diagnostiqué de 1986 à 2021 et sont présentées pour la période de 1991 à 2021.

Taux

Les taux d'incidence et de mortalité correspondent au nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès pour 100 000 personnes dans une population pendant une période donnée. Les taux présentés par sexe binaire sont pour 100 000 hommes ou pour 100 000 femmes dans la population pendant la période spécifiée. Ces taux sont parfois appelés taux bruts, car ils ne tiennent pas compte de la répartition par âge de la population. Les taux ont été calculés à l'aide du logiciel SEER*Stat (version 8.4.0.1).(179)

Pour les enfants atteints de cancer (de 0 à 14 ans), les taux d'incidence et de mortalité correspondent au nombre de nouveaux cas de cancer ou de décès pour 1 000 000 de personnes dans la population pendant une période donnée. Les taux de cancer chez les enfants ont été calculés à l'aide du logiciel de système d'analyse statistique, version 9.4(180).

Contribution relative des facteurs à la tendance d'incidence

Les changements au niveau du risque de cancer et des pratiques de lutte contre le cancer, ainsi que la croissance et le vieillissement de la population, ont contribué à l'augmentation du nombre de cas de cancer en Ontario. La contribution relative de ces facteurs à l'augmentation annuelle de l'incidence du cancer de 1986 à 2019 a été calculée comme suit :

- Les changements au niveau du risque de cancer représentent le nombre total de nouveaux cas qui se seraient produits chaque année si les taux d'incidence du cancer (taux spécifiques par groupe d'âge et sexe binaire) seuls avaient changé, mais la population était restée la même qu'en 1986 (année de référence). Pour chaque année de 1987 à 2019, ce nombre a été calculé en multipliant les taux d'incidence de chaque groupe d'âge et de sexe binaire par les populations correspondantes de l'année de référence (1986). La somme de tous les groupes représente le nombre total pour cette année.
- La croissance de la population représente le nombre de nouveaux cas qui se seraient produits chaque année de 1987 à 2019 si la population seule avait augmenté, mais la répartition par âge de la population était restée la même qu'en 1986 (l'année de référence). Pour calculer la contribution de la croissance démographique, la population totale de chaque année ultérieure a été multipliée par les poids de chaque groupe d'âge et sexe binaire de l'année de référence (c.-à-d. 1986) afin d'obtenir la structure démographique hypothétique. Ensuite, les taux d'incidence spécifiques du cancer par groupe d'âge et sexe binaire d'une année donnée ont été appliqués à la population hypothétique et additionnés pour obtenir le nombre total pour cette année.
- Pour chaque année de 1987 à 2019, les valeurs d'incidence restantes ont été attribuées au vieillissement de la population. Pour calculer la contribution du vieillissement, le nombre de la valeur d'incidence liée aux changements de risque de cancer et à la croissance de la population (calculés ci-dessus) ont été soustraits du nombre total de valeurs d'incidence de cette année.

Taux normalisés selon l'âge

Les taux normalisés selon l'âge sont des moyennes pondérées des taux spécifiques à l'âge en utilisant une population standard. Les taux d'incidence et les taux de mortalité normalisés selon l'âge sont ajustés pour tenir compte des différences dans la structure d'âge des différentes populations. Cette adaptation permet de comparer l'incidence ou la mortalité du cancer entre différentes populations, qui peuvent être des segments différents d'une population (p. ex. une géographie différente) ou la même population à des moments différents. Un taux normalisé selon l'âge donne le taux qui aurait été observé si la population avait la même distribution d'âge que la population standard.

Ce rapport utilise la standardisation directe, qui produit des taux artificiels à des fins de comparaison seulement. La population standard utilisée est fondée sur la population standard canadienne de 2011 (avec des groupes d'âge de 5 ans).

Tendances des taux normalisés selon l'âge

Les tendances en matière d'incidence et de mortalité ont été déterminées à l'aide de la variation annuelle en pourcentage et de la variation annuelle moyenne en pourcentage, calculées à partir des taux normalisés selon l'âge. La variation annuelle en pourcentage a été utilisée pour examiner les changements de tendance à court terme. La variation annuelle moyenne en pourcentage est une mesure sommaire, qui décrit l'évolution de la tendance sur une période plus longue avec une seule statistique.

Les statistiques de variation annuelle en pourcentage et de variation annuelle moyenne en pourcentage ont été produites à l'aide du programme de régression Joinpoint (version 4.8.0.1 et version 4.7.0.0 pour le cancer infantile)(181,182). Le logiciel Joinpoint utilise une régression par morceaux p pour modéliser l'évolution des taux à l'échelle logarithmique.

Le logiciel Joinpoint utilise un algorithme statistique pour interpréter les données et déterminer les changements de tendances statistiquement significatifs. Le logiciel choisit les meilleurs points de changement de tendance (appelés points de jonction) et le nombre de changements à effectuer. Joinpoint utilise le test de permutation de Monte-Carlo pour déterminer si le changement de tendance est statistiquement significatif(177). En règle générale, le modèle que le logiciel Joinpoint a trouvé le mieux adapté a été utilisé. Un maximum de trois points de jonction et un minimum de cinq points de données entre les points de jonction étaient autorisés.

Le modèle Jump pour l'analyse de tendance de l'incidence

Pour la plupart des sites de cancer, le modèle standard du point de jonction (voir ci-dessus) a été utilisé pour analyser les tendances de l'incidence. En outre, ces analyses n'ont inclus que les cas de cancer répondant aux critères du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer pour les cancers primaires multiples.

Toutefois, pour certains sites de cancer, le modèle Jump a été utilisé au lieu du modèle standard à points de jonction pour analyser les tendances de l'incidence normalisées selon l'âge. Le modèle Jump est une option disponible dans le logiciel Joinpoint pour estimer les tendances dans les situations où un changement de codage a entraîné un changement soudain (ou Jump) dans les taux de cancer. Puisqu'un changement de taux provoqué par un changement de codage est censé être artificiel, le modèle Jump tient compte de ce type de changement pour produire des estimations de la tendance sous-jacente(183).

Dans ce rapport, le modèle Jump saut a été utilisé pour les sites de cancer suivants pour les cas répondant aux normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer (voir [l'annexe 1 : Règles de codage pour les cancers primaires multiples](#)) :

- tous les cancers combinés
- vessie
- sein (femmes)
- mélanome

Pour tous les cancers, le mélanome et le cancer du sein (femmes), une augmentation abrupte des taux d'incidence a été observée en raison de l'impact de l'application des règles du programme *S de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux* pour les cas diagnostiqués à partir de 2010. Pour le cancer de la vessie, une augmentation abrupte des taux d'incidence s'est produite principalement en raison de l'inclusion des cas de vessie *in situ*, également à partir de 2010.

Le modèle Jump a tenu compte de ces augmentations artificielles pour produire des estimations de la tendance sous-jacente.

Cancers comportant des tendances notables

Les cancers comportant une variation annuelle en pourcentage (VAP) statistiquement significative dans la période la plus récente dans les trois catégories (c.-à-d. hommes, femmes, et hommes et femmes combinés) ont été classés selon la direction du changement (à la hausse ou à la baisse) et classés. Pour les cancers non spécifiques au sexe, la VAP des hommes et des femmes combinée a été utilisée pour le classement, tandis que la VAP du sexe pertinent a été utilisée pour les cancers spécifiques au sexe. Les cancers classés les plus élevés dans chaque direction sont mis en évidence dans le texte. Les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués sont toujours décrits et n'ont pas été pris en compte dans ce classement. De plus, les cancers sélectionnés avec des tendances récentes qui n'ont peut-être pas été statistiquement significatives, mais qui sont remarquables en termes de similarités avec d'autres juridictions ou des disparités entre les sexes, sont également mis en évidence.

Survie

Définition

Dans ce rapport, les analyses de survie mesurent la survie nette du cancer. La survie nette est la probabilité de survie au cancer en l'absence d'autres causes de décès. Il s'agit d'une mesure qui n'est pas influencée par les changements de mortalité liés à d'autres causes et qui constitue un moyen utile de suivre la survie au cancer dans le temps, ainsi qu'entre les groupes de population et entre les registres. La mesure de la survie nette utilisée dans ce rapport est le taux de survie relative, qui montre dans quelle mesure un diagnostic de cancer peut raccourcir l'espérance de vie. Les taux de survie relative sont estimés en comparant la survie des personnes atteintes de cancer (survie observée) avec la survie de personnes similaires dans la population générale de l'Ontario pendant la même période (survie prévue).

- La survie observée est le pourcentage de personnes atteintes de cancer qui sont en vie à la fin d'une période sélectionnée par rapport au nombre total de personnes atteintes de cancer au début de cette période. Elle peut également être décrite comme la probabilité de survivre à toutes les causes de décès chez les personnes atteintes d'un diagnostic de cancer.
- La survie attendue est le pourcentage de personnes similaires dans la population générale (appariées par l'âge et le sexe binaire à la population atteinte de cancer) qui devraient être en vie à la fin de la même période.

Le taux de survie relatif est un rapport de pourcentages et est généralement exprimé en pourcentage. Plus la valeur est proche de 100 %, plus la survie de la population atteinte de cancer est proche de celle de la population générale.

Analyses

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les analyses de survie du cancer pour le [chapitre 1 : La COVID-19 et le cancer en Ontario](#), tels que la conception, les sources de données et les limitations, veuillez consulter [l'annexe 2 : La COVID-19 et le cancer](#).

Les analyses de survie étaient basées sur les premiers cancers primaires. Cela signifie que seule la première apparition du cancer par personne au cours d'une période donnée a été prise en compte dans les analyses de survie. En outre, des taux de survie relative sont fournis pour les cas diagnostiqués chez les personnes âgées de 15 à 99 ans. Les cas ont été exclus des analyses de survie dans les situations suivantes :

- l'âge de la personne était inconnu;
- ils ont été diagnostiqués sur la base d'une autopsie seulement;
- la date du diagnostic et la date du décès étaient les mêmes (c.-à-d. que le certificat de décès ne concerne que les cas où le diagnostic a été posé au moment du décès ou après); voir le [tableau A.1 dans les sources de données](#) pour plus de détails sur les cas de certificat de décès seulement.

Pour les analyses de survie incluant les cas diagnostiqués avant 2010, les règles du Centre international de recherche sur le cancer et de l'Association internationale des registres du cancer sur les sièges primaires multiples ont été utilisées pour le dénombrement des cas de cancer. Pour les analyses de survie n'incluant que les cas diagnostiqués à partir de 2010, les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer ont été utilisées pour compter les cancers primaires multiples.

Au [chapitre 4 : Survie au cancer](#), des analyses de survie ont été réalisées à l'aide du logiciel SEER*Stat (version 8.4.0.1)(179). Au [chapitre 1 : COVID-19 et le cancer en Ontario](#), des analyses de survie ont été réalisées à l'aide de SAS 9.4(180). La survie attendue a été calculée en utilisant l'approche Ederer II (184) à partir des tables de mortalité provinciales produites par Statistique Canada. Les tableaux de survie actuellement disponibles pour calculer la survie attendue peuvent ne pas refléter complètement tous les facteurs contribuant à la variation de la mortalité toutes causes confondues, comme le tabagisme. Cet écart éventuel doit être pris en compte lors de l'interprétation des estimations.

Les taux de survie relative ont été estimés par différentes méthodes en fonction de la disponibilité des données de suivi. Lorsque des données complètes de suivi après le diagnostic étaient disponibles, la méthode de cohorte a été utilisée pour estimer les taux de survie relative (p. ex. au moins cinq ans de suivi pour estimer un taux de survie relative de cinq ans). Pour les cas récemment diagnostiqués qui ne disposaient pas de données de suivi complètes, les estimations ont été calculées en utilisant la méthode de la période. L'analyse par période utilise l'expérience de survie des personnes dans un intervalle récent pour estimer la survie(185). La

méthode de la période permet d'obtenir des estimations plus récentes, car elle signifie que l'analyse ne doit pas attendre les données sur la période de suivi complète (p. ex. cinq ans pour un ratio de cinq ans). Les comparaisons entre les taux de survie relative des cohortes et des périodes doivent être interprétées avec prudence en raison des deux méthodes différentes utilisées pour calculer chacun de ces taux de survie relative.

Les taux de survie relative ont été normalisés selon l'âge en les pondérant avec les poids standard internationaux de survie au cancer(52). Voir le **tableau A.8** pour plus de détails sur les pondérations.

Tableau A.8 Normes internationales de survie au cancer utilisées pour la standardisation des taux de survie relative par type de cancer et groupe d'âge

Groupes d'âge (en années)	Pondérations	Types de cancer
15 à 44, 45 à 54, 55 à 64, 65 à 74, 75 à 99	60, 10, 10, 10, 10	Testicules, lymphome de Hodgkin, leucémie lymphoblastique aiguë
15 à 44, 45 à 54, 55 à 64, 65 à 74, 75 à 99	28, 17, 21, 20,14	Nasopharynx, tissus mous, mélanome, col de l'utérus, cerveau, glande thyroïde, os
15 à 44, 45 à 54, 55 à 64, 65 à 74, 75 à 99	7, 12, 23, 29, 29	Tous les autres types de cancer sauf le cancer de la prostate
15 à 54, 55 à 64, 65 à 74, 75 à 84, 85 à 99	19, 23, 29, 23, 6	Prostate

Pour les enfants de 0 à 14 ans, les proportions de survie globale à cinq ans ont été estimées en fonction des premiers cancers primaires diagnostiqués de 1987 à 2021. Cela signifie que seule la première apparition d'un cancer par enfant au cours d'une période donnée a été prise en compte dans les analyses de survie du cancer des enfants. La survie globale est une estimation de la probabilité de survivre à toutes les causes de décès pendant un intervalle déterminé après un diagnostic de cancer. Contrairement aux taux de survie relative, les proportions de survie globale ne tiennent pas compte de la survie prévue de la population générale en Ontario du même âge et du même sexe binaire pendant la même période. Les proportions de survie globale ont été calculées à l'aide de la méthode de la cohorte lorsque des données de suivi complètes étaient disponibles (pour les cas diagnostiqués historiquement de 1987 à 2016) et selon la méthode de la période lorsque des données de suivi complètes n'étaient pas disponibles (pour les cas diagnostiqués plus récemment de 2017 à 2021). Les personnes atteintes de cancer ont été suivies jusqu'à la date de décès ou jusqu'au 31 décembre 2021 (selon la première éventualité).

Prévalence

Les analyses de prévalence ont été réalisées à l'aide du logiciel SEER*Stat (version 8.4.0.1)(179). Ce rapport fournit la prévalence à durée limitée fondée sur les personnes, qui correspond au nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'une période donnée (p. ex. deux ans, cinq ans ou dix ans) et qui étaient encore en vie à la date de référence. Ce rapport fournit également la proportion de prévalence brute pour 100 000 personnes, qui correspond aux nombres de personnes en vie ayant reçu un diagnostic de cancer au cours de la période d'intérêt pour chaque tranche de 100 000 personnes dans la population générale à la date de référence. La date de référence choisie était le 1^{er} janvier 2021 et représentait donc les personnes atteintes d'un cancer qui étaient encore en vie à la fin de 2020. Les analyses de prévalence par groupe d'âge font référence à l'âge de la personne à la date de référence du 1^{er} janvier 2021, et non à leur âge au moment du diagnostic.

Seul le premier cancer primaire par personne a été inclus dans la valeur de prévalence pour tous les cancers combinés, mais pour chaque type de cancer individuel, tous les cas d'un type de cancer donnés par personnes ont été comptés. Par exemple, une personne atteinte d'un premier cancer primaire de la prostate et d'un second cancer primaire colorectal serait incluse une fois dans la valeur de prévalence de tous les cancers combinés, mais deux fois dans les valeurs des types de cancer (c.-à-d. une fois dans la valeur de prévalence de la prostate et une fois dans la valeur de prévalence du cancer colorectal).

Annexe 3 : Glossaire

Terme	Définition
Âge médian (au moment du diagnostic)	Âge auquel la moitié des cas de cancer déclarés sont des personnes plus âgées et l'autre moitié sont des personnes 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 primaire	Tumeur originale, ou première, apparaissant dans le corps. Les cellules cancéreuses d'un cancer primaire peuvent se propager à d'autres parties du corps et former de nouvelles tumeurs, ou tumeurs secondaires.
Cancers les plus courants	Dans 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 uniquement (CDU)	Cas pour lesquels la seule source de données est un certificat de décès. Ces cas sont exclus des analyses de survie.
Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIMO)	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 internationale du cancer chez les enfants (CICE)	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 tumeur-nœud-métastase (TNM) des tumeurs malignes	Norme reconnue pour la classification de l'étendue de la propagation du cancer.

Terme	Définition
Confirmé par microscopie	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.
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019 causée par une infection par le virus SARS-CoV-2. Dans le présent rapport, un cas de COVID-19 fait référence à un cas confirmé de la maladie tel que défini par la définition de cas de la maladie de la COVID-19 du ministère de la Santé de l'Ontario.
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	Type d'imagerie diagnostique utilisé pour aider à déterminer et à diagnostiquer le cancer.
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 (NISC)	Méthode de pondération de la population acceptée au niveau international pour normaliser les taux de survie par âge.
Percée d'infection	Fait référence à une infection à la COVID-19 qui survient après avoir terminé une série de vaccins recommandés contre la COVID-19.
Population-type	Répartition par âge utilisée comme poids pour créer des statistiques normalisées par âge (c.-à-d. ajustées en fonction de l'âge).
Prévalence de la durée limitée	Décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (appelée la date de référence) qui ont été diagnostiquées avec un cancer un certain nombre d'années (par exemple, deux ans, cinq ans, dix ans, trente ans) avant la date de référence.
Prévalence du cancer	Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le cancer, ainsi que des personnes précédemment diagnostiquées avec le cancer qui sont toujours en vie.
Probabilité à vie (de développer ou de mourir d'un cancer)	Probabilité qu'une personne reçoive, au cours de sa vie (de sa naissance à sa mort) un diagnostic de cancer ou d'en mourir.

Terme	Définition
Projection	Estimation ou prévision de l'incidence, de la mortalité ou de la prévalence du cancer basée sur des données actuelles et historiques.
Pronostic	Issus ou évolution probable du cancer.
Proportion de prévalence	Le nombre de personnes pour chaque tranche de 100 000 personnes dans la population générale qui sont en vie à la date de référence et qui ont reçu un diagnostic de 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.
Récurrence	Apparition d'un cancer au même siège ou à un autre siège après une rémission.
Règles de codage des cancers primaires multiples et de l'histologie	Ensemble de règles qui guident le processus de détermination du nombre de cancers primaires et l'uniformisent. Les Règles de codage de l'histologie contiennent des instructions détaillées de codage de l'histologie pour les registraires du cancer.
Règles de codage des tumeurs solides	Nouvelles règles touchant les cancers primaires et l'histologie qui ont remplacé les Règles de codage des cancers primaires multiples et de l'histologie de Surveillance, épidémiologie et résultats finaux de 2007. Elles sont utilisées pour les cas diagnostiqués à partir de 2018 dans le Registre du cancer de l'Ontario.
Sous-site	Partie anatomique du corps où un cancer se développe, comme l'oropharynx dans la cavité buccale et le pharynx.
Sous-type	Type de cellules cancéreuses (type histologique) qui spécifie la sous-catégorie d'un cancer, comme l'adénocarcinome par rapport au carcinome épidermoïde.
Stade au moment du diagnostic	Se réfère à l'étendue de la propagation du cancer au moment où le diagnostic de cancer est établi.

Terme	Définition
Surmortalité	Décrit la différence entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus, en fonction de la tendance des taux de mortalité des années précédentes. La surmortalité est une mesure qui peut signaler un changement dans la cause des décès. Les surmortalités surviennent lorsqu'il y a plus de décès pendant une période que ce qui est typique pour cette période.
Surpoids et obésité	L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit le surpoids comme un état caractérisé par un dépôt excessif de tissu adipeux, et l'obésité comme une maladie complexe qui se définit par un dépôt excessif de tissu adipeux pouvant nuire à la santé, toutes deux pouvant être diagnostiquées à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) comme mesure clé. [Obésité et surpoids (who.int)]
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 d'incidence normalisé selon l'âge (TISA)	Moyenne pondérée (basée sur une population standard) du nombre de nouveaux cas de cancer pour 100 000 personnes dans un groupe d'âge de cinq 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 standard est la population standard canadienne de 2011.

Terme	Définition
Taux de mortalité normalisé selon l'âge	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. Un taux standardisé selon l'âge donne le taux qui se produirait si la population d'intérêt avait la même répartition par âge qu'une population standard donnée. Dans ce rapport, la population standard est la population standard canadienne de 2011. 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 standard est la population standard canadienne de 2011.
Taux de survie relative (TSR)	Proportion de personnes qui survivent pendant un certain temps (p. ex. 5 ans) par rapport à la survie attendue de personnes similaires (en fonction de l'âge, du sexe binaire et du temps) dans la population générale.
Temps-personnes (par exemple, année-personne ou jours-personnes)	Une mesure combinant le nombre de personnes et le temps en tant que dénominateur dans un taux lorsque les personnes sont exposées au risque de développer une maladie, d'être hospitalisées ou de mourir.
Tomographie assistée par ordinateur (TAO)	Type d'imagerie diagnostique utilisé pour aider à déterminer et à diagnostiquer le cancer.
Variation annuelle en pourcentage (VAP)	Mesure permettant d'évaluer le taux de variation dans le temps (p. ex. taux d'incidence ou de mortalité). Elle représente la variation en pourcentage à court terme, à la hausse ou à la baisse, par année, en blocs de temps sur une période de temps spécifiée.
Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP)	Une mesure sommaire qui permet l'utilisation d'un seul numéro pour décrire la <i>moyenne</i> des variations annuelles en pourcentage au cours d'une période donnée.
Vieillessement de la population	Désigne une proportion croissante de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population.

Références

1. Sundaram ME, Calzavara A, Mishra S, Kustra R, Chan AK, Hamilton MA, et coll. Individual and social determinants of SARS-CoV-2 testing and positivity in Ontario, Canada: a population-wide study, *CMAJ.*, 2021; vol. 193, n° 20, p. E 723–E734.
2. Ma H, Chan AK, Baral SD, Fahim C, Straus S, Sander B, et coll. Which curve are we flattening? The disproportionate impact of COVID-19 among economically marginalized communities in Ontario, Canada, was unchanged from wild-type to Omicron, *Open Forum Infect Dis.*, 2023; vol. 10, n° 1, ofac690.
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). La COVID-19 en Ontario - un regard sur la précarité économique des quartiers : du 26 février 2020 au 31 décembre 2022, Toronto, Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.
4. Stall NM, Brown KA, Maltsev A, Jones A, Costa AP, Allen V, et coll. COVID-19 and Ontario's long-term care homes. Toronto, Ontario COVID-19 Science Advisory Table; 2021. Science Brief No.: 2(7).
5. Guttman A, Gandhi S, Wanigaratne S, Lu H, Ferreira-Legere LE, Paul J, et coll. COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario: Characteristics of those tested and those confirmed positive, as of June 13, 2020, Toronto, ICES; 2020.
6. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: Centres for Disease Control and Prevention; 2020. Underlying medical conditions associated with higher risk for severe COVID-19: Information for healthcare professionals [updated 2023 Feb 9; cited 2023 Jul 24]. Disponible au lien suivant : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>
7. Gong IY, Vijenthira A, Powis M, Calzavara A, Patrikar A, Sutradhar R, et coll. Association of COVID-19 vaccination with breakthrough infections and complications in patients with cancer, *JAMA Oncol.*, 2023; vol. 9, n° 3, p. 386–94.
8. Santé Ontario [Internet]. Toronto, Santé Ontario; [mis à jour le 28 mars 2023]. Incidence de la pandémie de COVID-19 sur le réseau de cancérologie de l'Ontario; 1er novembre 2021 [consulté le 19 juillet 2023]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ontariohealth.ca/fr/a-propos-de-nous/notre-travail/nos-histoires/incidence-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-le-reseau-de-cancerologie-de>
9. Walker MJ, Wang J, Mazuryk J, Skinner SM, Meggetto O, Ashu E, et coll; Cancer Care Ontario COVID-19 Impact Working Group. Delivery of cancer care in Ontario, Canada, during the first year of the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open.* 2022; vol. 5, n° 4, p. e228855.

10. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2019. La voie du rétablissement : le cancer à l'ère de la COVID-19; 15 janvier 2022 [consulté le 19 juillet 2023]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.partnershipagaincancer.ca/fr/topics/cancer-in-covid-19-era/summary/>
11. Khattar J, Anderson LN, De Rubeis V, de Groh M, Jiang Y, Jones A, et coll. Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Team). Unmet health care needs during the COVID-19 pandemic among adults: a prospective cohort study in the Canadian Longitudinal Study on Aging, *CMAJ Open*, 2023; vol. 11, n° 1, p. E140–E151.
12. Glazier RH, Green ME, Wu FC, Frymire E, Kopp A, Kiran T. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada, *CMAJ*, 2021, vol. 193, n° 6, p. E200–E210.
13. Eskander A, Li Q, Yu J, Hallet J, Coburn NG, Dare A, et coll. Incident cancer detection during the COVID-19 pandemic, *J Natl Compr Canc Netw*, 2022, vol. 20, n° 3, p. 276–84.
14. Eskander A, Li Q, Hallet J, Coburn N, Hanna TP, Irish J, et coll. Access to cancer surgery in a universal health care system during the COVID-19 pandemic, *JAMA Netw Open*, 2021, vol. 4, n° 3, p. e211104.
15. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et coll. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study, *Lancet Oncol.*, 2020, vol. 21, n° 8, p. 1023-2034.
16. Malagón T, Yong JHE, Tope P, Miller Jr. WH, Franco EL, McGill Task Force on the Impact of COVID-19 on Cancer Control and Care. Predicted long-term impact of COVID-19 pandemic-related care delays on cancer mortality in Canada. *Int J Cancer.*, 2022, vol. 150, n° 8, p. 1244-1254.
17. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Résumé épidémiologique : La COVID-19 en Ontario : pleins feux sur la période du 6 novembre 2022 au 12 novembre 2022 (semaine 45). Toronto, Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022.
18. Statistique Canada [Internet]. Ottawa Statistiques Canada; [mis à jour en 2023]. Incidence du cancer au Canada, 2020; 16 mai 2023 [consulté le 26 juillet 2023]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230516/dq230516c-fra.htm>
19. Lum SS, Browner AE, Palis B, Nelson H, Boffa D, Nogueira LM, et coll. Disruption of national cancer database data models in the first year of the COVID-19 pandemic. *JAMA Chir.*, 2023; vol. 158, n° 6, p. 643–50.
20. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugarathnam K, Sobin L, Parkin DM, et coll. éditeurs. International classification of diseases for oncology (ICD-O-3). 3^e éd., 2^e mise à jour. Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2019.

21. Ramanakumar AV, Annie B, Frederic L, Christine B, Cathy R, Jean L. Evaluating the impact of COVID-19 on cancer declarations in Quebec, Canada, *Cancer Med.*, 2023; vol. 12, n° 5, p. 6260-6269.
22. Decker KM, Feely A, Bucher O, Czaykowski P, Hebbard P, Kim JO, et coll. New cancer diagnoses before and during the COVID-19 pandemic, *JAMA Netw Open*, 2023; vol. 6, n° 9, p. e2332363.
23. Heer E, Ruan Y, Boyne DJ, Jarada TN, Heng D, Henning JW, et coll. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnoses, stage and survival in Alberta, *CMAJ*, 2023; vol. 195, n° 23, p. E804–E812.
24. Santé Ontario. Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2023, Toronto (Ont.), Santé Ontario; 2024.
25. Toes-Zoutendijk E, Vink G, Nagtegaal ID, Spaander MCW, Dekker E, van Leerdam ME, et coll. Impact of COVID-19 and suspension of colorectal cancer screening on incidence and stage distribution of colorectal cancers in the Netherlands, *Eur J Cancer*, 2022; vol. 161, p. 38-43.
26. Tran C, Cipriano LE, Driman DK. Impact of COVID-19-related health care disruptions on pathologic cancer staging during the first pandemic year: a retrospective cohort study from March 2018 to March 2021, *CMAJ Open*, 2023; vol. 11, n° 3, p. E475–E484.
27. Swift BE, Mazuryk J, Yermakhanova O, Green B, Ferguson SR, Kupets R. Access to surgery for endometrial cancer patients during the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada: A population-based study. *J Obstet Gynaecol Can.*, 2024; vol. 46, n° 1, p. 102226.
28. Mynard N, Saxena A, Mavracick A, Port J, Lee B, Harrison S, et col. Lung cancer stage shift as a result of COVID-19 lockdowns in New York City, a brief report, *Clin Lung Cancer*, 2022; vol. 23, n° 3, p. e238–e242.
29. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et coll. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China, *Lancet Oncol.*, 2020; vol. 21, n° 3, p. 335-337.
30. Yu J, Ouyang W, Chua MLK, Xie C. SARS-CoV-2 transmission in patients With cancer at a tertiary care hospital in Wuhan, China, *JAMA Oncol.*, 2020; vol. 6, n° 7, p. 1108-1110.
31. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et coll. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY, *Nature*, 2020; vol. 584, n° 7821, p. 430-436.
32. Johansson ALV, Skog A, Johannesen TB, Myklebust TÅ, Skovlund CW, Mørch LS, et coll. Were cancer patients worse off than the general population during the COVID-19 pandemic? A population-based study from Norway, Denmark and Iceland during the pre-vaccination era, *Lancet Reg Health Eur.*, 2023; vol. 31, p. 100680.

33. Ismaili N. COVID-19 recommendations for patients with cancer: the post-COVID-19 era, *SN Compr Clin Med.*, 2020; vol. 2, n° 9, p. 1290–1295.
34. Rivera DR, Gallicchio L, Brown J, Liu B, Kyriacou DN, Shelburne N. Trends in adult cancer-related emergency department utilization: An analysis of data from the Nationwide Emergency Department Sample, *JAMA Oncol.*, 2017; vol. 3, n° 10, p. e172450.
35. Hosseini-Moghaddam SM, Shepherd FA, Swayze S, Kwong JC, Chan KKW. SARS-CoV-2 infection, hospitalization, and mortality in adults with and without cancer, *JAMA Netw Open*, 2023; vol. 6, n° 8, p.e2331617.
36. Starkey T, Ionescu MC, Tilby M, Little M, Burke E, Fittall MW, et coll. A population-scale temporal case-control evaluation of COVID-19 disease phenotype and related outcome rates in patients with cancer in England (UKCCP), *Sci Rep.*, 2023; vol. 13, n° 1, p. 11327.
37. Zhang X, Kuliszewski MG, Khan AR, Schymura MJ. Early COVID-19 hospitalizations among New York State residents with a history of invasive cancer, *J Registry Manag.*, 2022;49 n° 4, p. 114-125.
38. Kim Y, Zhu L, Zhu H, Li X, Huang Y, Gu C, et coll. Characterizing cancer and COVID-19 outcomes using electronic health records, *PLoS One*, 2022; vol. 17 n°5, p. e0267584.
39. Wang Q, Berger NA, Xu R. When hematologic malignancies meet COVID-19 in the United States: infections, death and disparities, *Blood Rev.*, 2021; vol. 47, p. 100775.
40. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario) [Internet], Toronto, L'Agence; 2023, COVID-19 data too [citation du 24 juillet 2023]. Disponible à l'adresse suivante : www.publichealthontario.ca/en/Data-and-Analysis/Infectious-Disease/COVID-19-Data-Surveillance/COVID-19-Data-Tool
41. Akhtar-Danesh N, Baumann A, Crea-Arsenio M, Antonipillai V. COVID-19 excess mortality among long-term care residents in Ontario, Canada, *PLoS One*, 2022; vol. 17, n° 1, p. e0262807.
42. Institut canadien d'information sur la santé. La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays?, Ottawa, L'Institut; 2020.
43. Potter AL, Vaddaraju V, Venkateswaran S, Mansur A, Bajaj SS, Kiang MV, et coll. Deaths due to COVID-19 in patients with cancer during different waves of the pandemic in the US, *JAMA Oncol.*, 2023; vol. 9, n° 10, p. 1417–22.
44. Postill G, Murray R, Wilton AS et coll. Excess mortality in Ontario during the COVID-19 pandemic, Toronto, Ontario COVID-19 Science Advisory Table; 2021, Résumé scientifique n° : vol. 2, n° 29.
45. Statistique Canada [Internet]. Ottawa Statistique Canada; [mis à jour 2023]. Mortalité prématurée et potentiellement évitable, Canada, provinces et territoires, 2011 à 2020,

18 avril 2023 [cité le 19 juillet 2023]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230418/dq230418b-fra.htm>

46. Institut canadien d'information sur la santé [Internet]. Ottawa, L'Institut; [mis à jour en 2023], Décès évitables [2010] - [mis à jour en 2023; cité le 19 juillet 2023]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/deces-evitables>.
47. National Cancer Institute [Internet]. Bethesda, The Institute; 2020. COVID-19 : What People with Cancer Should Know; 2020 [updated 2023 Oct 10; cited 2023 Dec 20]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cancer.gov/about-cancer/coronavirus/coronavirus-cancer-patient-information>
48. Sinha S, Kundu CN. Cancer and COVID-19: why are cancer patients more susceptible to COVID-19?, *Med Oncol.*, 2021; vol. 38, n° 9, p. 101.
49. Andrew TW, Alrawi M, Lovat P. Reduction in skin cancer diagnoses in the UK during the COVID-19 pandemic, *Clin Exp Dermatol.*, 2021; vol. 46, n° 1, p. 145-146.
50. Institut canadien d'information sur la santé [Internet]. Ottawa, L'Institut; [mis à jour en 2023], Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 10 mai 2022 [consulté le 20 décembre 2023]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cihi.ca/fr/les-temps-dattente-pour-les-interventions-prioritaires-au-canada-2022>
51. Fu R, Sutradhar R, Li Q, Hanna TP, Chan KKW, Irish JC, et coll. Timeliness and modality of treatment for new cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Canada, *JAMA Netw Open*, 2023; vol. 6, n° 1, p. e2250394.
52. Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios, *Eur J Cancer*. 2004; vol. 40, n° 15, p. 2307-2016.
53. Cortellini A, Salazar R, Gennari A, Aguilar-Company J, Bower M, Bertuzzi A, et coll. Persistence of long-term COVID-19 sequelae in patients with cancer: Une analyse du registre OnCovid, *Eur J Cancer.*, 2022; vol. 170, p. 10-16.
54. Pinato DJ, Tabernero J, Bower M, Scotti L, Patel M, Colomba E, et coll. Prevalence and impact of COVID-19 sequelae on treatment and survival of patients with cancer who recovered from SARS-CoV-2 infection: evidence from the OnCovid retrospective, multicentre registry study, *Lancet Oncol.*, 2021; vol. 22, n° 12, p. 1669-1680.
55. Société canadienne du cancer. Information sur le cancer [Internet], 2024 [cité en mars 2024]. Disponible sur : <https://cancer.ca/fr/cancer-information>.
56. Société canadienne du cancer. Statistiques sur la prévention [Internet], 2024 [cité en mars 2024]. Disponible sur : <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/prevention-statistics>.

57. North American Association of Central Cancer Registries. CINA Explorer: An interactive tool for quick access to key NAACCR cancer statistics based on the Cancer in North America (CiNA) dataset from the North American Association of Central Cancer Registries [Internet], 2024 [cité le 7 octobre 2024]. Disponible sur : naaccr.org/interactive-data-on-line.
58. Moyer VA; au nom du U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement, *Ann Intern Med.*, 2012;vol. 157, n° 2, p. 120–34.
59. 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*, 2014; vol. 186, n° 16, p. 1225-1234.
60. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et coll. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement, *JAMA*, 2018; vol. 319, n° 18, p. 1901-1913.
61. Edgren G, Liang L, Adami HO, Chang ET. Enigmatic sex disparities in cancer incidence, *Eur J Epidemiol.*, 2012; vol. 27, n° 3, p. 187-196.
62. Kim HI, Lim H, Moon A. Sex differences in cancer: epidemiology, genetics and therapy, *Biomol Ther.*, 2018; vol. 26, n° 4, p. 335-342.
63. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services, *J Fam Pr.*, 2000; vol. 49, n° 2, p. 147-152.
64. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction, *Patient Educ Couns*, 2009; vol. 76, no 3, p. 3560360.
65. Jackson SS, Marks MA, Katki HA, Cook MB, Hyun N, Freedman ND, et coll. Sex disparities in the incidence of 21 cancer types: Quantification of the contribution of risk factors, *Cancer*, 2022; vol. 128, n° 19 p. 3531-3540.
66. Klein SL, Flanagan KL. Sex differences in immune responses, *Nat Rev Immunol*, 2016; vol. 16, n° 10, p. 626-638.
67. Chandanos E, Lagergren J. Oestrogen and the enigmatic male predominance of gastric cancer, *Eur J Cancer*, 2008;44, n° 16):2397–403.
68. Marinaccio A, Corfiati M, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Ferrante P, et coll.; ReNaM Working Group. The epidemiology of malignant mesothelioma in women: gender differences and modalities of asbestos exposure, *Occup Environ Med.*, 2018; vol. 75, n° 4. p. 254-262.
69. Lemen RA. Mesothelioma from asbestos exposures: epidemiologic patterns and impact in the United States, *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.*, 2016; vol. 19, n° 5-6, p. 250-265.

70. de Vincentiis L, Carr RA, Mariani MP, Ferrara G. Cancer diagnostic rates during the 2020 'lockdown', due to COVID-19 pandemic, compared with the 2018–2019: an audit study from cellular pathology, *J Clin Pathol.*, 2021; vol. 74, n° 3, p. 187-189.
71. Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, Louwman MWJ, van Nederveen FH, Willems SM, et coll. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands, *Lancet Oncol.*, 2020; vol. 21, n° 6, p. 750-0751.
72. Hall ET, Fernandez-Lopez E, Silk AW, Dummer R, Bhatia S. Immunologic characteristics of nonmelanoma skin cancers: implications for immunotherapy, *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2020; vol. 40, p. 398-407.
73. 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.*, 2015; vol. 56, n° 4, p. 258-267.
74. Flohil SC, Seubring I, van Rossum MM, Coebergh JWW, de Vries E, Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: a 37-year Dutch observational study, *J. Invest Dermatol.*, 2013;vol. 133, n° 4, p. 913-918.
75. 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.*, 2018; vol. 50, n° 3, p. 729-737.
76. 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.*, 2015; vol. 112, n° 3, p. 580-593.
77. 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.*, 2018; vol. 67, n° 12, p. 1-42.
78. Action Cancer Ontario. Indice de qualité du système de prévention 2023, Toronto, Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.
79. Action Cancer Ontario. Cancer risk factors in Ontario: evidence summary, Toronto, Action Cancer Ontario; 2013.
80. Thielman J, Harrington D, Rosella LC, Manson H. Prevalence of age-specific and sex-specific overweight and obesity in Ontario and Quebec, Canada: a cross-sectional study using direct measures of height and weight, *BMJ Open.*, 2018; vol. 8, n° 9, p. e022029.
81. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women, *JAMA*, 2011;vol. 306, n° 7, p. 737-745.

82. Rink M, Crivelli JJ, Shariat SF, Chun FK, Messing EM, Soloway MS. Tabagisme et cancer de la vessie : une revue systématique des risques et des résultats, *Eur Urol Focus*, 2015; vol. 1, n° 1, p. 17-27.
83. Hashibe M, Sturgis E, Ferlay J, Winn D. Oral cavity, oropharynx, lip, and salivary glands, dans Thun MJ, Linet MS, Cerhan JR, Haiman C, Schottenfeld D, éditeurs, *Schottenfeld and Fraumeni cancer epidemiology and prevention*, 4^e éd. New York, Oxford University Press; 2017. p. 543-578.
84. Ringelhan M, McKeating JA, Protzer U. Viral hepatitis and liver cancer, *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 2017; vol. 372, n° 1732, p. 20160274.
85. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances des maladies infectieuses en Ontario : Hépatite B (chronique) [Internet], 2024 [cité le 23 janvier 2024]. Disponible à l'adresse : publichealthontario.ca/en/Data-and-Analysis/Infectious-Disease/Reportable-Disease-Trends-Annually
86. Saitta C, Pollicino T, Raimondo G. Obesity and liver cancer, *Ann Hepatol.* 2019; vol. 18, n° 6, p. 810-815.
87. Maniakas A, Dadu R, Busaidy NL, Wang JR, Ferrarotto R, Lu C, et coll. Evaluation of overall survival in patients with anaplastic thyroid carcinoma, 2000-2019, *JAMA Oncol.*, 2020; vol. 6, n° 9, p. 1397-1404.
88. Du L, Zhao Z, Zheng R, Li H, Zhang S, Li R, et col. Epidemiology of thyroid cancer: incidence and mortality in China 2015, *Front Oncol.*, 2020; vol. 10, p. 1702.
89. Moleti M, Sturniolo G, Di Mauro M, Russo M, Vermiglio F. Female reproductive factors and differentiated thyroid cancer. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2017; vol., 8, p. 111.
90. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study, *BMC Fam Pract.*, 2016; vol. 17, p. 38.
91. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et coll. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine, *Lancet*, 2020; vol. 396, n° 10250, p. 565-582.
92. Huang H, Rusiecki J, Zhao N, Chen Y, Ma S, Yu H, et coll. Thyroid-stimulating hormone, thyroid hormones, and risk of papillary thyroid cancer: a nested case–control study, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 2017; vol. 26, n° 8, p. 1209-1218.
93. Yao R, Chiu CG, Strugnelli SS, Gill S, Wiseman SM. Gender differences in thyroid cancer: a critical review, *Expert Rev Endocrinol Metab.*, 2011; vol. 6, n° 2, p. 215-243.
94. Miller KD, Ostrom QT, Kruchko C, Patil N, Tihan T, Cioffi G, et coll. Brain and other central nervous system tumor statistics, 2021, *CA Cancer J Clin.*, 2021; vol. 71, no 5, p. 381-406.

95. 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.*, 2013; vol. 14, n° 6, p. 3979-3985.
96. 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.*, 2011; vol. 103, n° 9, p. 714-736.
97. 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.*, 2018; vol. 20, n° 4 (suppl), p. iv1-86.
98. 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.*, 2018; vol. 45, n° 1, p. 117-131.
99. Fan ZX, Shen J, Wu YY, Yu H, Zhu Y, Zhan RY. Hormone replacement therapy and risk of meningioma in women: a meta-analysis, *Cancer Causes Control*, 2013; vol. 24, n° 8, p. 1517-1525.
100. Millward CP, Keshwara SM, Islim AI, Jenkinson MD, Alalade AF, Gilkes CE. Development and growth of intracranial meningiomas in transgender women taking cyproterone acetate as gender-affirming progestogen therapy: a systematic review, *Transgend Health.*, 2022; vol. 7, n° 6, p. 473-483.
101. Action Cancer Ontario. Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) [Internet], 2017 [cité 29 avril 2024]. Disponible sur le site : <https://www.cancercareontario.ca/fr/propos-action-cancer-ontario/programmes/programmes-depistage/programme-ontarien-depistage-cancer-sein>
102. Pizot C, Boniol M, Mullie P, Koechlin A, Boniol M, Boyle P, et coll. Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: a meta-analysis of prospective studies, *Eur J Cancer.*, 2016; vol. 52, p. 138-154.
103. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence, *Lancet*, 2019; vol. 394, n° 10204, p. 1159-1168.
104. Ferrence RG. Sex differences in cigarette smoking in Canada, 1900-1978: a reconstructed cohort study, *Can J Public Health*, 1988; vol. 79, n° 3, p. 160-165.
105. Chaiton M, Callard C. Mind the gap: disparities in cigarette smoking in Canada, *Tob Use Insights*, 2019; vol. 12, p. 1179173X1983905.

106. Cheng ES, Weber M, Steinberg J, Qin Yu X. Lung cancer risk in never-smokers: an overview of environmental and genetic factors, *Chin J Cancer Res.*, 2021; vol. 33, n° 5, p. 548-562.
107. Shankar A, Dubey A, Saini D, Singh M, Prasad CP, Roy S, et coll. Environmental and occupational determinants of lung cancer, *Transl Lung Cancer Res.*, 2019; vol. 8, suppl. 1, p. S 31–S49.
108. Francoeur AA, Liao CI, Caesar MA, Chan A, Kapp DS, Cohen JG, et coll. The increasing incidence of stage IV cervical cancer in the USA: what factors are related?, *Int J Gynecol Cancer*, 2022; vol. 32, n° 9, p.1115-1122.
109. De P, Otterstatter MC, Semenciw R, Ellison LF, Marrett LD, Dryer D. Trends in incidence, mortality, and survival for kidney cancer in Canada, 1986-2007. *Cancer Causes Control.*, 2014; vol. 25, n° 10, p. 1271-1281.
110. Divakar P, Davies L. Trends in incidence and mortality of larynx cancer in the US, *JAMA Otolaryngol Neck Surg.*, 2023; vol. 149, n° 1, p. 34-41.
111. Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, Lippi G. Updates on larynx cancer epidemiology, *Chin J Cancer Res.*, 2020; vol. 32, n° 1, p. 18-25.
112. Dong Y, Shi O, Zeng Q, Lu X, Wang W, Li Y, et coll. Leukemia incidence trends at the global, regional, and national level between 1990 and 2017, *Exp Hematol Oncol.*, 2020; vol. 9, n° 14.
113. Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, Caligaris-Cappio F, Dighiero G, Döhner H, et col. International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute–Working Group 1996 guidelines, *Blood*, 2008; vol. 111, no 12, p. 5446-5456.
114. Rinaldi L, Nevola R, Franci G, Perrella A, Corvino G, Marrone A, et coll. Risk of hepatocellular carcinoma after HCV clearance by direct-acting antivirals treatment predictive factors and role of epigenetics, *Cancers (Bâle)*, 2020; vol. 12, n° 6, p. 1351.
115. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, Curado MP, Ferlay J, Franceschi S, et coll. Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers, *J Clin Oncol.*, 2013; vol. 31, n° 36, p. 4550-4559.
116. Gurney JK, Florio AA, Znaor A, Ferlay J, Laversanne M, Sarfati D, et coll. International trends in the incidence of testicular cancer: lessons from 35 years and 41 countries, *Eur Urol.*, 2019; vol. 76, n° 5, p. 615-623.
117. Li Y, Che W, Yu Z, Zheng S, Xie S, Chen C, et coll. The incidence trend of papillary thyroid carcinoma in the United States during 2003–2017, *Cancer Control*, 2022; vol, 29, p. 107327482211354.

118. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et coll. 2015 American thyroid association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer, *Thyroid*, 2016; vol. 26, n° 1, p. 1-133.
119. Action Cancer Ontario. Thyroid cancer diagnosis pathway map [Internet] (en anglais seulement), 2019 [cité le 29 avril 2024]. Disponible sur le site : cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOThyroidDiagnosisPathway.pdf
120. Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Bray F, Jemal A. International patterns and trends in endometrial cancer incidence, 1978-2013, *J Natl Cancer Inst.*, 2018; vol. 110, no 4, p. 354-361.
121. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States, *Cancer Res.*, 2014; vol. 74, n° 11, p. 2913-2921.
122. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et coll. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes?, Systematic review, *Br J Cancer*, 2015; vol, 112, suppl. 1, p. S92-S107.
123. Verbrugge LM. Sex differentials in health, *Public Health Rep.*, 1982; vol. 97, n° 5, p. 417-437.
124. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans, *Hum Reprod Update.*, 2005; vol. 11, n° 4, p. 411-423.
125. Statistique Canada. Tableau : 13-10-0801-01, Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011). [Internet], Ottawa, Statistique Canada [cité le 15 janvier 2024]. Disponible sur : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080101&request_locale=fr
126. 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.*, 2014; vol. 106, n° 11, p. dju261.
127. 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.*, 2016; vol. 164, n° 4, p. 244-255.
128. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review, *JAMA*, 2019; vol. 321, n° 3, p. 288-300.

129. McDonald ES, Clark AS, Tchou J, Zhang P, Freedman GM. Clinical diagnosis and management of breast cancer, *J Nucl Med.*, 2016; vol. 57, suppl. 1, p. 9S-16S.
130. Offodile AC, Gu C, Boukovalas S, Coroneos CJ, Chatterjee A, Largo RD, et coll. Enhanced recovery after surgery (ERAS) pathways in breast reconstruction: systematic review and meta-analysis of the literature, *Breast Cancer Res Treat*, 2019; vol. 173, n° 1, p. 65-77.
131. Arsalani-Zadeh R, ELFadl D, Yassin N, MacFie J. Evidence-based review of enhancing postoperative recovery after breast surgery, *Br J Surg.*, 2011; vol. 98, n° 2, p. 181-196.
132. Biller LH, Schrag D. Diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer: a review, *JAMA*, 2021; vol. 325, n° 7, p. 669-685.
133. Ahmed S, Johnson K, Ahmed O, Iqbal N. Advances in the management of colorectal cancer: from biology to treatment, *Int J Colorectal Dis.*, 2014; vol. 29, n° 9, p. 1031-1042.
134. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et coll. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012, *JAMA*, 2014; vol. 311, n° 2, p. 183-192.
135. Litwin MS, Tan HJ. The diagnosis and treatment of prostate cancer: a review, *JAMA*, 2017; vol. 317, n° 24, p. 2532-2542.
136. Action Cancer Ontario. Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet], 2021 [cité le 29 février 2024]. Disponible sur : <https://www.cancercareontario.ca/fr/types-de-cancer/cancer-du-col-de-uterus/depistage>
137. Lin S, Gao K, Gu S, You L, Qian S, Tang M, et coll. Worldwide trends in cervical cancer incidence and mortality, with predictions for the next 15 years, *Cancer*, 2021; vol. 127, n° 21, p. 4030-4039.
138. Huang J, Pang WS, Lok V, Zhang L, Lucero-Prisno DE, Xu W, et coll. Incidence, mortality, risk factors, and trends for Hodgkin lymphoma: a global data analysis, *J Hematol Oncol J Hematol Oncol.*, 2022; vol. 15, n° 1, p. 57.
139. O'Sullivan DE, Boyne DJ, Gogna P, Brenner DR, Cheung WY. Understanding real-world treatment patterns and clinical outcomes among metastatic melanoma patients in Alberta, Canada, *Curr Oncol.*, 2023; vol. 30, n° 4, p. 4166-4176.
140. Felix AS, Brinton LA. Cancer progress and priorities: uterine cancer, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 2018; vol. 27, n° 9, p.985-994.
141. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival, *J Intern Med.*, 2006; vol. 260. n° 2, p. 103-117.
142. Richards MA, Stockton D, Babb P, Coleman MP. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival?, *BMJ.*, 2000; vol. 320, n° 7239, p. 895-898.

143. 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.*, 2014; vol 2014, n° 49, p. 187-197.
144. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial de 2018 sur l'incidence du cancer selon le stade, Toronto, Société canadienne du cancer; 2018.
145. 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; 1er au 9 juin 2012; Portland, OR. Disponible au lien suivant : naaccr.org/wp-content/uploads/2016/11/Diane-Nishri-session3D-.pdf
146. 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.*, 2010; vol. 5, n° 10, p. 1594-15601.
147. 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; vol. 17, n° 5, p. 469-480.
148. 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.*, 2016, vol. 25, n° 5, p. 404409.
149. Joosse A, de Vries E, Eckel R, Nijsten T, Eggermont AM, Holzel D, et coll.; pour le Munich Melanoma Group. Gender differences in melanoma survival: female patients have a decreased risk of metastasis, *J Invest Dermatol.*, 2011; vol. 131, n° 3, p. 719-726.
150. Schwartz MR, Luo L, Berwick M. Sex differences in melanoma. *Curr Epidemiol Rep.*, 2019, vol. 6, no 2, p. 112-118.
151. 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.*, 2016, vol. 8, n° 369, p. 369ra177.
152. 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.*, 2016, vol. 69, n° 2, p. 300-310.
153. Bilski K, Zapała Ł, Skrzypczyk MA, Oszczudłowski M, Dobruch J. Review on gender differences in non-muscle invasive bladder cancer, *Transl Androl Urol.*, 2019, vol. 8, n° 1, p. 12-20.

154. Quaglia A, Tavilla A, Shack L, Brenner H, Janssen-Heijnen M, Allemani C, et coll., EURO CARE Working Group. The cancer survival gap between elderly and middle-aged patients in Europe is widening, 2008, vol.45, n° 6, p. 1006-1016.
155. Statistique Canada. Recensement de la population de 2021 : sommaire géographique, Ontario [Province] [Internet]. 2022 [cité le 12 février 2024]. Disponible au site : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/search-recherche/productresults-resultatsproduits-fra.cfm>
156. Micheli A, Mugno E, Krogh V, Quinn MJ, Coleman M, Hakulinen T, et coll.; EUROP REVAL Working Group, Cancer prevalence in European registry areas, Ann Oncol., 2002. vol. 13. n° 6, p. 840-865.
157. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada., Statistiques canadiennes sur le cancer : Rapport spécial 2022 sur la prévalence du cancer [Internet], 2022 [cité le 13 février 2024]. Disponible du site : <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/canadian-cancer-statistics>
158. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer, Cancer, 2008; vol. 112, n° 11 suppl., p. 2577-2592.
159. Action Cancer Ontario. Follow-up model of care for cancer survivors: recommendations for the delivery of follow-up care for cancer survivors in Ontario [Internet], 2019 [cité le 13 février 2024]. Disponible sur : cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/58736
160. Société canadienne du cancer. The importance of follow-up care [Internet], . 2013 [cité le 13 février 2024]. Disponible sur : cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/importance-follow-care.
161. Gouvernement de l'Ontario. Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, chap. 3, annexe A, S.O. 2004, [Internet], modifié 2023, chap. 4, ann. 1, art. 75. [cité 1^{er} mars 2024]. Disponible sur le site : <https://www.ontario.ca/lois/loi/04p03>
162. Marrett LTD, Hatcher J. A data quality assessment protocol for Canadian cancer surveillance, Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2009.
163. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01, Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et genre [Internet], Ottawa, Statistique Canada, 2022 [cité le 27 janvier 2023]. Disponible sur le site : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr
164. Gouvernement de l'Ontario; ministre des Finances. Projections démographiques pour l'Ontario, 2022-2046. [Internet]. Toronto, Imprimeur de la Reine de l'Ontario, juin 2021

[consulté le 1^{er} décembre 2022]. Disponible sur le site : ontario.ca/page/projections-de-population-de-lontario

165. Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10) [Internet], Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité le 1^{er} juin 2023]. Disponible sur le site : who.int/publications/m/item/covid-19-update-for-icd-10.
166. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). Voir le site Recode ICD-O-3/WHO 2008 Definition [Internet]. 2008 [cité le 1^{er} décembre 2023]. Disponible sur le site : seer.cancer.gov/siterecode/icdo3_dwhohome
167. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et coll.. éditeurs; American Joint Committee on Cancer, AJCC cancer staging manual, 8^e éd. New York, Springer; 2017.
168. 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, Surveillance, Epidemiology and End Results Program; 2007 [révisé du 24 août 2012; cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur le site : seer.cancer.gov/tools/mphrules
169. Centre international de recherche sur le cancer; Organisation mondiale de la santé; International Association of Cancer Registries, Réseau européen des registres du cancer. International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-O), 3^e éd. Lyon, France, Centre international de recherche sur le cancer; 2004. Rapport interne n° 2004/02.
170. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International classification of childhood cancer, 3^e édition, Cancer, 2005, vol. 103, n° 7, p. 1457-1467.
171. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la santé. Protocole concernant les maladies infectieuses 2023 [Internet]. Toronto, ministère de la Santé; juillet 2023 [cité 19 juillet 2023]. Disponible sur le site : <https://www.ontario.ca/fr/page/normes-de-sante-publique-de-lontario-exigences-relatives-aux-programmes-aux-services-et-la#section-2>
172. Salmon M, Schumacher D, Höhle M. Monitoring count time series in R: aberration detection in public health surveillance, J Stat Softw. 2016, vol. 70, n° 10, p. 1-35.
173. Centers for Disease Control and Prevention. Excess deaths associated with COVID-19. [Internet], 2023 [cité le 5 mai 2024]. Disponible sur le site : cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm#techNotes
174. DevCan - Probability of Developing or Dying of Cancer Software. Version 6.7.5 [logiciel]. Bethesda (MD), National Cancer Institute, Statistical Research and Applications Branch; 2019 [cité le 1^{er} janvier 2023]. Disponible sur le site : surveillance.cancer.gov/devcan/download

175. 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.
176. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [logiciel], Vienne, Autriche : R Foundation for Statistical Computing; 2020 [cité le 1er décembre 2022]. Disponible sur le site : r-project.org
177. Fakyaer H, Moller B. Nordpred software package [logiciel]. Oslo, Cancer Registry of Norway; 2015 [cité le 1^{er} juin 2023]. Disponible sur le site : krefregisteret.no/en/Research/Projects/completed-projects/Nordpred/Nordpred-software
178. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates, *Stat Med.* 2000, vol. 19, n° 3, p. 335-351.
179. SEER*Stat software, version 8.4.0.1 [logiciel]. Bethesda, MD, National Cancer Institute, Surveillance Research Program; 2022 [cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur le site : seer.cancer.gov/seerstat
180. Statistical Analysis System, version 9.4 [logiciel], Cary (NC), SAS Institute; 2020 [cité le 1^{er} juin 2023]. Disponible sur le site : support.sas.com/software/94
181. Joinpoint Regression Program. v4.7.0.0 [logiciel]. Bethesda (MD), National Cancer Institute, Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications Branch; 2020. [cité le 1^{er} juin 2023]. Disponible sur le site : surveillance.cancer.gov/joinpoint
182. Joinpoint Regression Program. v4.8.0.1 [software]. Bethesda (MD), National Cancer Institute, Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications Branch; 2021. [consulté le 1^{er} juin 2023] Disponible sur le site : surveillance.cancer.gov/joinpoint
183. Chen HS, Zeichner S, Anderson RN, Espey DK, Kim HJ, Feuer EJ. The Joinpoint-Jump and Joinpoint-Comparability Ratio model for trend analysis with applications to coding changes in health statistics,. *J Off Stat.*, 2020, vol. 36, n° 1, p. :49-62.
184. Ederer F, Heise H. The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates, note méthodologique 11, dans : Instructions to IBM 650 programmers in processing survival computations, Bethesda (MD), National Cancer Institute, End Results Evaluation Section; 1959.
185. Brenner H, Gefeller O, Hakulinen T. Period analysis for “up-to-date” cancer survival data: theory, empirical evaluation, computational realisation and applications, *Eur J Cancer*, 2004; vol. 40, n° 3, p. 326-335.

La plupart des tableaux et graphiques de ce rapport peuvent contenir des renseignements provenant du Registre des cas de cancer de l'Ontario ou reçues du ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC), également connu sous le nom de ministère des Services au public et aux entreprises et de l'Approvisionnement, ministère de la Santé (MS), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou du Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO). Bien que Santé Ontario (Action Cancer Ontario) ait fait tous les efforts nécessaires pour garantir l'exhaustivité, l'exactitude et l'actualité des informations au moment de la rédaction de ce rapport, les renseignements évoluent au fil du temps, tout comme leur interprétation. Toutes les conclusions, opinions, résultats ou déclarations sont celles de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et ne représentent pas nécessairement celles des organismes mentionnés précédemment, et leur approbation ne doit pas être sous-entendue.

Le destinataire ou le lecteur de ce rapport n'est pas autorisé à utiliser les renseignements agrégés ou dépersonnalisés dans ce rapport, seul ou avec d'autres renseignements, pour identifier une personne. Cela comprend la tentative de décrypter des renseignements qui sont chiffrés, la tentative d'identifier une personne en se basant sur des renseignements chiffrés et la tentative d'identifier une personne en se basant sur des connaissances antérieures.

Téléchargez **une version en anglais** de ce rapport en visitant [Ontario Cancer Statistics 2024](#).

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca