



Santé Ontario
Action Cancer Ontario

POGO
PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP OF ONTARIO



Statistiques sur le cancer en Ontario 2022

TABLE DES MATIERES

Accueil du rapport	5
Principales conclusions	8
INCIDENCE	8
MORTALITÉ	11
SURVIE	12
PRÉVALENCE	14
Ch. 1 : Incidence actuelle estimée du cancer	16
APERÇU DE L'INCIDENCE	16
INCIDENCE PAR SEXE.....	18
INCIDENCE PAR TYPE DE CANCER.....	19
INCIDENCE PAR ÂGE.....	22
Ch. 2 : Mortalité actuelle estimée du cancer	27
APERÇU DE LA MORTALITÉ.....	27
MORTALITÉ PAR SEXE.....	28
MORTALITÉ PAR TYPE DE CANCER	29
MORTALITÉ PAR ÂGE.....	31
Ch. 3 : Prévalence future estimée du cancer	34
FACTEURS AFFECTANT LA PRÉVALENCE FUTURE.....	34
TENDANCE À L'ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE	37
PRÉVALENCE PROJETÉE PAR TYPE DE CANCER	39
PRÉVALENCE PROJETÉE PAR ÂGE	42
INTERPRÉTATION DES PROJECTIONS DE PRÉVALENCE AVEC PRUDENCE.....	44
Ch. 4 : Incidence du cancer.....	46
PROBABILITÉ DE DÉVELOPPER UN CANCER.....	47

INCIDENCE PAR SEXE ET TYPE DE CANCER.....	49
INCIDENCE PAR ÂGE.....	58
TENDANCES DE L'INCIDENCE PAR TYPE DE CANCER.....	68
TENDANCES DE L'INCIDENCE PAR ÂGE.....	82
INCIDENCE PAR STADE.....	86
Ch. 5 : Mortalité du cancer.....	95
LE CANCER COMME PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS.....	95
PROBABILITÉ DE MOURIR D'UN CANCER.....	96
MORTALITÉ PAR SEXE ET TYPE DE CANCER.....	98
MORTALITÉ PAR ÂGE.....	102
TENDANCES DE LA MORTALITÉ PAR TYPE DE CANCER.....	107
TENDANCES DE LA MORTALITÉ PAR ÂGE.....	114
Ch. 6 : Survie du cancer.....	120
SURVIE PAR SEXE ET TYPE DE CANCER.....	121
SURVIE PAR ÂGE.....	128
TENDANCES DE LA SURVIE PAR TYPE DE CANCER.....	131
SURVIE PAR DURÉE.....	137
SURVIE PAR STADE.....	139
SURVIE CONDITIONNELLE.....	140
Ch. 7 : Prévalence du cancer.....	148
PRÉVALENCE PAR SEXE ET TYPE DE CANCER.....	149
TENDANCES DE LA PRÉVALENCE PAR TYPE DE CANCER.....	156
PRÉVALENCE PAR ÂGE.....	165
À propos de ce rapport.....	171
SOURCES DES DONNÉES ET MÉTHODES.....	171

NOTES DE DONNÉES.....	171
CHANGEMENTS DANS CETTE ÉDITION	173
CITATION ET RÉFÉRENCIEMENT	174
CLAUSES DE NON-RESPONSABILITÉ.....	174
AUTEURS ET CONTRIBUTEURS	175
Annexe 1 : Sources des données	178
QUALITÉ DES DONNÉES.....	179
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	182
REGROUPEMENT DE SITES DE CANCER	184
CANCER CUTANÉ NON-MÉLANOMATIQUE.....	190
STADE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	191
LES CHANGEMENTS RÉCENTS DANS LES NORMES DE STADIFICATION DU CANCER, DE CODAGE ET DE CRÉATION DE CAS	192
RÈGLES DE CODAGE POUR LES CANCERS PRIMAIRES MULTIPLES.....	195
DONNÉES SUR LES CANCERS DES ENFANTS.....	196
Annexe 2 : Analyse	200
TEST DE SIGNIFICATION.....	200
PROBABILITÉ DE DÉVELOPPER OU DE MOURIR D'UN CANCER	200
PROJECTIONS	200
INCIDENCE ET MORTALITÉ	206
SURVIE	209
PRÉVALENCE	211
Appendix 3 : Glossaire	214

Accueil du rapport

Statistiques sur le cancer en Ontario 2022 est le quatrième d'une série de rapports qui fournissent des informations approfondies concernant le fardeau du cancer en Ontario. Produit par le [programme de surveillance](#) de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), le rapport s'articule autour de 4 grands types d'indicateurs : incidence, mortalité, survie et prévalence.

Les informations figurant dans ce rapport sont destinées à aider les décideurs, la communauté de la santé publique, les prestataires de soins de santé, les chercheurs et les autres personnes impliquées dans la planification, l'étude, la mesure et le suivi des efforts de lutte contre le cancer au sein de la population, y compris le dépistage, la prévention et le traitement du cancer. Le rapport peut également s'avérer utile pour le grand public qui s'intéresse au cancer.

Un chapitre spécial de cette édition des *Statistiques sur le cancer en Ontario* explore la prévalence future estimée du cancer en Ontario.

Cette édition du rapport comprend des données de 1984 à 2018 et des projections pour 2019 à 2034. Les données de ce rapport étant antérieures à la pandémie de COVID-19, les statistiques projetées ne tiennent pas compte des effets de la pandémie. De plus amples informations sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de cancérologie de l'Ontario sont disponibles sur le [site Web du Conseil de la qualité du cancer de l'Ontario](#).

Ce rapport comporte également des statistiques sur le cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans), qui ont été fournies par le Groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario. Vous trouverez des informations sur les cancers des enfants [au chapitre 4 \(incidence\)](#), [au chapitre 5 \(mortalité\)](#) et [au chapitre 6 \(survie\)](#).

ÉGALEMENT DANS CETTE SÉRIE

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

[Les Statistiques sur le cancer en Ontario 2018](#) mettent l'accent sur le fardeau de la comorbidité chez les personnes atteintes de cancer et sur l'impact des temps d'attente pour un traitement chirurgical sur la

survie pour certains cancers. Les statistiques sur le cancer sont également fournies par l'unité de santé publique.

[Les Statistiques sur le cancer en Ontario 2016](#) (seulement en anglais) comprennent des aperçus « focalisés » présentant des statistiques sur des indicateurs cliniquement pertinents pour les cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal, de la tête et du cou, du poumon et de la prostate.

RESSOURCES CONNEXES

[Profils du cancer en Ontario](#) (seulement en anglais) est un outil cartographique interactif en libre-service qui permet aux utilisateurs de créer des graphiques, des cartes et des tableaux personnalisés présentant des statistiques provinciales et régionales récentes sur certains indicateurs relatifs au fardeau du cancer, aux facteurs de risque et au dépistage. Cette personnalisation permet aux utilisateurs de créer des profils qui soutiennent les efforts ciblés de prévention et de lutte contre le cancer.

[Le pack SEER*Stat du Registre du cancer de l'Ontario](#) est un logiciel statistique qui contient des fichiers de données sur le cancer en Ontario provenant du Registre du cancer de l'Ontario. Il aide les analystes à produire des statistiques sur l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence pour étudier l'impact du cancer sur la population de l'Ontario.

[L'indice de qualité du système de lutte contre le cancer](#) met en évidence les domaines dans lesquels les prestataires de services de lutte contre le cancer peuvent améliorer la qualité et les performances des soins. Le rapport comprend des indicateurs couvrant le continuum des soins contre le cancer, ainsi que plusieurs mesures liées à la prévention du cancer.

[Données sur le cancer en Ontario](#) sont de courtes fiches d'information mensuelles destinées à accroître les connaissances sur le cancer et ses modificateurs de risque en Ontario. Les données proviennent généralement de sources telles que le Registre du cancer de l'Ontario, les publications de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et les enquêtes fédérales, provinciales ou régionales sur la santé. Les lecteurs peuvent s'abonner à Données sur le cancer en Ontario, qui sont diffusées par courrier électronique.

[L'indice de qualité du système de prévention](#) décrit la répartition des facteurs de risque de cancer dans la population ontarienne et permet de suivre les progrès de l'Ontario en matière de politiques et de programmes au niveau du système qui peuvent réduire la prévalence des facteurs de risque de cancer dans la population.

[Facteurs de risque de cancer en Ontario](#) est une série de rapports qui examinent les preuves épidémiologiques liant un large éventail de facteurs de risque à divers types de cancer en Ontario. Ces rapports servent de référence et de base aux efforts de prévention, notamment pour la planification et l'établissement de rapports sur les actions de prévention du cancer.

[Le Groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais) veille à ce que toute personne touchée par un cancer infantile ait accès aux meilleurs soins et au meilleur soutien. Ils s'associent pour réaliser le meilleur système de soins du cancer des enfants pour les enfants, les jeunes, leurs familles et les survivants en Ontario, au niveau national et international. Le Groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario se fait le champion des soins aux enfants atteints de cancer et représente le conseiller officiel du ministère de la Santé de l'Ontario en matière de lutte contre le cancer et de traitement des enfants.

Principales conclusions

Ce rapport fournit des statistiques projetées pour 2022 et des statistiques pour les années passées (2018 et antérieures). Un chapitre spécial sur l'estimation de la prévalence future du cancer fournit des statistiques projetées jusqu'en 2034. Les cancers de la peau autres que le mélanome représentent le type de cancer le plus courant dans la plupart des juridictions, mais ne sont pas systématiquement recueillis par la plupart des registres du cancer, y compris le registre du cancer de l'Ontario. Par conséquent, ce rapport exclut les statistiques relatives aux cancers de la peau autres que le mélanome.

INCIDENCE

Estimations pour 2022

En 2022, on prévoit que 95 325 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués en Ontario (soit environ 261 nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque jour). (Chapitre 1)

- Le taux d'incidence du cancer normalisé pour l'âge est estimé à 556,3 cas pour 100 000 et est plus élevé chez les hommes (603,6 pour 100 000) que chez les femmes (521,4 pour 100 000).
- Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués seront le cancer du sein (12 531), suivi du cancer du poumon (10 639) et de la prostate (10 578).
- Le plus grand nombre de nouveaux cas de cancer concernera les personnes âgées de 60 à 79 ans, ce groupe d'âge représentant plus de la moitié (56%) de tous les cancers.

Tendances au fil du temps

Ces dernières années, les taux d'incidence du cancer se sont stabilisés chez les hommes après plus d'une décennie de baisse, et se sont stabilisés chez les femmes et les enfants (de 0 à 14 ans) après plusieurs années d'augmentation. (Chapitre 4)

- Le taux d'incidence global chez les adultes a diminué de 1,4% par an entre 2007 et 2014, mais s'est stabilisé les années suivantes, de 2014 à 2018.
 - Le principal facteur de la diminution globale du taux d'incidence avant 2014 était la diminution du taux d'incidence chez les hommes (de 2,8% par an entre 2007 et 2014), qui s'est stabilisée depuis.
- Des changements significatifs ont été observés pour des cancers spécifiques :
 - Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a affiché une diminution statistiquement significative de 1,0% par an entre 2012 et 2018. Ce taux décroissant a

inversé une période d'augmentation et contribue à la récente stabilité du taux d'incidence global chez les femmes.

- La tendance à la baisse de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes reflète la tendance à la baisse observée chez les hommes.
- Le taux d'incidence chez les hommes a présenté 2 périodes de baisse depuis 1990, la baisse la plus récente ayant eu lieu de 2012 à 2018 (2,9% par an) pour tous les sous-types histologiques.
- Après 2 décennies de baisse, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est resté stable de 2006 à 2018, ne montrant aucune tendance significative à la hausse ou à la baisse.
- Après 3 décennies d'augmentation, le taux d'incidence du cancer de la thyroïde a diminué de 2013 à 2018 (4,1% par an), en grande partie en raison de la tendance à la baisse du cancer papillaire de la thyroïde.
- Après trois décennies de tendances stables, les taux d'incidence de la leucémie ont commencé à diminuer vers 2007, principalement en raison d'une baisse de la leucémie lymphocytaire chronique. Cependant, les autres leucémies examinées dans ce rapport ont poursuivi leur tendance à la hausse.
- Une augmentation régulière de tous les lymphomes a atteint un plateau entre 2013 et 2018, reflétant la tendance des lymphomes non hodgkiniens.
- L'incidence du myélome a augmenté chez les femmes à un taux de 2,6% par an entre 2008 et 2018.
- Les plus fortes baisses des taux d'incidence entre 1984 et 2018 ont concerné les cancers du cerveau, du côlon-rectum, de l'œsophage (principalement spinocellulaire), du larynx, de la vessie et de l'estomac.
- Les plus fortes augmentations des taux d'incidence entre 1984 et 2018 ont concerné les cancers du foie, du rein et de l'utérus (principalement l'endomètre), ainsi que le mélanome.
- D'après les données du système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario, la tendance générale des taux d'incidence du cancer chez les enfants entre 1986 et 2020 est stable, ce qui s'explique par le fait que les taux stables des dernières années ont ralenti la tendance à la hausse observée précédemment.
 - Le taux d'incidence du cancer chez les enfants a augmenté de 1,7% par an entre 2002 et 2015, mais s'est stabilisé entre 2015 et 2020.

Schémas notables

En Ontario, on prévoit qu'environ une personne sur deux recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie. La probabilité de développer un cancer est similaire pour les hommes et les femmes. (Chapitre 4)

- Chez les hommes, la probabilité est plus élevée pour les cancers de la prostate (1 sur 9), du poumon (1 sur 17) et colorectal (1 sur 20).
- Chez les femmes, la probabilité est plus élevée pour les cancers du sein (1 sur 9), du poumon (1 sur 18) et colorectal (1 sur 23).

Les cancers du poumon, colorectal, du sein (féminin) et de la prostate étaient responsables de près de 50% des 84 816 nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2018. (Chapitre 4)

En 2018, l'âge médian au diagnostic de cancer était légèrement plus élevé chez les hommes, à 68 ans, que chez les femmes, à 66 ans. (Chapitre 4)

Depuis environ 2007, les taux d'incidence ont généralement diminué chez les personnes âgées de 40 ans et plus, tandis qu'ils se sont stabilisés chez les personnes plus jeunes après une longue période d'augmentation. (Chapitre 4)

- Jusqu'en 2011, le taux d'incidence global chez les personnes de moins de 40 ans était en augmentation, mais il est resté stable de 2011 à 2018.
- Les jeunes femmes sont plus exposées à certains cancers. Chez les Ontariens de moins de 40 ans, les femmes ont un taux d'incidence plus élevé que les hommes pour tous les cancers combinés, principalement en raison de l'incidence élevée des cancers du sein et de la thyroïde chez les femmes de ce groupe d'âge.

La détection des cancers à un stade plus précoce et plus favorable au traitement s'est améliorée au fil du temps pour certains cancers courants, mais pas pour d'autres. (Chapitre 4)

- La répartition des stades du cancer du poumon s'est améliorée au fil du temps, avec une proportion plus faible de cas vus au stade 4 en 2017 (47%) par rapport à 2010 (57%), et une proportion plus élevée au stade 1.
- La répartition des stades du cancer du col de l'utérus s'est aggravée, avec une proportion plus élevée de cas vus au stade 2 qu'au stade 1 en 2017 (18%) par rapport à 2010 (9%).

MORTALITÉ

Estimations actuelles

En 2022, on estime à 31 196 le nombre de décès du cancer en Ontario (soit environ 85 décès du cancer chaque jour). (Chapitre 2)

- Le taux de mortalité normalisé pour l'âge est estimé à 174,9 décès pour 100 000 et est plus élevé chez les hommes (204,0 pour 100 000) que chez les femmes (152,7 pour 100 000).
- Près d'un quart de tous les décès du cancer seront dus au cancer du poumon (6 908), suivi des cancers colorectal (3 226), pancréatique (2 156) et du sein (2 114).
- Plus de la moitié des décès du cancer en 2022 (52%) devraient survenir chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, et plus d'un tiers chez les personnes âgées de 80 ans et plus.

Tendances au fil du temps

Les taux de mortalité pour tous les cancers combinés ont continué de diminuer chez les hommes, les femmes et les enfants de l'Ontario. La diminution chez les hommes et les femmes s'est accélérée ces dernières années. (Chapitre 5)

- Le taux global de mortalité du cancer en Ontario a atteint un pic en 1988 et a diminué chaque année jusqu'en 2018.
- Chez les adultes, le taux de décès a diminué de 1,7% par an chez les hommes et de 1,3% par an chez les femmes entre 2001 et 2018. Ces baisses sont dues en grande partie au cancer du poumon, mais aussi à d'autres cancers courants comme le cancer du sein, de la prostate et colorectal.
- D'après les données du système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario, le taux de mortalité du cancer chez les enfants a diminué en moyenne de 1,2% par an entre 1991 et 2019.

Schémas notables

En Ontario, on prévoit qu'environ une personne sur quatre mourra d'un cancer. Les hommes ont un risque légèrement plus élevé de mourir (27,4%) que les femmes (23,2%). (Chapitre 5)

- Chez les hommes, la probabilité est la plus élevée pour les cancers du poumon (1 sur 16), de la prostate (1 sur 29) et colorectal (1 sur 32).

- Chez les femmes, la probabilité est plus élevée pour les cancers du poumon (1 sur 19), du sein (1 sur 31) et colorectal (1 sur 38).

Le cancer était responsable de 27,7% de tous les décès en Ontario en 2018, ce qui en fait la principale cause de décès de la province. (Chapitre 5)

- Les cancers du poumon, colorectal, du sein et de la prostate ont été responsables de 46% des 29 712 décès du cancer en 2018.
- Bien que le cancer du pancréas soit moins fréquent, il représentait 6,4% des décès du cancer.

En 2018, l'âge médian du décès du cancer était de 74 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes. (Chapitre 5)

- Parmi tous les décès du cancer en Ontario, 86% sont survenus chez des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Malgré une diminution globale, les taux de mortalité sont en hausse pour certains cancers. (Chapitre 5)

- Ces dernières années, les taux de mortalité du cancer ont augmenté pour les cancers de la thyroïde (hommes), de la cavité buccale et du pharynx (hommes), du pancréas (hommes) et de l'utérus.

SURVIE

Estimations récentes

La survie à 5 ans, tous cancers confondus, a continué de s'améliorer au fil du temps. (Chapitre 6)

- Chez les personnes âgées de 15 à 99 ans, le ratio global de survie relative à 5 ans était de 67,2% pour la période 2014 à 2018, ce qui est supérieur aux périodes précédentes. Au cours de cette période récente, les femmes ont connu une survie à 5 ans plus élevée que les hommes (69,1% contre 65,3%).
- En général, le ratio de survie relative à 5 ans, tous cancers confondus, diminue avec l'âge avancé au moment du diagnostic. Au cours de la période 2014 à 2018, la survie à 5 ans a varié de 88,7% pour les personnes diagnostiquées entre 15 et 39 ans, à 44,9% pour les personnes diagnostiquées entre 80 et 99 ans.
- La proportion globale de survie observée à 5 ans pour les cancers des enfants a augmenté de 6,4 points de pourcentage, passant de 76,9% pour la période 1990-1994 à 83,3% pour la période 2015-2019.

La survie relative à 5 ans varie considérablement selon le type de cancer. (Chapitre 6)

- Chez les personnes âgées de 15 à 99 ans, les cancers de la thyroïde (98,9%), des testicules (97,1%) et de la prostate (94,0%) présentaient le taux de survie le plus élevé pour la période de 2014 à 2018.
- Au cours de la même période, les cancers du pancréas (12,6%), de l'œsophage (17,3%), du poumon (24,8%) et du foie (22,8%) ont enregistré la survie la plus faible.

Tendances au fil du temps

Bien que la survie pour tous les cancers combinés se soit améliorée, le taux d'amélioration a ralenti au fil du temps. (Chapitre 6)

- Une augmentation de 7,4 points de pourcentage de la survie relative à 5 ans, tous cancers confondus, a été observée entre la période 1984-1988 et la période 1994-1998.
- L'amélioration de la survie a diminué au cours des décennies suivantes, la survie relative à 5 ans pour tous les cancers ayant augmenté de 6,6 points de pourcentage entre la période 1994-1998 et la période 2004-2008 et de seulement 2,5 points de pourcentage entre la période 2004-2008 et la période 2014-2018.

Entre la période 1984-1988 et la période 2014-2018, les personnes diagnostiquées à l'âge de 40 à 79 ans ont enregistré les plus grandes améliorations en matière de survie relative à 5 ans. (Chapitre 6)

- Les personnes diagnostiquées à l'âge de 80 ans ou plus sont le seul groupe d'âge pour lequel aucune amélioration significative de la survie relative à 5 ans n'a été constatée au cours de la même période

Schémas notables

La survie s'est améliorée à un rythme plus rapide pour certains cancers entre 1984 et 2018. (Chapitre 6)

- Par rapport aux autres cancers, le ratio de survie relative à 5 ans s'est le plus amélioré pour les cancers hématologiques entre la période 1984 à 1988 et la période 2014 à 2018. La survie des leucémies a augmenté d'environ 25 points de pourcentage et celle des myélomes de 26 points de pourcentage.
- Le cancer du rein a également connu une augmentation de 25 points de pourcentage.
- C'est pour le cancer de la vessie que le ratio de survie relative à 5 ans a le plus diminué, d'environ 11 points de pourcentage.

La survie dépend du stade au moment du diagnostic. (Chapitre 6)

- Pour les 4 cancers les plus fréquents, la plus forte baisse de la survie à 5 ans s'est produite lors du passage du stade 3 au stade 4.
- Cette baisse allait d'une différence de 14,6 points de pourcentage pour le cancer du poumon à une différence de 56,8 points de pourcentage pour le cancer colorectal.

PRÉVALENCE

Estimations récentes

Il y a maintenant plus de survivants du cancer en Ontario que jamais auparavant. Avec l'augmentation de l'incidence et l'amélioration de la survie, la prévalence des cas de cancer a également augmenté au fil du temps. Les cas prévalents comprennent les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué récemment, ainsi que les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué précédemment et qui sont encore en vie. (Chapitre 7)

- À la fin de 2018, il y avait plus d'un demi-million de personnes en Ontario (environ 676 509) qui avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 30 années précédentes et qui étaient toujours en vie. Parmi ceux-ci, 411 158 ont été diagnostiqués au cours des 10 dernières années seulement.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à survivre à long terme à un cancer. En particulier, les femmes atteintes d'un cancer du sein représentent le groupe le plus important, soit 78 182 des cas prévalents diagnostiqués au cours de la décennie la plus récente, de 2009 à 2018.

Tendances au fil du temps

La proportion de prévalence a augmenté au fil du temps pour la plupart des cancers, mais elle a très peu changé ou a diminué pour d'autres. (Chapitre 7)

- Parmi les principaux types de cancer, la proportion de prévalence sur 10 ans pour les personnes diagnostiquées avec un lymphome hodgkinien a très peu changé entre 2008 et 2018.
- De 1998 à 2018, la proportion de prévalence sur 10 ans pour les personnes diagnostiquées avec un cancer du larynx, de la vessie et du col de l'utérus a diminué.

Estimations futures

Le nombre de cas prévalents continuera d'augmenter à l'avenir pour de nombreux cancers. Les cas prévalents comprennent les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué récemment, ainsi que les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué précédemment et qui sont encore en vie.
(Chapitre 3)

- La prévalence du cancer devrait augmenter d'environ 50%, passant de 845 188 personnes en 2019 à 1 265 216 en 2034.
- Les valeurs augmenteront tant chez les hommes que chez les femmes, mais les taux projetés seront différents selon le sexe. La proportion de prévalence prévue continuera d'augmenter chez les femmes, mais le taux chez les hommes devrait augmenter à court terme avant de diminuer à plus long terme.
- Compte tenu de l'évolution relative des taux, d'ici 2034, les cancers de la thyroïde, du rein et de l'utérus devraient représenter une plus grande proportion des cas de cancer prévalents.
- L'évolution prévue des cas prévalents variera selon le groupe d'âge au fil du temps, la proportion relative de cas augmentant le plus pour les personnes âgées de 80 ans et plus et diminuant le plus pour les personnes âgées de 40 à 59 ans.
- L'estimation de la prévalence future du cancer peut aider les planificateurs de la santé, les décideurs politiques et les prestataires de services de santé à prévoir les ressources et les coûts du système de santé qui seront nécessaires pour soigner les personnes nouvellement diagnostiquées d'un cancer et fournir des soins continus aux survivants du cancer.

Ch. 1 : Incidence actuelle estimée du cancer

L'incidence mesure le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une période donnée. Ce chapitre présente les projections pour la période 2019 à 2022. Les statistiques projetées ne tiennent pas compte des effets de la pandémie de COVID-19.

APERÇU DE L'INCIDENCE

Le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en Ontario (l'incidence) et le taux d'incidence augmentent chaque année depuis au moins 1984. En général, l'incidence du cancer est influencée par les facteurs suivants :

- les facteurs socio-démographiques (par exemple, l'âge, le lieu de résidence)
- 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 peuvent inclure :

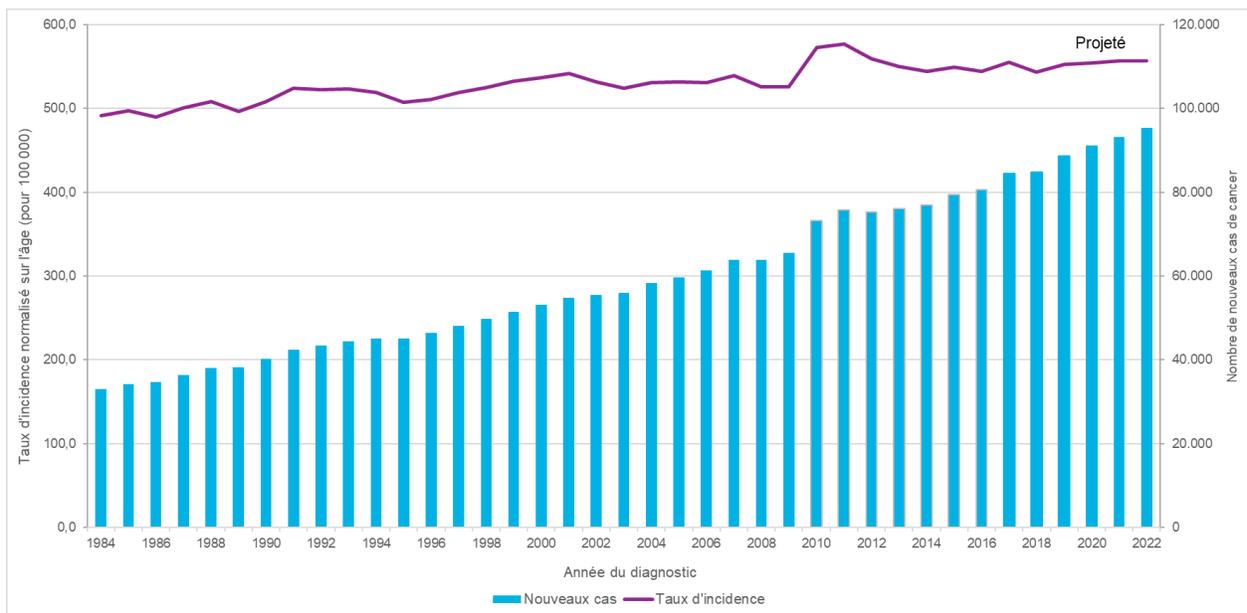
- les comportements malsains (par exemple, le tabagisme, une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool, l'inactivité physique)
- les traitements antérieurs (par exemple, l'hormonothérapie substitutive)
- l'exposition à certains agents cancérigènes environnementaux et professionnels (par exemple, le radon, les particules fines, les rayons ultraviolets, l'amiante, les gaz d'échappement des moteurs diesel)
- les conditions médicales et les agents infectieux (par exemple, la maladie de Crohn, le papillomavirus humain)
- les facteurs non modifiables (par exemple, l'âge au premier cycle menstruel, la ménopause, les antécédents familiaux de cancer)
- les prédispositions génétiques (par exemple, les gènes BRCA1 et BRCA2)

En 2022, on s'attend à ce que les Ontariens reçoivent un diagnostic de 95 325 nouveaux cas de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau sans mélanome), ce qui se traduira par un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 556,3 cas pour 100 000 personnes (figure 1.1).

La figure 1.1 montre une augmentation abrupte de la valeur et du taux d'incidence en 2010, qui résulte de l'adoption par le registre du 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. Ces règles ont été appliquées au registre pour les personnes diagnostiquées à partir de 2010, de sorte que les chiffres plus élevés à partir de cette année-là reflètent l'adoption des nouvelles règles et non une véritable augmentation de l'incidence du cancer (voir l'[annexe 2 : Analyse](#)). (1)

Figure 1.1 Valeurs projetées de l'incidence et taux normalisés pour l'âge de tous les cancers combinés, Ontario, 1984 à 2022



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Les taux d'incidence observés 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 du 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. Les années antérieures à 2010 sont présentées 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 2019 et suivantes.

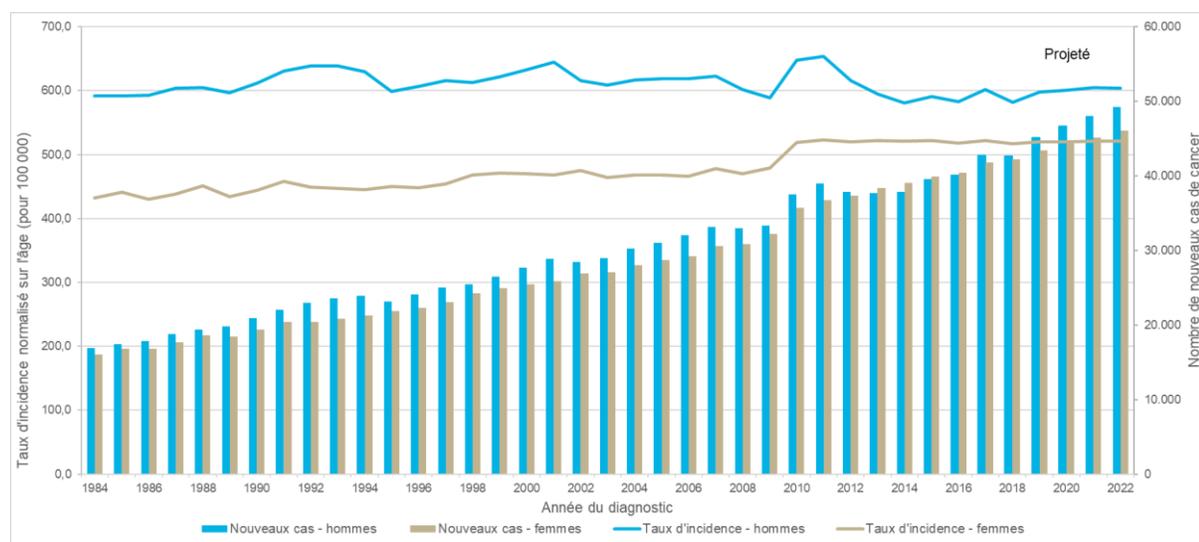
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

INCIDENCE PAR SEXE

Chez les hommes, 49 221 cas de cancer devraient être diagnostiqués en 2022, soit un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 603,6 pour 100 000 (figure 1.2). La chute rapide de la valeur et du taux après 2011 est en partie due à la diminution du taux de cancer de la prostate. Cette diminution faisait suite aux recommandations de la U.S. Preventive Services Task Force contre l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate pour le dépistage systématique des hommes en bonne santé.(2) La dernière déclaration du groupe de travail a formulé les mêmes recommandations pour les hommes âgés de 70 ans et plus et les a modifiées pour inclure un choix pour les hommes âgés de 50 à 69 ans.(3) Des recommandations similaires pour le dépistage de l'antigène spécifique de la prostate au Canada ont été publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs en 2014.(4)

Figure 1.2 Valeurs d'incidence et taux normalisés pour l'âge projetés, par sexe, pour tous les cancers combinés, Ontario, 1984 à 2022



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Les taux d'incidence observés 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 du cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010. 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 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 2019 et suivantes.

Les chiffres sont plus faibles chez les femmes, avec 46 104 cas diagnostiqués et un taux d'incidence normalisé sur l'âge de 521,4 pour 100 000 (figure 1.2). Le taux d'incidence est plus élevé chez les hommes que chez les femmes chaque année depuis 1984. Cette différence entre les sexes a été observée dans de nombreuses autres juridictions.(5,6) Les taux plus élevés de cancer chez les hommes ont été attribués à des différences de comportement(7,8), d'immunité(9), d'hormones (10)et d'exposition (par exemple, à des substances cancérigènes sur le lieu de travail)(11,12).

INCIDENCE PAR TYPE DE CANCER

En 2022, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué devrait être le cancer du sein chez les femmes (12 531 cas ou 13,1% de tous les nouveaux cas), suivi du cancer du poumon (10 639 cas ou 11,2%) et du cancer de la prostate (10 578 cas ou 11,1%) (tableau 1.1). Ces 3 cancers devraient représenter 35% de tous les nouveaux cancers diagnostiqués en 2022.

Chez les hommes, le cancer le plus fréquemment diagnostiqué devrait être le cancer de la prostate, avec un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 124,2 pour 100 000. Le cancer du sein (avec un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 147,0 pour 100 000) devrait être le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes.

Le taux d'incidence normalisé pour l'âge devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les types de cancer énumérés dans le tableau 1.1, à l'exception du cancer de la thyroïde. Une prévalence plus élevée de certains facteurs de risque est soupçonnée d'expliquer l'incidence plus élevée du cancer chez les hommes. Ces facteurs de risque comprennent :

- une plus grande obésité, la consommation d'alcool et de tabac
- une exposition professionnelle plus importante aux agents cancérigènes
- un moindre recours aux services médicaux
- une influence différente des hormones sexuelles

Le nombre de nouveaux cas de cancer de la thyroïde chez les femmes sera plus de deux fois supérieur à celui des hommes. Ce cancer a un taux d'incidence normalisé sur l'âge de 31,8 pour 100 000 chez les femmes et de 13,2 pour 100 000 chez les hommes. Les raisons possibles de l'incidence plus élevée de ce cancer chez les femmes sont les suivantes :

- une probabilité accrue de recherche diagnostique d'un cancer de la thyroïde(13)
- une plus grande tendance générale à consulter un médecin(14)

- des facteurs biologiques et hormonaux, tels que les niveaux d'hormones stimulées par la thyroïde, les niveaux de stéroïdes sexuels, les périodes menstruelles, l'utilisation de la contraception, les grossesses, l'allaitement et la ménopause(15-17)

L'incidence des types moins agressifs de cancer de la thyroïde (par exemple, le cancer papillaire de la thyroïde) a été plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans un certain nombre de juridictions. Cependant, l'incidence des types plus agressifs (par exemple, anaplasique et médullaire) est généralement similaire chez les hommes et les femmes.(13,18) En conséquence, les taux de mortalité thyroïdienne ont été relativement égaux pour les hommes et les femmes (voir [le chapitre 5 : Mortalité du cancer](#)).

Tableau 1.1 Valeurs d'incidence et taux normalisés pour l'âge projetés par type de cancer et sexe, Ontario, 2022

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Nouveaux cas	Hommes et femmes confondus – TISA	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – TISA	Femmes – Nouveaux cas	Femmes – TISA
Tous les cancers	95,325	556.3	49,221	603.6	46,104	521.4
Vessie	4,445	24.7	3,411	41.7	1,034	10.7
Cerveau	1,216	7.5	704	9.1	512	6.0
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	12,531	147.0
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	583	7.6
Colorectal	9,118	52.6	5,098	63.4	4,020	43.2
Œsophage	833	4.7	602	7.3	231	2.4
Lymphome hodgkinien	443	2.9	234	3.1	209	2.7
Rein	3,198	19.2	2,148	27.3	1,050	11.9
Larynx	401	2.3	345	4.2	56	0.6
Leucémie	2,806	16.5	1,617	20.3	1,189	13.1
Foie	1,731	9.8	1,198	14.5	533	5.6
Poumon	10,639	58.9	5,077	61.2	5,562	57.5
Mélanome	4,724	27.9	2,738	34.4	1,986	22.8
Myélome	1,777	10.1	1,066	13.1	711	7.5
Lymphome non hodgkinien	5,284	30.7	3,039	38.0	2,245	24.5
Cavité buccale et pharynx	2,111	12.6	1,493	18.8	618	6.9
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,350	15.7
Pancréas	2,643	14.8	1,425	17.5	1,218	12.6
Prostate	s.o.	s.o.	10,578	124.2	s.o.	s.o.
Estomac	1,809	10.4	1,181	14.7	628	6.8
Testicule	s.o.	s.o.	541	7.1	s.o.	s.o.
Thyroïde	3,461	22.6	1,004	13.2	2,457	31.8
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3,400	39.1

Abréviations : TISA signifie taux d'incidence normalisé pour l'âge ; s.o. signifie sans objet.

Notes :

- 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, 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 du cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les projections sont basées sur les cas malins uniquement (à l'exclusion du cancer de la peau sans mélanome).

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

INCIDENCE PAR ÂGE

Le plus grand nombre de nouveaux cas de cancer est attendu chez les personnes âgées de 60 à 79 ans. On estime que 56% de tous les cas en 2022 seront diagnostiqués dans cette tranche d'âge (tableau 1.2). Le deuxième groupe d'âge le plus touché par les nouveaux cas de cancer sera celui des personnes âgées de 40 à 59 ans (21%), suivi de celui des personnes âgées de 80 ans et plus (18%). Seuls 4,7% des cas devraient être diagnostiqués chez des personnes de moins de 40 ans.

Le taux d'incidence en 2022 devrait varier de 60,2 pour 100 000 chez les personnes âgées de 39 ans et moins à 2 518,4 pour 100 000 chez les personnes âgées de 80 ans et plus. Les taux projetés pour 2022 augmentent avec l'avancée en 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 un pic chez les personnes âgées de 60 à 79 ans
- le cancer des testicules, dont le nombre diminue avec l'avancée en âge
- Le lymphome hodgkinien, qui est le plus fréquent chez les personnes âgées de 39 ans et moins et chez les personnes âgées de 80 ans et plus

Les taux d'incidence des 23 cancers mentionnés dans le tableau 1.2 devraient être très faibles chez les personnes de moins de 40 ans. Les exceptions sont le cancer du sein avec 16,7 pour 100 000, le cancer du testicule avec 10,0 pour 100 000 et le cancer de la thyroïde avec 8,9 pour 100 000.

Tableau 1.2 Valeurs d'incidence et taux par âge projetés par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2022

Type de cancer	Âge : de 0 à 39 ans – Nouveau x cas	Âge : de 0 à 39 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 40 à 59 ans – Nouveaux cas	Âge : de 40 à 59 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 60 à 79 ans – Nouveaux cas	Âge : de 60 à 79 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 80 ans et plus – Nouveaux cas	Âge : de 80 ans et plus – Taux spécifique à l'âge
Tous les cancers	4,504	60.2	19,887	514.1	53,530	1,733.1	17,404	2,518.4
Vessie	32	0.4	484	12.5	2,619	84.8	1,310	189.6
Cerveau	248	3.3	286	7.4	531	17.2	151	21.9
Sein (femmes)	609	16.7	4,104	208.1	6,189	383.3	1,629	397.1
Col de l'utérus	160	4.4	248	12.6	148	9.2	27	6.6
Colorectal	178	2.4	1,739	45	4,986	161.4	2,215	320.5
Œsophage	7	0.1	128	3.3	515	16.7	183	26.5
Lymphome hodgkinien	234	3.1	95	2.5	90	2.9	24	3.5
Rein	136	1.8	892	23.1	1,764	56.5	424	61.4
Larynx	**	**	67	1.7	262	8.5	67	9.7
Leucémie	331	4.4	482	12.5	1,430	46.3	563	81.5
Foie	26	0.3	247	6.4	1,111	36.0	347	50.2
Poumon	48	0.6	1,109	28.7	6,867	222.3	2,615	378.4
Mélanome	318	4.3	1,032	26.7	2,373	76.8	1,001	144.8
Myélome	13	0.2	272	7.0	1,042	33.7	450	65.1
Lymphome non hodgkinien	332	4.4	974	25.2	2,827	91.5	1,151	166.6
Cavité buccale et pharynx	53	0.7	578	14.9	1,212	39.2	268	38.8
Ovaire	95	2.6	403	20.4	656	40.6	196	47.8
Pancréas	25	0.3	343	8.9	1,525	49.4	750	108.5
Prostate	**	**	1,365	72.0	8,123	551.0	1,089	387.8

Estomac	39	0.5	340	8.8	994	32.2	436	63.1
Testicule	381	10.0	125	6.6	31	2.1	**	**
Thyroïde	666	8.9	1,486	38.4	1,190	38.5	119	17.2
Utérus	74	2.0	1,017	51.6	1,982	122.8	327	79.7

Symbole : ** Supprimé en raison de la faible valeur des cas (nombre inférieur à 6).

Notes :

- Les taux sont pour 100 000.
- Les taux d'incidence projetés sont fondés 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 du cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010.
- Les projections sont basées sur les cas malins uniquement.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le cancer du sein féminin représentera la plus grande proportion de tous les cas chez les personnes âgées de 40 à 59 ans (20,6%). Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, le cancer du sein (11,6%), du poumon (12,8%) et de la prostate (15,2%) seront les cancers les plus fréquemment diagnostiqués. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, le cancer du poumon sera le plus fréquemment diagnostiqué (15,0%), suivi du cancer colorectal (12,7%).

Pour de plus amples renseignements sur l'incidence du cancer en Ontario, y compris des données sur d'autres types de cancer et les tendances au fil du temps, voir [le chapitre 4 : Incidence du cancer](#).

Références

1. Cancer Care Ontario [Internet]. (Action Cancer Ontario [Internet].) Toronto : Cancer Care Ontario; [cité 2021 Jul 21]. (Action Cancer Ontario ; [cité le 21 juillet 2021].) How we collect cancer registry data; [cité 2021 Jul 21]. (Comment nous recueillons les données des registres du cancer ; [cité le 21 juillet 2021].) Disponible sur : <https://www.cancercareontario.ca/en/data-research/accessing-data/technical-information/cancer-registry-data-collection>
2. Moyer VA; on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer : (Dépistage du cancer de la prostate) U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012;157(2) :120–34.
3. US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer : (Dépistage du cancer de la prostate) US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;319(18) :1901–13.
4. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. (Recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate par le test de l'antigène prostatique spécifique.) *CMAJ.* 2014;186(16) :1225–34.

5. Cook MB, Dawsey SM, Freedman ND, Inskip PD, Wichner SM, Quraishi SM, et al. Sex disparities in cancer incidence by period and age. (Disparités entre les sexes dans l'incidence du cancer selon la période et l'âge.) *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18(4) :1174–82.
6. Edgren G, Liang L, Adami HO, Chang ET. Enigmatic sex disparities in cancer incidence. (Des disparités énigmatiques entre les sexes dans l'incidence du cancer.) *Eur J Epidemiol.* 2012;27(3) :187–96.
7. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. (L'influence du sexe sur l'interaction médecin-patient.) *Patient Educ Couns.* 2009;76(3) :356–60.
8. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. (Différences entre les sexes dans l'utilisation des services de soins de santé.) *J Fam Pract.* 2000;49(2) :147–52.
9. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans. (Les hormones sexuelles et la réponse immunitaire chez les hommes.) *Hum Reprod Update.* 2005;11(4) :411–23.
10. Chandanos E, Lagergren J. Oestrogen and the enigmatic male predominance of gastric cancer. (Les œstrogènes et l'énigmatique prédominance masculine du cancer gastrique.) *Eur J Cancer.* 2008;44(16) :2397–403.
11. Marinaccio A, Corfiati M, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Ferrante P, et al.; ReNaM Working Group. The epidemiology of malignant mesothelioma in women : gender differences and modalities of asbestos exposure. (L'épidémiologie du mésothéliome malin chez les femmes : différences entre les sexes et modalités d'exposition à l'amiante.) *Occup Env Med.* 2018;75(4) :254–62.
12. Lemen RA. Mesothelioma from asbestos exposures : epidemiologic patterns and impact in the United States. (Le mésothéliome dû à l'exposition à l'amiante : modèles épidémiologiques et impact aux États-Unis.) *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2016;19(5–6) :250–65.
13. Rahbari R, Zhang L, Kebebew E. Thyroid cancer gender disparity. (Disparité entre les sexes en matière de cancer de la thyroïde.) *Future Oncol.* 2010;6(11) :1771–9.
14. Verbrugge LM. Sex differentials in health. (Différences entre les sexes en matière de santé.) *Public Health Rep.* 1982;97(5) :417–37.
15. Rasmussen NG, Hornnes PJ, Hegedus L, Feldt-Rasmussen U. Serum thyroglobulin during the menstrual cycle, during pregnancy, and post partum. (Thyroglobuline sérique pendant le cycle menstruel, la grossesse et le post-partum.) *Acta Endocrinol (Copenh).* 1989;121(2) :168–73.
16. Pacchiarotti A, Martino E, Bartalena L, Buratti L, Mammoli C, Strigini F, et al. Serum thyrotropin

- by ultrasensitive immunoradiometric assay and serum free thyroid hormones in pregnancy. (Thyrotropine sérique par dosage immunoradiométrique ultrasensible et hormones thyroïdiennes libres sériques pendant la grossesse.) J Endocrinol Invest. 1986;9(2) :185–9.
17. Caini S, Gibelli B, Palli D, Saieva C, Ruscica M, Gandini S. Menstrual and reproductive history and use of exogenous sex hormones and risk of thyroid cancer among women : a meta-analysis of prospective studies. (Antécédents menstruels et reproductifs et utilisation d'hormones sexuelles exogènes et risque de cancer de la thyroïde chez les femmes : une méta-analyse d'études prospectives.) Cancer Causes Control. 2015;26(4) :511–8.
 18. Grubbs EG, Rich TA, Li G, Sturgis EM, Younes MN, Myers JN, et al. Recent advances in thyroid cancer. (Progrès récents dans le domaine du cancer de la thyroïde.) Curr Probl Surg. 2008;45(3) :156–250.
 19. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. (Association entre le tabagisme et le risque de cancer de la vessie chez les hommes et les femmes.) JAMA. 2011;306(7) :737–45.

Ch. 2 : Mortalité actuelle estimée du cancer

La mortalité mesure le nombre de décès provoqués par le cancer. Ce chapitre présente les projections pour la période 2019 à 2022. Les statistiques projetées ne tiennent pas compte des effets de la pandémie de COVID-19.

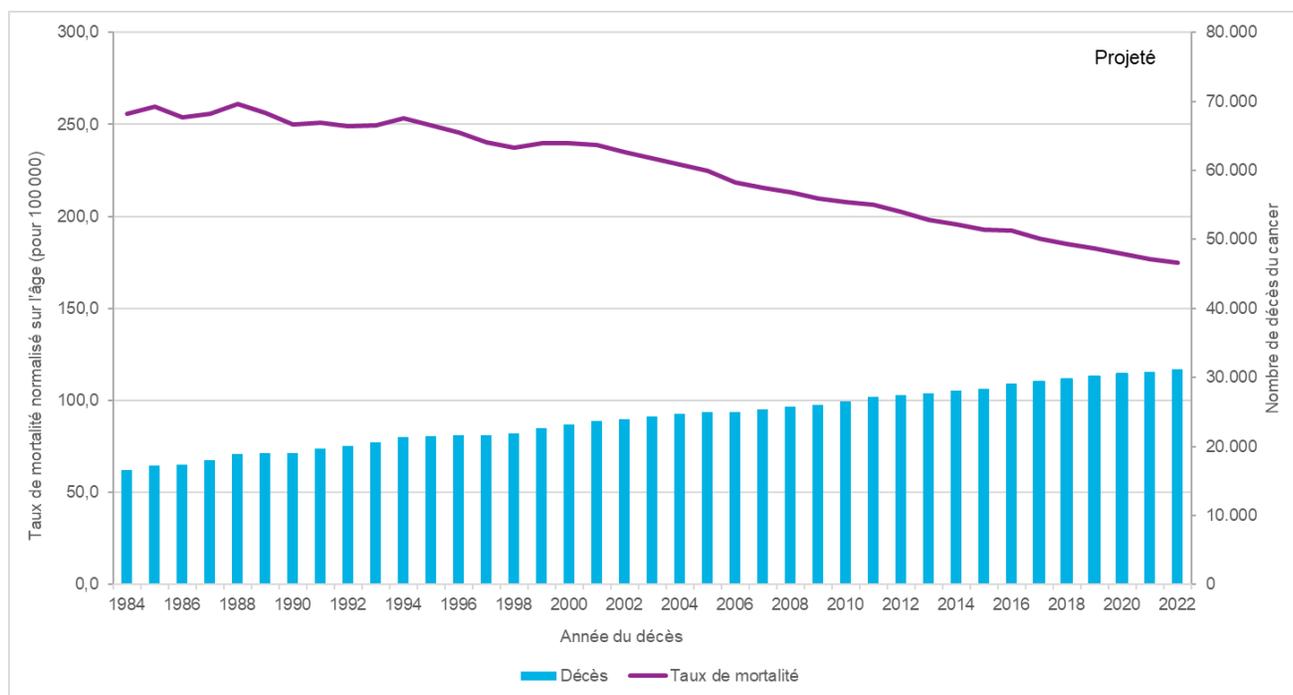
APERÇU DE LA MORTALITÉ

Alors que le nombre de décès (mortalité) dus à tous les cancers en Ontario a augmenté au cours des trois dernières décennies, le taux de mortalité a diminué. En général, la mortalité du cancer est affectée par :

- incidence du cancer
- survie du cancer
- facteurs sociodémographiques
- la disponibilité et l'efficacité de la détection précoce et du dépistage du cancer
- la disponibilité et l'accès à un traitement efficace du cancer

En 2022, on estime que 31 196 personnes en Ontario mourront du cancer (à l'exclusion du cancer de la peau sans mélanome). Cette estimation représente un taux de mortalité normalisé sur l'âge de 174,9 pour 100 000 personnes (figure 2.1). Alors que le nombre de décès du cancer a augmenté chaque année depuis 1984, le taux de mortalité normalisé sur l'âge a atteint un pic en 1988 et a diminué chaque année depuis 1999.

Figure 2.1 Valeurs de mortalité projetées et taux normalisés pour l'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, 1984 à 2022



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- La zone grisée indique les données projetées pour les années 2019 et suivantes.

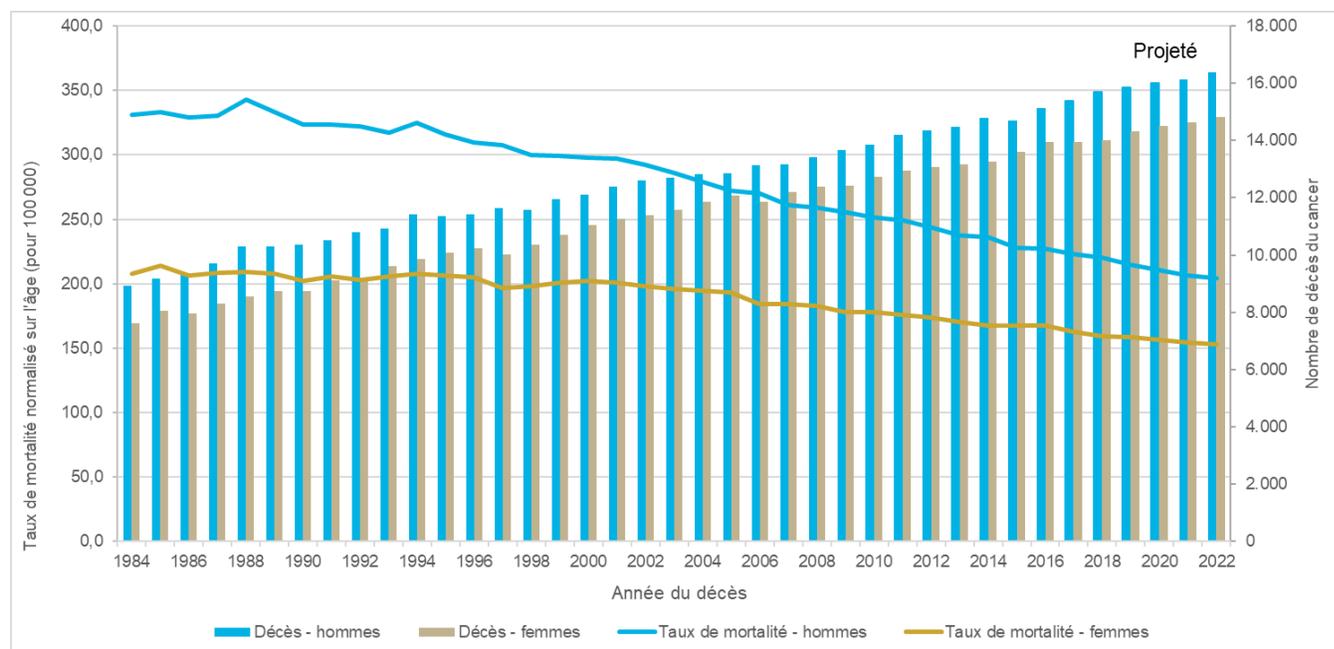
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

MORTALITÉ PAR SEXE

Chez les hommes, le cancer devrait causer 16 392 décès en 2022, ce qui se traduira par un taux de mortalité normalisé pour l'âge de 204,0 pour 100 000 (figure 2.2). Les chiffres devraient être plus faibles pour les femmes, avec 14 804 décès prévus et un taux de mortalité normalisé pour l'âge de 152,7 pour 100 000. Selon les prévisions, les hommes représenteront 52% de tous les décès du cancer en 2022. Ce pourcentage a légèrement diminué au fil du temps, les hommes représentant 54% de tous les décès du cancer en 1984.

Figure 2.2 Valeurs de mortalité projetées et taux normalisés pour l'âge, par sexe, pour tous les cancers confondus, Ontario, 1984 à 2022



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- La zone grisée indique les données projetées pour les années 2019 et suivantes.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

MORTALITÉ PAR TYPE DE CANCER

En 2022, la principale cause de décès du cancer devrait être le cancer du poumon, qui devrait représenter 22,1% de tous les décès du cancer (6 908). Le cancer colorectal devrait causer le deuxième plus grand nombre de décès (3 226 ou 10,3%), 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 (2 156 ou 6,9%) que le cancer du sein chez les femmes (2 114 ou 6,8%). Ensemble, ces 4 cancers représenteront près de la moitié de tous les décès du cancer.

Le cancer du poumon sera également la principale cause de décès du cancer chez les hommes et chez les femmes, bien que le taux de mortalité normalisé pour l'âge devrait être nettement plus élevé chez les hommes (42,2 pour 100 000) que chez les femmes (34,7 pour 100 000).

Pour tous les cancers énumérés dans le tableau 2.1, à l'exception du cancer de la thyroïde, le taux de mortalité normalisé pour l'âge devrait être plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les taux de mortalité masculins plus élevés sont dus à des taux d'incidence généralement plus élevés chez les hommes pour chaque cancer qui survient à la fois chez les hommes et chez les femmes. L'incidence et la mortalité plus élevées chez les hommes sont dues à :

- une prévalence plus élevée de facteurs de risque, tels que l'obésité, la consommation d'alcool et de tabac (1)
- une plus grande exposition professionnelle aux agents cancérigènes (2,3)
- un moindre recours aux services médicaux (4–6)
- l'influence des différentes hormones sexuelles (7)

Les plus grandes différences dans la mortalité du cancer entre les hommes et les femmes en 2022 devraient être pour :

- le lymphome de Hodgkin, ainsi que les cancers du larynx, de l'œsophage, de la cavité buccale et du pharynx et de la vessie, dont le taux de mortalité normalisé sur l'âge chez les hommes est au moins 3 fois supérieur au taux chez les femmes
- le mélanome, ainsi que les cancers du rein, du foie et de l'estomac, dont le taux de mortalité normalisé pour l'âge chez les hommes est environ deux fois plus élevé que chez les femmes

Tableau 2.1 Valeurs de mortalité projetées et taux normalisés pour l'âge par type de cancer et sexe, Ontario, 2022

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – décès	Hommes et femmes confondus – TMSA	Hommes – décès	Hommes – TMSA	Femmes – décès	Femmes – TMSA
Tous les cancers	31,196	174.9	16,392	204.0	14,804	152.7
Vessie	960	5.2	683	8.6	277	2.7
Cerveau	901	5.3	512	6.5	389	4.3
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2,114	23.0
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	155	1.9
Colorectal	3,226	18.2	1,773	22.3	1,453	14.7
Œsophage	929	5.2	725	8.9	204	2.1
Lymphome hodgkinien	43	0.2	29	0.4	14	0.1
Rein	652	3.7	435	5.5	217	2.2
Larynx	131	0.7	111	1.4	20	0.2

Leucémie	1,140	6.4	637	8.0	503	5.1
Foie	1,462	8.1	952	11.6	510	5.2
Poumon	6,908	38.0	3,477	42.2	3,431	34.7
Mélanome	568	3.2	367	4.6	201	2.1
Myélome	618	3.4	350	4.3	268	2.7
Lymphome non hodgkinien	1,204	6.7	693	8.7	511	5.1
Cavité buccale et pharynx	613	3.5	452	5.6	161	1.7
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	735	7.8
Pancréas	2,156	12.0	1,129	13.9	1,027	10.3
Prostate	s.o.	s.o.	1,697	21.6	s.o.	s.o.
Estomac	809	4.6	505	6.3	304	3.2
Testicule	s.o.	s.o.	15	0.2	s.o.	s.o.
Thyroïde	105	0.6	50	0.6	55	0.6
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	580	6.0

Abréviations : TMSA signifie taux de mortalité normalisé sur 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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

MORTALITÉ PAR ÂGE

En 2022, le taux de mortalité du cancer le plus élevé devrait concerner le groupe des 80 ans et plus, suivi du groupe des 60 à 79 ans. Toutefois, ce dernier groupe représentera, selon les estimations, 52% de tous les décès, contre 35% pour le groupe d'âge supérieur (tableau 2.2).

Les décès du cancer avant l'âge de 40 ans resteront peu fréquents en 2022, avec seulement 442 décès prévus. Ces décès représentent 1,4% de tous les décès du cancer et un taux de 5,9 décès pour 100 000 personnes.

Bien que les taux de mortalité projetés augmentent sensiblement entre 60 et 79 ans pour la plupart des types de cancer, les exceptions sont les cancers du sein et du poumon. Les taux de ces cancers commencent plutôt à augmenter rapidement dans la tranche d'âge de 40 à 59 ans.

Tableau 2.2 Valeurs de mortalité et taux par âge projetés par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2022

Type de cancer	Âge : de 0 à 39 ans – Décès	Âge : de 0 à 39 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 40 à 59 ans – Décès	Âge : de 40 à 59 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 60 à 79 ans – Décès	Âge : de 60 à 79 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 80 ans et plus – Décès	Âge : de 80 ans et plus – Taux spécifique à l'âge
Tous les cancers	442	5.9	3,610	93.3	16,173	523.6	10,971	1,587.5
Vessie	**	**	46	1.2	414	13.4	499	72.2
Cerveau	68	0.9	201	5.2	487	15.8	145	21.0
Sein (femmes)	69	1.9	462	23.4	920	57.0	663	161.6
Col de l'utérus	13	0.4	56	2.8	62	3.8	24	5.8
Colorectal	36	0.5	391	10.1	1,500	48.6	1,299	188.0
Œsophage	**	**	129	3.3	544	17.6	252	36.5
Lymphome hodgkinien	6	0.1	**	**	22	0.7	10	1.4
Rein	**	**	78	2.0	337	10.9	233	33.7
Larynx	**	**	15	0.4	76	2.5	40	5.8
Leucémie	40	0.5	88	2.3	529	17.1	483	69.9
Foie	18	0.2	159	4.1	874	28.3	411	59.5
Poumon	18	0.2	587	15.2	4,220	136.6	2,083	301.4
Mélanome	22	0.3	83	2.1	275	8.9	188	27.2
Myélome	**	**	52	1.3	328	10.6	238	34.4
Lymphome non hodgkinien	22	0.3	127	3.3	596	19.3	459	66.4
Cavité buccale et pharynx	8	0.1	117	3.0	345	11.2	143	20.7
Ovaire	17	0.5	124	6.3	401	24.8	193	47.0
Pancréas	10	0.1	239	6.2	1,210	39.2	697	100.9
Prostate	**	**	54	2.8	717	48.6	926	329.8
Estomac	9	0.1	129	3.3	410	13.3	261	37.8
Testicule	7	0.2	**	**	**	**	**	**
Thyroïde	**	**	13	0.3	57	1.8	35	5.1
Utérus	**	**	72	3.7	346	21.4	160	39.0

Symbole : ** Supprimé en raison de la faible valeur des cas (moins de 6).

Remarque : Les taux sont pour 100 000.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Pour de plus amples renseignements sur la mortalité du cancer en Ontario, y compris des données sur d'autres types de cancer et les tendances au fil du temps, voir [le chapitre 5 : Mortalité du cancer](#).

Références

1. Action Cancer Ontario. Prevention System Quality Index : health equity. (Indice de qualité des systèmes de prévention : équité en matière de santé.) Toronto : Queen's Printer for Ontario; 2018.
2. Marinaccio A, Corfiati M, Binazzi A, Di Marzio D, Scarselli A, Ferrante P, et al.; ReNaM Working Group. The epidemiology of malignant mesothelioma in women : gender differences and modalities of asbestos exposure. (L'épidémiologie du mésothéliome malin chez les femmes : différences entre les sexes et modalités d'exposition à l'amiante.) Occup Environ Med. 2018;75(4) :254–62.
3. Lemen RA. Mesothelioma from asbestos exposures : epidemiologic patterns and impact in the United States. (Le mésothéliome dû à l'exposition à l'amiante : modèles épidémiologiques et impact aux États-Unis.) J Toxicol Environ Health B Crit Rev. 2016;19(5-6) :250–65.
4. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. (L'influence du sexe sur l'interaction médecin-patient.) Patient Educ Couns. 2009;76(3) :356–60.
5. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. (Différences entre les sexes dans l'utilisation des services de soins de santé.) J Fam Pract. 2000;49(2) :147–52.
6. Verbrugge LM. Sex differentials in health. (Différences entre les sexes en matière de santé.) Public Health Rep. 1982;97(5) :417–37.
7. Bouman A, Heineman MJ, Faas MM. Sex hormones and the immune response in humans. (Les hormones sexuelles et la réponse immunitaire chez les hommes.) Hum Reprod Update. 2005;11(4) :411–23.

Ch. 3 : Prévalence future estimée du cancer

La prévalence du cancer est une mesure du nombre de personnes diagnostiquées avec un cancer et qui sont en vie. Ce chapitre présente les statistiques projetées sur la prévalence du cancer en Ontario jusqu'en 2034. Les statistiques projetées ne tiennent pas compte des effets de la pandémie de COVID-19.

Les cas prévalents de cancer comprennent les personnes chez qui un cancer a été récemment diagnostiqué et qui sont encore sous traitement, ainsi que les personnes qui ont survécu à la maladie. Les survivants - définis dans ce rapport comme les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer depuis deux ans ou plus - représentent la majorité des cas prévalents dans ces statistiques.

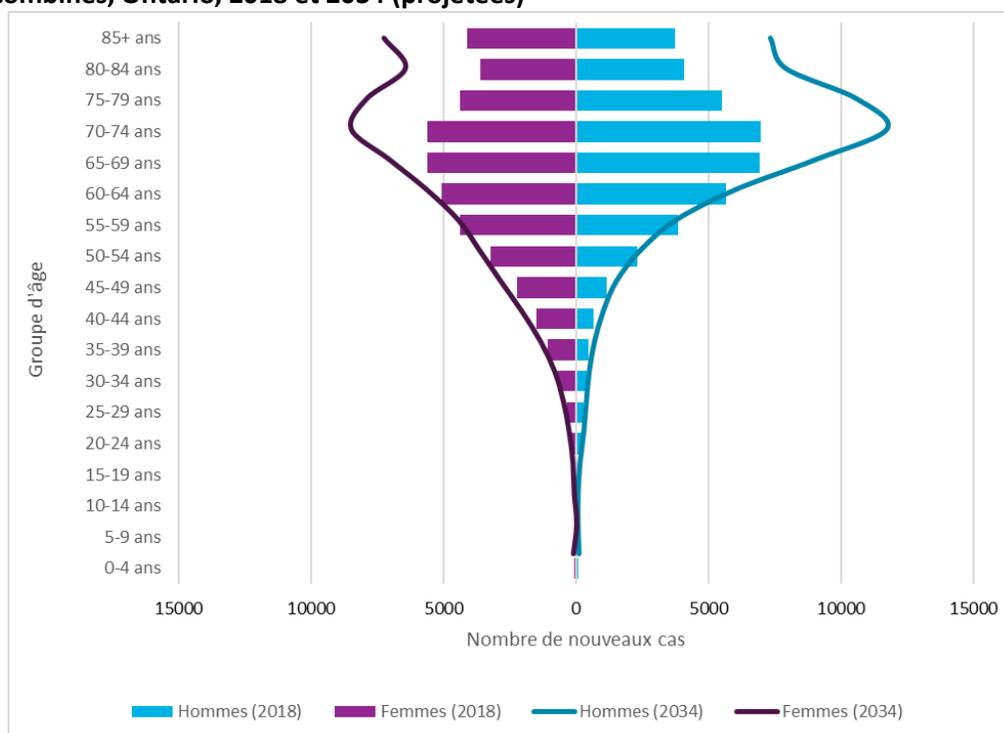
La prévalence du cancer en Ontario a augmenté en raison de la combinaison d'une amélioration de la survie au cancer, d'une baisse de la mortalité due à la maladie et d'une augmentation de l'incidence du cancer. L'incidence du cancer a augmenté en raison de l'amélioration du dépistage précoce du cancer et des changements démographiques dans la population de l'Ontario, comme l'augmentation de l'espérance de vie, ainsi que la croissance et le vieillissement de la population.

FACTEURS AFFECTANT LA PRÉVALENCE FUTURE

Changements démographiques

En 2018, environ la moitié de tous les cancers prévalents concernaient des personnes âgées de 60 à 79 ans (voir le chapitre 7 : Prévalence du cancer). On s'attend à ce que l'âge avancé de la génération des baby-boomers - les personnes nées entre 1946 et 1964 et qui constituent la majorité du groupe des 60 à 79 ans - contribue à l'incidence croissante du cancer en Ontario. Les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront une plus grande proportion des cas de cancer en 2034 par rapport à 2018. La plus grande proportion de personnes âgées et la croissance de la population au cours des prochaines années sont conformes aux projections démographiques de l'Ontario.(1)

Figure 3.1 Valeurs actuelles et projetées de l'incidence, par sexe et par groupe d'âge, de tous les cancers combinés, Ontario, 2018 et 2034 (projetées)



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

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

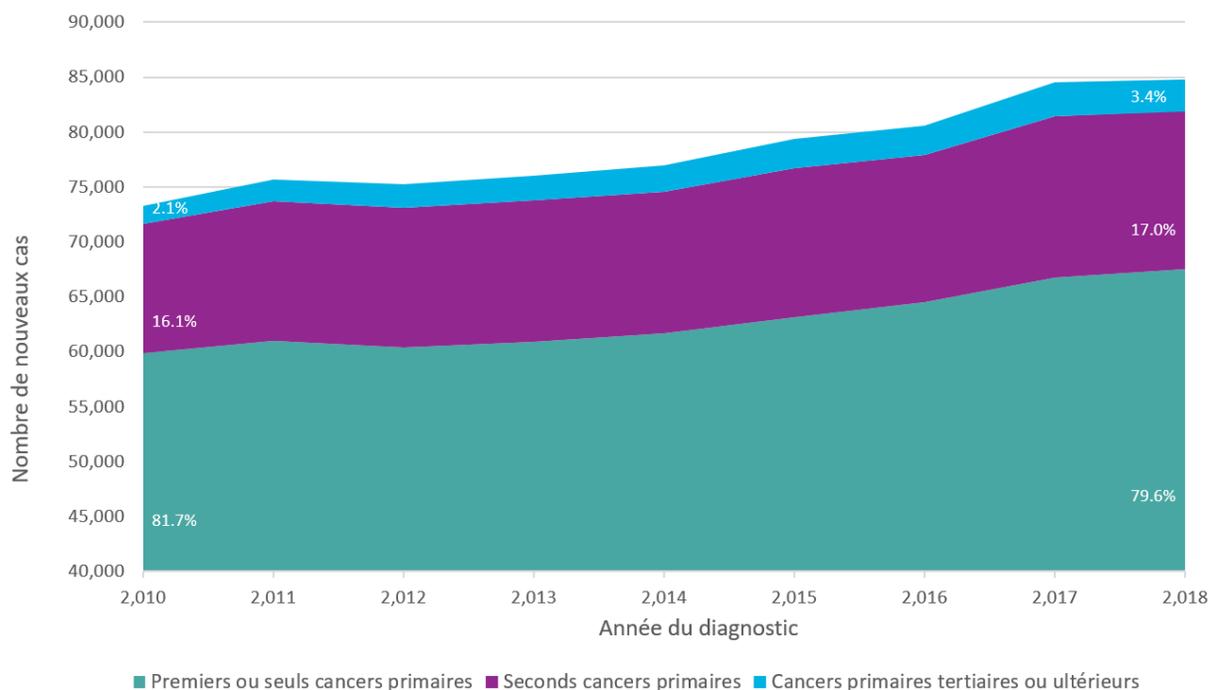
Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Note : Les taux d'incidence projetés sont fondés 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 depuis 2010.

Amélioration de la survie au cancer

Comme la survie au cancer s'est améliorée au fil du temps pour la plupart des cancers (voir le **chapitre 6 : Survie au cancer**), le risque que les survivants du cancer développent un effet tardif du traitement ou un cancer ultérieur a augmenté. La proportion de cancers primaires ultérieurs n'a cessé d'augmenter, environ 20% des nouveaux cas de cancer en 2018 représentant un deuxième nouveau diagnostic de cancer ou un diagnostic ultérieur (figure 3.2). Étant donné que les diagnostics multiples de cancer peuvent avoir un effet cumulatif sur la qualité de vie(2), le fait de connaître la proportion croissante de cancers ultérieurs peut éclairer les besoins en matière de soins pour les futurs survivants du cancer.

Figure 3.2 Répartition des cancers primaires multiples, Ontario, 2010 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

1. 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 depuis 2010.
2. Les premiers ou seuls cancers primaires correspondent aux cas diagnostiqués chez des personnes qui n'ont jamais reçu de diagnostic de cancer, les seconds cancers primaires correspondent aux cas diagnostiqués chez des personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer et les cancers primaires tertiaires ou ultérieurs correspondent aux cas diagnostiqués chez des personnes qui ont reçu deux diagnostics de cancer ou plus.
3. En 2010, la proportion de nouveaux cas de cancer qui étaient des cancers primaires premiers ou seuls était de 81,7 %, celle des seconds cancers primaires de 16,1 % et celle des cancers primaires tertiaires ou ultérieurs de 2,1 %. En 2018, la proportion de nouveaux cas de cancer qui étaient des cancers primaires premiers ou seuls était de 79,6 %, celle des seconds cancers primaires de 17,0 % et celle des cancers primaires tertiaires ou ultérieurs de 3,4 %.

Projections de prévalence pour la planification des soins de santé et des services sociaux

Bien que les statistiques sur la prévalence récente du cancer puissent être utiles pour comprendre combien de personnes atteintes d'un cancer se trouvent actuellement dans les différentes phases de soins (voir le **chapitre 7 : Prévalence du cancer**), l'estimation de la prévalence future du cancer peut aider les planificateurs du système de santé, les décideurs et les prestataires de services de santé à

anticiper la quantité et le type de ressources du système de santé nécessaires pour traiter les personnes récemment diagnostiquées d'un cancer et fournir des services de suivi aux survivants du cancer. Par exemple, les projections de prévalence peuvent aider à garantir une répartition adéquate des services sociaux et de santé pour répondre aux besoins futurs des survivants.(3)

En plus d'aider à prévoir les ressources futures pour le traitement et le rétablissement, d'autres juridictions ont montré que les projections de prévalence peuvent être analysées avec d'autres données et utilisées par les gouvernements pour planifier les coûts associés aux soins et aux autres services. En raison de la prévalence croissante du cancer aux États-Unis, les coûts des soins liés au cancer devraient augmenter de 27% entre 2010 et 2020.(4) Les coûts des soins dépendront de la proportion de personnes se trouvant dans les différentes phases de survie et devraient être les plus élevés chez les personnes chez qui un cancer a été récemment diagnostiqué. Toutefois, le nombre de survivants dont le cancer a été diagnostiqué il y a moins de 5 ans devrait augmenter moins que le nombre de survivants dont le cancer a été diagnostiqué il y a 5 ans ou plus. Les survivants qui ont été diagnostiqués il y a 5 ans ou plus ont besoin d'un soutien qui ne relève pas du système de lutte contre le cancer et les coûts associés à leurs soins peuvent être difficiles à déterminer.(5) Enfin, les projections de prévalence peuvent influencer la recherche sur les problèmes auxquels les survivants sont confrontés, tels que les effets sur la qualité de vie, les difficultés financières et autres défis sociaux.(6)

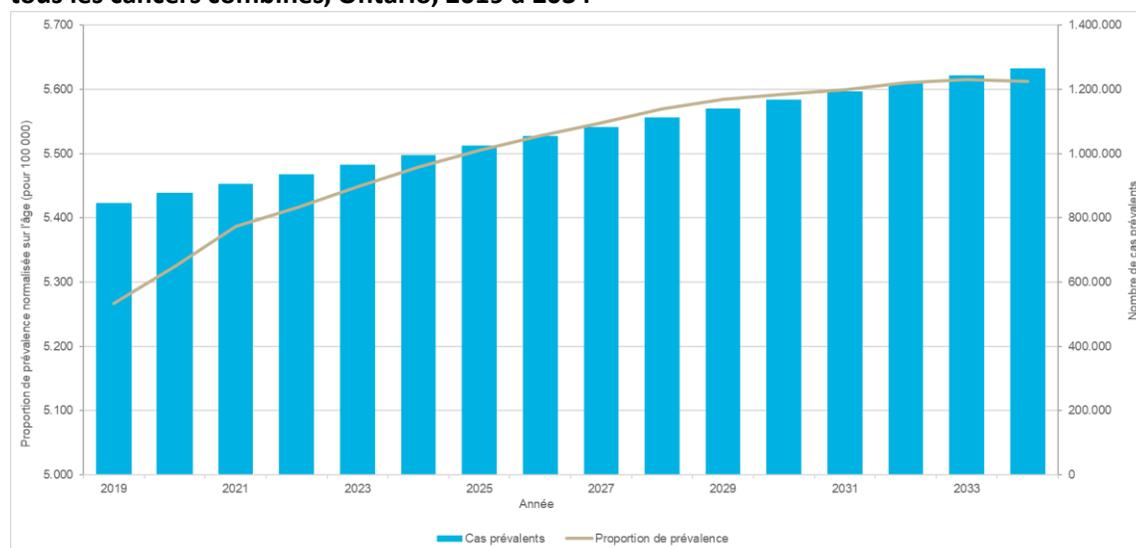
Ce chapitre présente les projections complètes de la prévalence de 2019 à 2034 pour tous les cancers combinés et pour les 10 cancers les plus prévalents actuellement en Ontario. La prévalence « complète » du cancer décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (par exemple, au début d'une année civile) chez qui un cancer a été diagnostiqué. La prévalence complète représente donc un groupe hétérogène composé de personnes dont le cancer a été diagnostiqué il y a de nombreuses années (et qui sont susceptibles d'être guéries de leur cancer) et de personnes dont le cancer a été diagnostiqué récemment (et qui peuvent encore être en cours de traitement).

En raison des différences de méthodologie, les statistiques de ce chapitre et du **chapitre 7 : Prévalence du cancer** ne sont pas comparables.

TENDANCE À L'ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE

La prévalence du cancer devrait augmenter entre 2019 et 2034, passant de 845 188 personnes en 2019 à 1 265 216 en 2034 (figure 3.3). Sur cette période, la proportion de prévalence sera passée de 5 266,8 pour 100 000 en 2018 à 5 612,5 pour 100 000 en 2034. Comme en 2019, on s'attend à une hétérogénéité considérable de la population atteinte de cancer en 2034, en termes de type de cancer et de durée de survie après le diagnostic de cancer.

Figure 3.3 Valeurs de prévalence projetées et proportions de prévalence normalisées pour l'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, 2019 à 2034



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.
- Les proportions de prévalence sont pour 100 000 et normalisées sur la distribution d'âge de la population standard canadienne de 2011.

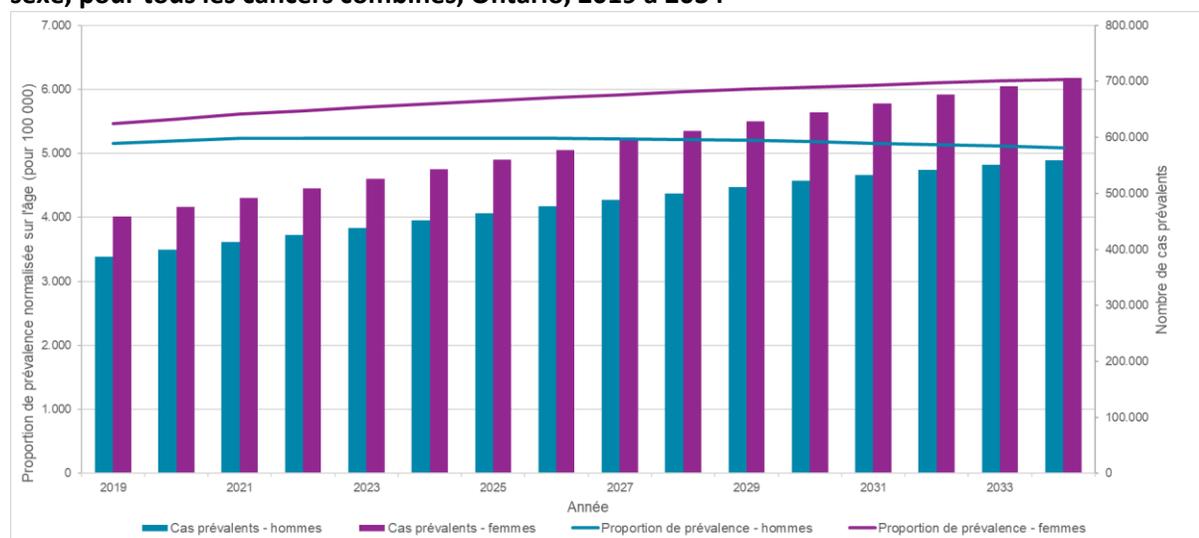
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le nombre de cas prévalents chez les hommes devrait augmenter de 45%, passant de 386 404 en 2019 à ,836 en 2034. Chez les femmes, le nombre de cas prévalents devrait augmenter de 54%, passant de 458 784 en 2019 à 706 380 en 2034 (figure 3.4).

Alors que la proportion de prévalence projetée devrait continuer à augmenter chez les femmes, le taux projeté diminuera chez les hommes. L'augmentation de la proportion de prévalence chez les femmes sera principalement due à quelques types de cancer (voir la section suivante, **Prévalence projetée par type de cancer**).

Figure 3.4 Valeurs de prévalence projetées et proportions de prévalence normalisées pour l'âge, par sexe, pour tous les cancers combinés, Ontario, 2019 à 2034



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.
- Les proportions de prévalence sont pour 100 000 et normalisées sur la distribution d'âge de la population standard canadienne de 2011.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

PRÉVALENCE PROJETÉE PAR TYPE DE CANCER

Le tableau 3.1 montre que l'évolution de la prévalence dans le temps devrait différer selon le type de cancer. Chez les hommes et les femmes réunis, la proportion de prévalence devrait rester la même entre 2019 et 2034. Toutefois, de fortes augmentations relatives de la proportion de prévalence sont attendues pour les cancers de la thyroïde et du rein. Chez les hommes, les augmentations relatives les plus importantes sont également prévues pour les cancers de la thyroïde et du rein, tandis que chez les femmes, les augmentations les plus importantes sont prévues pour les cancers de l'utérus et de la thyroïde.

L'augmentation relative de la proportion de prévalence du cancer du poumon entre 2019 et 2034 devrait être plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 3.1 Valeurs de prévalence projetées et proportions de prévalence normalisées pour l'âge par type de cancer et sexe, Ontario, 2019 et 2034

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Valeur de la prévalence (2019)	Hommes et femmes confondus – Valeur de la prévalence (2034)	Hommes et femmes confondus – Proportion de prévalence (2019)	Hommes et femmes confondus – Proportion de prévalence (2034)	Hommes – Valeur de la prévalence (2019)	Hommes – Valeur de la prévalence (2034)	Hommes – Proportion de prévalence (2019)	Hommes – Proportion de prévalence (2034)	Femmes – Valeur de la prévalence (2019)	Femmes – Valeur de la prévalence (2034)	Femmes – Proportion de prévalence (2019)	Femmes – Proportion de prévalence (2034)
Tous les cancers	845,188	1,265,216	5,266.8	5,612.5	386,404	558,836	5,154.1	5,082.6	458,784	706,380	5,462.0	6,157.8
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	164,674	236,420	1,937.8	2,013.4
Colorectal	77,097	115,460	470.6	503.6	42,225	64,386	564.6	599.3	34,872	51,074	394.0	421.6
Rein	25,453	46,693	159.0	212.5	15,550	30,531	206.9	296.5	9,903	16,162	117.1	137.7
Leucémie	26,695	39,975	170.5	186.1	15,292	23,088	206.3	225.5	11,403	16,887	139.5	151.1
Poumon	35,003	49,303	210.4	192.8	15,267	18,538	202.1	158.1	19,736	30,765	220.5	223.3
Mélanome	47,935	71,513	303.9	320.1	23,204	35,617	312.0	330.1	24,731	35,896	302.0	315.9
Lymphome non hodgkinien	41,901	67,949	262.9	301.4	22,686	36,772	304.8	349.1	19,215	31,177	226.4	259.3
Prostate	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	119,093	190,241	1,560.1	1,579.8	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Thyroïde	50,917	118,172	342.2	623.8	10,754	26,747	148.0	289.5	40,163	91,425	526.6	937.2

Utérus	s.o.	33,822	60,849	389.4	516.6								
--------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------	--------	-------	-------

Abréviation : s.o. signifie sans objet.

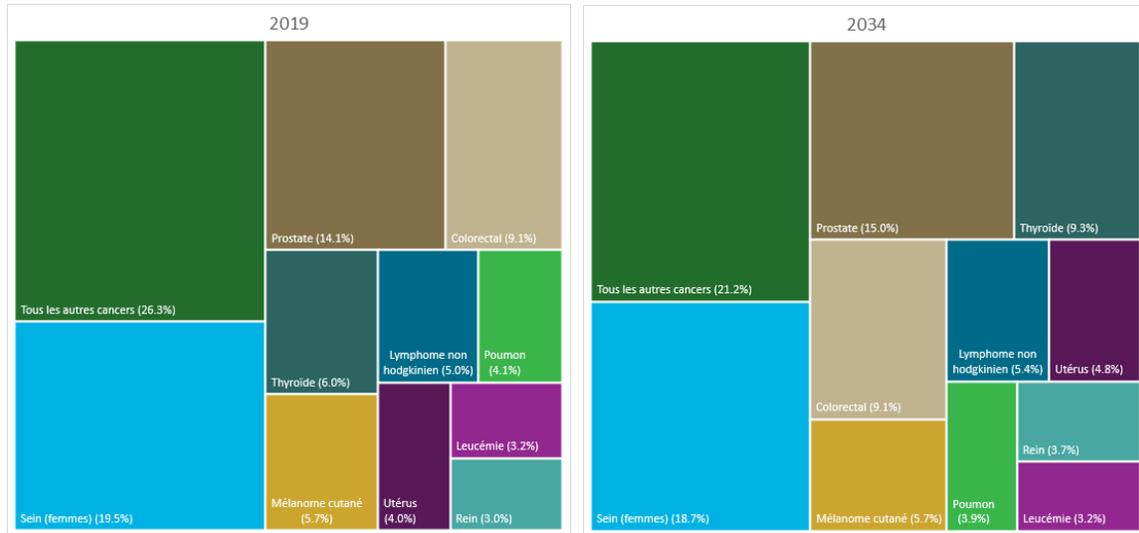
Remarque :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.
- Les proportions de prévalence sont pour 100 000 et normalisées sur la distribution d'âge de la population standard canadienne de 2011.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

(INFOGRAPHIE) Répartition des cas prévalents de cancer, Ontario, 2019 et 2034



Notes :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

PRÉVALENCE PROJETÉE PAR ÂGE

La croissance prévue des cas prévalents variera selon les groupes d'âge, la proportion relative de cas augmentant le plus chez les personnes âgées de 60 ans et plus (figure 3.5).

Âge : de 0 à 39 ans :

- En 2019, cette tranche d'âge représentait environ 4% des cas prévalents. En 2034, ils représenteront 3% des cas.
- Le nombre de cas prévalents augmentera légèrement dans ce groupe d'âge, avec une hausse de 8%, passant de 37 222 en 2019 à 40 227 en 2034.

Âge : de 40 à 59 ans :

- En 2019, cette tranche d'âge représentait 21% des cas prévalents. En 2034, ils représenteront environ 15% des cas.
- Comme pour le groupe d'âge le plus jeune, une augmentation modeste de 5% se produira chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, passant de 176 393 cas prévalents en 2019 à 185 269 cas prévalents en 2034.

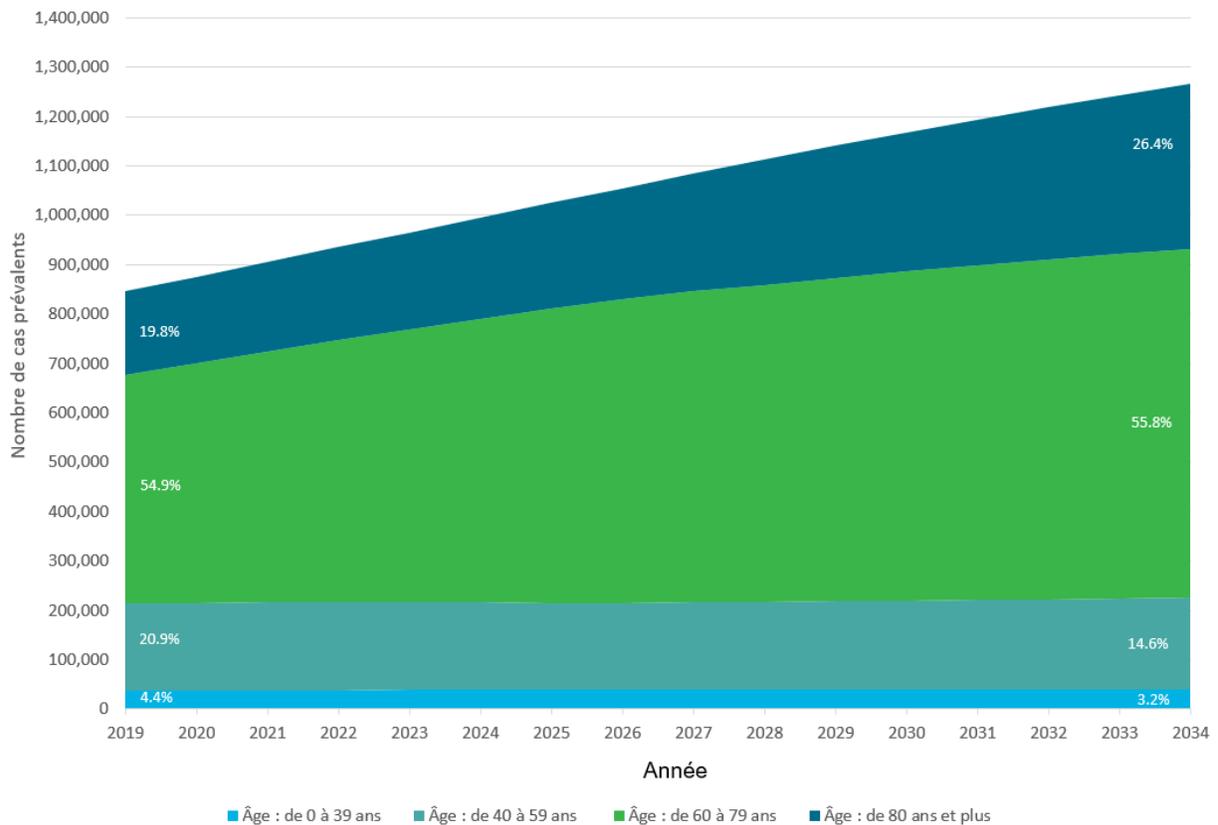
Âge : de 60 à 79 ans :

- En 2019, cette tranche d'âge représentait environ 55% des cas prévalents. En 2034, ils représenteront 56% des cas.
- Contrairement aux âges plus jeunes, la proportion de cas prévalents augmentera considérablement dans ce groupe d'âge, avec une augmentation de 52% des cas, passant de 463 854 en 2019 à 705 601 en 2034.

Âge : de 80 ans et plus :

- En 2019, cette tranche d'âge représentait environ 20% des cas prévalents. En 2034, ils représenteront 26% des cas.
- L'évolution du nombre de cas prévalents sera la plus forte chez les personnes âgées de 80 ans et plus, les cas prévalents doublant presque, passant de 167 719 cas en 2019 à 334 119 cas en 2034.

Figure 3.5 Valeurs de prévalence projetées par groupe d'âge pour tous les cancers combinés, Ontario, 2019 à 2034



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Remarque : Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

INTERPRÉTATION DES PROJECTIONS DE PRÉVALENCE AVEC PRUDENCE

Les projections de prévalence peuvent être difficiles à établir et à interpréter car elles sont fonction de deux autres types de données : l'incidence du cancer et la survie. Par conséquent, les projections sont sensibles aux hypothèses faites sur les tendances de l'incidence et de la survie. Par exemple, bien que les données historiques d'incidence soient utilisées pour déduire l'incidence future afin de calculer la prévalence future, ces données ne tiennent pas compte des changements possibles dans les pratiques récentes qui pourraient affecter l'incidence du cancer, comme la détection précoce ou le dépistage du cancer.

Les projections de prévalence dépendent également de la précision des prévisions concernant la taille de la population. L'approche utilisée dans ce chapitre suppose des projections dynamiques de la population.

Enfin, il existe plusieurs méthodes statistiques pour projeter la prévalence, chacune reposant sur différents types de données disponibles. Par conséquent, les estimations projetées peuvent différer selon la méthode et la période de rétrospection utilisées.(7) L'analyse présentée dans ce chapitre a utilisé le modèle d'analyse de la prévalence et de l'incidence (8)(voir **Analyse** pour plus de détails), qui a été utilisé dans de nombreuses autres juridictions.

Conclusion

La croissance prévue de la prévalence du cancer en Ontario est similaire aux résultats d'autres études de modélisation aux États-Unis (5)et au Royaume-Uni(9). Étant donné que de nombreux survivants du cancer sont appelés à vivre longtemps après leur diagnostic, il est important de prendre en compte l'impact du cancer et de son traitement, la récurrence et les cancers ultérieurs, la prise en charge psychosociale et d'autres effets importants que les survivants peuvent ressentir.(6)

Les statistiques prévisionnelles présentées dans ce chapitre peuvent être utiles aux planificateurs du système de santé, aux prestataires de soins de santé et aux prestataires de services sociaux lorsqu'ils planifient les besoins et les défis uniques en matière de soins de santé du nombre croissant de personnes vivant avec le cancer et après leur guérison.

Références

1. Government of Ontario Ministry of Finance. Ontario Population Projections, 2020–2046 [Internet]. Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.ontario.ca/page/ontario-population-projections>

2. Gotay CC, Ransom S, Pagano IS. Quality of life in survivors of multiple primary cancers compared with cancer survivor controls. *Cancer*. 2007;110(9):2101–9.
3. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. 2014;64(4):252–71.
4. Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(2):117–28.
5. de Moor JS, Mariotto AB, Parry C, Alfano CM, Padgett L, Kent EE, et al. Cancer Survivors in the United States: Prevalence across the Survivorship Trajectory and Implications for Care. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013;22(4):561–70.
6. Yabroff KR, Bradley C, Tina Shih YC. Understanding financial hardship among cancer survivors in the United States: Strategies for prevention and mitigation. *J Clin Oncol*. 2020;38(4):292–301.
7. Maddams J, Brewster D, Gavin A, Steward J, Elliott J, Utley M, et al. Cancer prevalence in the United Kingdom: Estimates for 2008. *Br J Cancer*. 2009;101(3):541–7.
8. Verdecchia A, De Angelis G, Capocaccia R. Estimation and projections of cancer prevalence from cancer registry data. *Stat Med*. 2002 Nov 30;21(22):3511–26.
9. Maddams J, Utley M, Moller H. Projections of cancer prevalence in the United Kingdom, 2010-2040. *Br J Cancer*. 2012;107(7):1195–202.

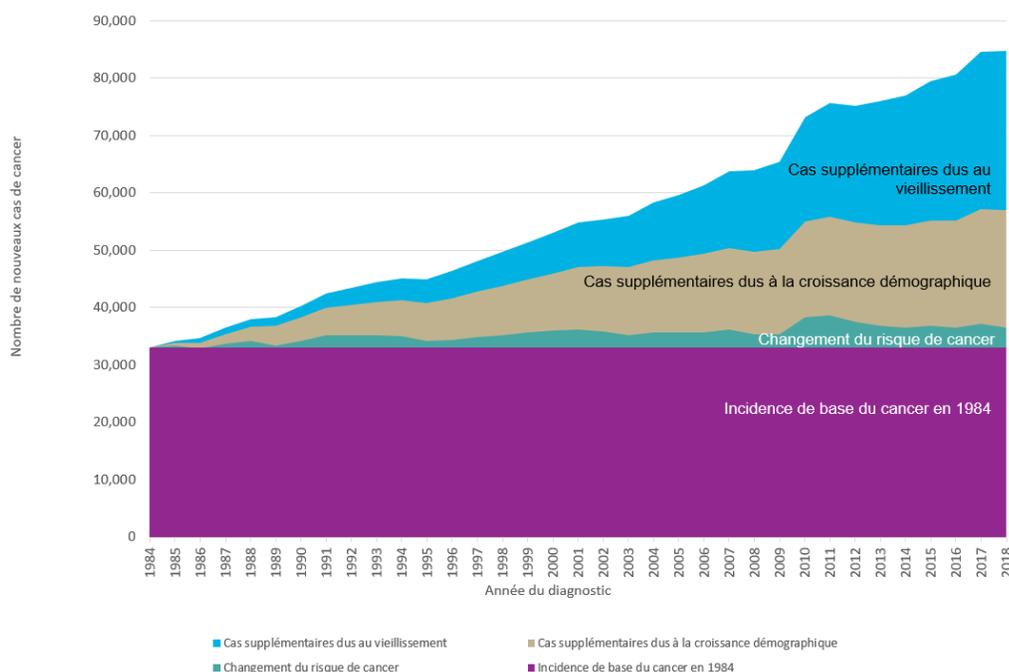
Ch. 4 : Incidence du cancer

L'incidence du cancer désigne le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une période donnée. Ce chapitre présente les taux d'incidence et les tendances réels (non projetés) sur la base des valeurs considérées comme complètes en 2018, qui est la dernière année disponible.

De 1984 à 2018, le vieillissement et la croissance de la population ont contribué bien plus au nombre de nouveaux cas de cancer que les changements réels dans le risque de cancer et les pratiques de lutte contre le cancer (figure 4.1).

En 2018, 84 816 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Ontario, ce qui représente une augmentation de 157% depuis 1984 (33 004 cas). Sur cette augmentation de 157%, environ 84% sont dus au vieillissement de la population, 62% sont dus à la croissance démographique et seulement 11% sont dus à l'évolution du risque de cancer et des pratiques de lutte contre le cancer.

Figure 4.1 Incidence due à l'évolution du risque de cancer, à la croissance démographique et au vieillissement, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Remarque : Le nombre de nouveaux cas de cancer est basé sur les normes de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux du National Cancer Institute pour le dénombrement des cancers primaires multiples, qui ont été adoptées par le Registre du cancer de l'Ontario pour les cas diagnostiqués à partir de 2010. Les comparaisons directes entre les valeurs pour les années 2010 et suivantes et les années précédentes ne devraient généralement pas être faites. Les années antérieures à 2010 sont présentées pour mettre en évidence l'impact sur les nouveaux cas et les taux du changement des normes de comptage des cancers primaires multiples.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

PROBABILITÉ DE DÉVELOPPER UN CANCER

La probabilité de développer un cancer au cours de la vie fait référence à la probabilité 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 (par exemple, la démographie)
- la prévalence des facteurs de risque (par exemple, l'âge, les antécédents familiaux de cancer, le tabagisme, l'obésité)
- 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 supérieur ou inférieur aux chiffres indiqués ici.

En Ontario, près d'une personne sur deux (44,3%) développera un cancer au cours de sa vie (sans compter le cancer de la peau sans mélanome) (tableau 4.1). La probabilité de développer un cancer était plus faible chez les femmes que chez les hommes et variait 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 17) et colorectal (1 sur 20).
- 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 23).

Tableau 4.1 Probabilité à vie de développer un cancer, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2014 à 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – %	Hommes et femmes confondus – 1 sur	Hommes – %	Hommes – 1 sur	Femmes – %	Femmes – 1 sur
Tous les cancers	44.3%	2	45.8%	2	43.0%	2
Vessie	2.4%	42	3.7%	27	1.2%	87
Cerveau	0.6%	163	0.7%	144	0.5%	186
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%	212
Colorectal	4.7%	21	5.1%	20	4.4%	23
Œsophage	0.4%	241	0.6%	165	0.2%	434
Lymphome hodgkinien	0.2%	459	0.2%	429	0.2%	491
Rein	1.2%	84	1.6%	64	0.8%	121
Larynx	0.2%	473	0.4%	273	0.1%	1,556
Leucémie	1.4%	71	1.6%	61	1.2%	86
Foie	0.8%	127	1.1%	93	0.5%	198
Poumon	5.7%	18	5.9%	17	5.6%	18
Mélanome	1.8%	56	2.0%	49	1.5%	65
Myélome	0.9%	117	1.0%	105	0.8%	132
Lymphome non hodgkinien	2.4%	42	2.6%	38	2.1%	47
Cavité buccale et pharynx	0.9%	115	1.2%	83	0.5%	183
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1.3%	78
Pancréas	1.2%	80	1.3%	80	1.2%	81
Prostate	s.o.	s.o.	10.7%	9	s.o.	s.o.
Estomac	0.9%	115	1.1%	90	0.6%	156
Testicule	s.o.	s.o.	0.4%	231	s.o.	s.o.
Thyroïde	1.5%	68	0.7%	134	2.2%	45
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2.9%	34

Abréviation : s.o. signifie sans objet.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Statistiques Canada, Tableau 13-10-0710-01 Taux de mortalité, par groupe d'âge.

INCIDENCE PAR SEXE ET TYPE DE CANCER

En 2018, 84 816 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Ontario, soit un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 543,1 pour 100 000 (tableau 4.2).

Tableau 4.2 Taux d'incidence et valeurs normalisés pour l'âge selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Nouveaux cas	Hommes et femmes confondus – % des cas	Hommes et femmes confondus – TISA	Hommes et femmes confondus – TISA 95% IC	Hommes – Nouveaux cas	Hommes – % des cas	Hommes – TISA	Hommes – TISA 95% IC	Femmes – Nouveaux cas	Femmes – % des cas	Femmes – TISA	Femmes – TISA 95% IC
Tous les cancers	84,816	100%	543.1	539.5–546.8	42,630	100%	582.0	576.5–587.6	42,186	100%	516.8	511.8–521.8
Cerveau et système nerveux												
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	1,193	1.4%	7.9	7.5–8.4	683	1.6%	9.6	8.9–10.3	510	1.2%	6.4	5.9–7.0
Glioblastome	595	0.7%	3.9	3.5–4.2	346	0.8%	4.8	4.3–5.3	249	0.6%	3.0	2.7–3.4
Tous les autres gliomes	326	0.4%	2.3	2.0–2.5	182	**	3	2.2–3.0	144	**	2	1.7–2.3
Cerveau et autres systèmes nerveux - non malin	2,349	2.8%	15.7	15.1–16.3	977	2.3%	13.8	12.9–14.7	1,372	3.3%	17.5	16.6–18.5
Méningiomes	629	0.7%	4.2	3.9–4.6	183	0.4%	2.6	2.2–3.0	446	1.1%	5.8	5.3–6.4
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé	530	0.6%	3.6	3.3–3.9	266	0.6%	3.7	3.3–4.2	264	0.6%	3.5	3.1–3.9
Sein et système génital												
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	11,728	27.8%	147.4	144.7–150.1
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	620	1.5%	8.4	7.8–9.1
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,293	3.1%	16.2	15.3–17.1
Prostate	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	9,734	22.8%	128.9	126.4–131.5	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Testicule	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	536	1.3%	7.6	7.0–8.3	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.	3,153	7.5%	39.2	37.9–40.7

Utérus - endomètre	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2,909	6.9%	36.2	34.8–37.5
Utérus - sarcome utérin	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	81	0.2%	1.1	0.9–1.4
Systeme digestif												
Colorectal	8,398	9.9%	53.5	52.3–54.6	4,609	10.8%	63.8	61.9–65.6	3,789	9.0%	44.8	43.3–46.2
Colon à l'exclusion du rectum	5,541	6.5%	35.0	34.1–35.9	2,848	6.7%	39.4	38.0–40.9	2,693	6.4%	31.3	30.1–32.5
Colon - côté gauche	1,935	2.3%	12.4	11.9–13.0	1,089	2.6%	14.9	14.1–15.9	846	2.0%	10.4	9.7–11.1
Colon - côté droit	3,305	3.9%	20.7	20.0–21.4	1,620	3.8%	22.4	21.4–23.6	1,685	4.0%	19.2	18.3–20.2
Rectum et jonction rectosigmoïde	2,836	3.3%	18.4	17.7–19.1	1,751	4.1%	24.2	23.1–25.4	1,085	2.6%	13.3	12.6–14.2
Jonction rectosigmoïde	705	0.8%	4.5	4.2–4.9	415	1.0%	5.7	5.2–6.3	290	0.7%	3.6	3.2–4.0
Rectum	2,131	2.5%	13.8	13.2–14.4	1,336	3.1%	18.5	17.5–19.5	795	1.9%	9.8	9.1–10.5
Œsophage	924	1.1%	5.8	5.5–6.2	693	1.6%	9.5	8.8–10.2	231	0.5%	2.7	2.3–3.0
Œsophage - adénocarcinome	522	0.6%	3.3	3.0–3.6	459	1.1%	6.3	5.7–6.9	63	0.1%	0.7	0.6–0.9
Œsophage - carcinome épidermoïde	281	0.3%	1.8	1.6–2.0	156	0.4%	2.1	1.8–2.5	125	0.3%	1.4	1.2–1.7
Foie	1,321	1.6%	8.3	7.8–8.7	907	2.1%	12.3	11.5–13.1	414	1.0%	4.8	4.3–5.3
Pancréas	2,059	2.4%	12.8	12.3–13.4	1,070	2.5%	14.6	13.7–15.5	989	2.3%	11.3	10.6–12.1
Estomac	1,669	2.0%	10.6	10.1–11.1	1,070	2.5%	14.7	13.8–15.6	599	1.4%	7.1	6.5–7.7
Tête et cou												
Larynx	412	0.5%	2.6	2.4–2.9	359	0.8%	4.9	4.4–5.4	53	0.1%	0.6	0.5–0.8
Cavité buccale et pharynx	1,870	2.2%	12.1	11.5–12.6	1,342	3.1%	18.3	17.3–19.3	528	1.3%	6.4	5.9–7.0

Lèvres et cavité buccale	920	1.1%	5.9	5.5–6.3	575	1.3%	7.9	7.2–8.5	345	0.8%	4.1	3.7–4.6
Hypopharynx	78	0.1%	0.5	0.4–0.6	70	0.2%	0.9	0.7–1.2	8	0.0%	0.1	0.0–0.2
Nasopharynx	107	0.1%	0.7	0.6–0.9	82	0.2%	1.1	0.9–1.4	25	0.1%	0.4	0.2–0.5
Oropharynx	700	0.8%	4.5	4.2–4.9	572	1.3%	7.7	7.1–8.4	128	0.3%	1.6	1.3–1.9
Thyroïde	3,070	3.6%	21.4	20.6–22.1	828	1.9%	11.7	10.9–12.6	2,242	5.3%	30.7	29.5–32.1
Thyroïde - anaplasique	25	0.0%	0.2	0.1–0.2	13	0.0%	0.2	0.1–0.3	12	0.0%	0.1	0.1–0.2
Thyroïde - folliculaire	136	0.2%	0.9	0.8–1.1	37	0.1%	0.5	0.4–0.7	99	0.2%	1.3	1.1–1.6
Thyroïde - médullaire	35	0.0%	0.2	0.2–0.3	15	0.0%	0.2	0.1–0.4	20	0.0%	0.3	0.2–0.4
Thyroïde - papillaire	2,789	3.3%	19.5	18.8–20.2	726	1.7%	10.3	9.6–11.1	2,063	4.9%	28.4	27.2–29.7
Hématologique												
Leucémie	2,417	2.8%	15.6	15.0–16.2	1,440	3.4%	19.9	18.9–21.0	977	2.3%	11.9	11.1–12.7
Leucémie lymphocytaire aiguë	216	0.3%	1.5	1.3–1.7	122	0.3%	1.7	1.4–2.1	94	0.2%	1.3	1.1–1.6
Leucémie monocytaire aiguë	934	1.1%	5.9	5.5–6.3	589	1.4%	8.0	7.4–8.7	345	0.8%	4.0	3.6–4.5
Leucémie myéloïde aiguë	26	0.0%	0.2	0.1–0.2	11	0.0%	0.1	0.1–0.3	15	0.0%	0.2	0.1–0.3
Leucémie lymphocytaire chronique	662	0.8%	4.3	3.9–4.6	347	0.8%	4.8	4.3–5.3	315	0.7%	3.9	3.4–4.3
Leucémie myéloïde chronique	327	0.4%	2.1	1.9–2.4	213	0.5%	3.0	2.6–3.4	114	0.3%	1.4	1.2–1.7
Lymphome	4,703	5.5%	30.2	29.4–31.1	2,570	6.0%	35.5	34.2–36.9	2,133	5.1%	25.8	24.7–26.9
Lymphome hodgkinien	420	0.5%	2.9	2.6–3.2	210	0.5%	3.0	2.6–3.4	210	0.5%	2.8	2.5–3.3
Lymphome non hodgkinien	4,283	5.0%	27.3	26.5–28.2	2,360	5.5%	32.6	31.3–33.9	1,923	4.6%	22.9	21.9–24.0

Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire	2,085	2.5%	13.3	12.7–13.9	1,174	2.8%	16.1	15.2–17.1	911	2.2%	10.9	10.2–11.6
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	2,198	2.6%	14.0	13.5–14.6	1,186	2.8%	16.5	15.5–17.4	1,012	2.4%	12.0	11.3–12.8
Myélome	1,468	1.7%	9.2	8.8–9.7	840	2.0%	11.5	10.8–12.4	628	1.5%	7.3	6.7–7.9
Mélanome												
Mélanome cutané	3,882	4.6%	25.2	24.4–26.0	2,161	5.1%	29.9	28.7–31.2	1,721	4.1%	21.4	20.4–22.4
Mélanome (non cutané)	175	0.2%	1.1	1.0–1.3	97	0.2%	1.3	1.1–1.6	78	0.2%	1.0	0.8–1.2
Mélanome - muqueux	56	0.1%	0.3	0.3–0.5	20	0.0%	0.3	0.2–0.4	36	0.1%	0.4	0.3–0.6
Mélanome - oculaire	119	0.1%	0.8	0.6–0.9	77	0.2%	1.1	0.8–1.3	42	0.1%	0.5	0.4–0.7
Système thoracique												
Poumon	10,337	12.2%	64.1	62.8–65.3	5,060	11.9%	68.6	66.7–70.6	5,277	12.5%	61.1	59.5–62.8
Poumon - adénocarcinome	3,924	4.6%	24.5	23.7–25.2	1,784	4.2%	24.1	23.0–25.2	2,140	5.1%	25.1	24.0–26.2
Poumon - à grandes cellules	132	0.2%	0.8	0.7–1.0	68	0.2%	0.9	0.7–1.2	64	0.2%	0.8	0.6–1.0
Poumon - à petites cellules	1,009	1.2%	6.3	5.9–6.7	505	1.2%	6.8	6.2–7.4	504	1.2%	5.9	5.4–6.5
Poumon - à cellules squameuses	1,601	1.9%	9.9	9.4–10.4	1,001	2.3%	13.5	12.7–14.4	600	1.4%	6.9	6.3–7.5
Système urinaire												
Vessie	4,115	4.9%	25.6	24.9–26.4	3,158	7.4%	43.6	42.1–45.1	957	2.3%	11.0	10.3–11.7
Rein	2,609	3.1%	16.9	16.3–17.6	1,707	4.0%	23.3	22.2–24.5	902	2.1%	11.1	10.4–11.8

Abréviations : TISA signifie taux d'incidence normalisé pour l'âge ; s.o. signifie sans objet.

Notes :

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

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)



Les 4 cancers les plus fréquemment diagnostiqués (sein, colorectal, poumon et prostate) étaient responsables de près de 50% de tous les nouveaux cas de cancer en 2018. Les cancers du poumon, du colorectal et de la prostate représentaient 46% des nouveaux cas chez les hommes, tandis que les cancers du poumon, du sein et du colorectal représentaient 49% des nouveaux cas chez les femmes (figure 4.2).

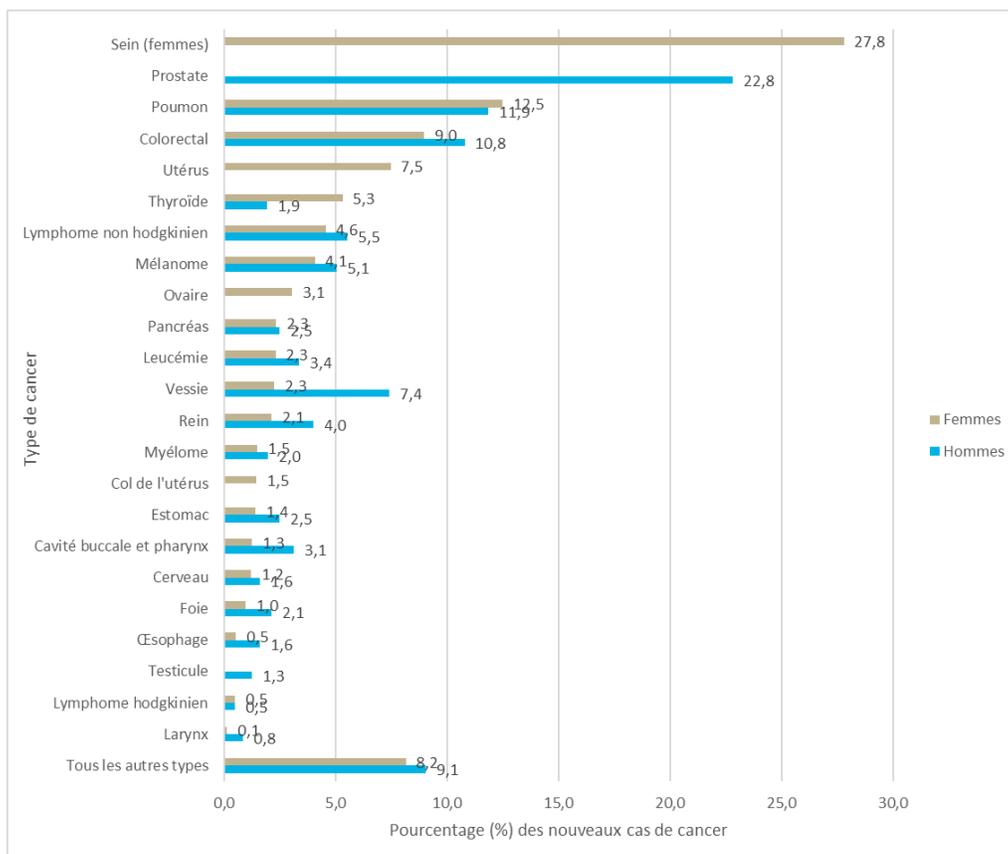
Les cancers de la peau autres que le mélanome représentent le type de cancer le plus courant dans la plupart des provinces et territoires, mais ils ne sont pas inclus dans le présent rapport parce que l'Ontario ne recueille pas systématiquement de données à leur sujet. D'autres juridictions ont signalé une tendance à la hausse des cancers de la peau autres que le mélanome.(1–3)

En 2018, les taux d'incidence normalisés pour l'âge les plus élevés pour les cancers survenant chez les hommes et les femmes concernaient le cancer du poumon (64,1 pour 100 000), le cancer colorectal (53,5 pour 100 000) et le lymphome (30,2 pour 100 000).

Les taux d'incidence normalisés pour l'âge de tous les cancers combinés étaient significativement plus élevés chez les hommes (582,0 pour 100 000) que chez les femmes (516,8 pour 100 000) (tableau 4.2).

- Chez les hommes, les cancers les plus fréquemment diagnostiqués étaient ceux de la prostate (9 734, soit 22,8% de tous les nouveaux cas masculins), du poumon (5 060, soit 11,9%) et colorectal (4 609, soit 10,8%).
- Chez les femmes, les principaux types de cancer étaient le sein (11 728, soit 27,8% de tous les nouveaux cas féminins), le poumon (5 277, soit 12,5%) et le cancer colorectal (3 789, soit 9,0%).

Figure 4.2 Proportion de nouveaux cas selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Remarque : Valeurs d'incidence basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer et de l'association internationale des registres du cancer.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les plus grandes différences d'incidence entre hommes et femmes concernaient les cancers du larynx, de la vessie, de l'œsophage, de la cavité buccale et du pharynx, du foie, du rein et de l'estomac. Le risque de chacun de ces types de cancer est associé à la consommation de tabac ou d'alcool (4,5) et, en Ontario, la consommation de tabac et d'alcool est plus répandue chez les hommes.(6)

- Cancer du larynx : Le taux masculin était plus de 8 fois supérieur au taux féminin. Les fumeurs ont 7 fois plus de risques de développer un cancer du larynx (7) et la consommation excessive d'alcool fait plus que doubler le risque de cancer du larynx.(4)
- 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.(8,9)
- Le cancer de l'œsophage : Le taux de cancer de l'œsophage chez les hommes était globalement plus de 3 fois supérieur à celui des femmes, le taux d'adénocarcinome de l'œsophage étant 9 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Fumer fait plus que doubler le risque de cancer de l'œsophage.(7) La consommation d'alcool et l'obésité - également plus fréquente chez les hommes - sont d'autres facteurs de risque de cancer de l'œsophage.(10)
- 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 de l'oropharynx chez les hommes étant presque 5 fois plus élevé que chez les femmes. Le tabagisme et l'alcoolisme sont des facteurs de risque de cancer de la cavité buccale et du pharynx.(11) La consommation d'alcool multiplie par plus de 5 le risque de ce cancer.(4)
- Cancer du foie : Le taux masculin 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.(4) L'hépatite virale chronique est un autre facteur de risque de cancer du foie. (12)
- Cancer du rein : Le taux masculin était le double du taux féminin. La consommation excessive d'alcool est associée à un risque accru de cancer du rein. (4)
- Cancer de l'estomac : Le taux masculin était le double du taux féminin. La consommation excessive d'alcool est associée à une augmentation de 20% du risque de cancer de l'estomac.(4)

Le taux d'incidence était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour presque tous les cancers. Une exception : le cancer de la thyroïde, dont le taux d'incidence normalisé pour l'âge chez les femmes était de 30,7 pour 100 000, contre seulement 11,7 pour 100 000 chez les hommes. Un certain nombre de raisons possibles pour expliquer l'incidence plus élevée du cancer de la thyroïde chez les femmes ont été proposées, notamment :

- une plus grande probabilité d'investigation diagnostique chez les femmes parce qu'elles sont plus susceptibles de souffrir d'une maladie de la thyroïde (13) et qu'elles ont davantage tendance à consulter un médecin et à participer plus activement aux visites médicales (14–16)
- les différences entre les niveaux d'hormones des hommes et des femmes (comme l'hormone stimulée par la thyroïde et les stéroïdes sexuels) (17–19)

Alors que l'incidence des types moins agressifs de cancer de la thyroïde, comme le carcinome papillaire, était plus élevée chez les femmes que chez les hommes en Ontario (tableau 4.2), les taux des types plus

agressifs, comme les cancers anaplasiques et médullaires de la thyroïde, étaient généralement similaires chez les hommes et les femmes. Le même schéma est observé dans d'autres juridictions(13,20).

Les taux d'incidence des tumeurs non malignes du cerveau et du système nerveux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Bien que le taux plus élevé de tumeurs cérébrales non malignes chez les femmes ait également été observé dans de nombreuses autres juridictions(21–24), la raison de ces différences entre les sexes n'est pas claire.

INCIDENCE PAR ÂGE

De 2016 à 2018, l'âge médian au moment du diagnostic de cancer était de 69 ans pour les hommes et de 66 ans pour les femmes (tableau 4.3). L'âge médian au moment du diagnostic variait selon le type de cancer. Parmi les 23 types de cancer, les cancers dont l'âge médian est le plus bas (tous âgés de moins de 50 ans) sont les testicules, le lymphome hodgkinien et le col de l'utérus.

Chez les enfants, les types de cancer pour lesquels l'âge médian au diagnostic était le plus bas de 2016 à 2020 étaient le neuroblastome, le rétinoblastome et les tumeurs hépatiques. En outre, pendant cette période, les neuroblastomes, les leucémies et les tumeurs du système nerveux central étaient les types de cancer les plus fréquents chez les enfants de moins d'un an.

Pour plus de détails sur l'incidence du cancer chez les enfants, voir **Spotlight : Incidence du cancer chez les enfants**, [tableau 4.S1](#) le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#).

L'âge médian au moment du diagnostic pour la plupart des types de cancer était supérieur à 60 ans, à quelques exceptions près.

Tableau 4.3 Âge médian au moment du diagnostic, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2016 à 2018

Type de cancer	Âge (ans) – Hommes et femmes confondus	Âge (ans) – Hommes	Âge (ans) – Femmes
Tous les cancers	68	69	66
Vessie	73	73	73
Cerveau	61	61	62
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	63
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	48

Colorectal	70	69	72
Œsophage	69	68	72
Lymphome hodgkinien	38	39	37
Rein	65	65	65
Larynx	68	68	68
Leucémie	68	68	68
Foie	69	68	73
Poumon	71	72	71
Mélanome	66	68	64
Myélome	72	71	72
Lymphome non hodgkinien	69	68	69
Cavité buccale et pharynx	64	64	67
Ovaire	s.o.	s.o.	64
Pancréas	72	70	73
Prostate	s.o.	68	s.o.
Estomac	70	70	71
Testicule	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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En 2018, plus de la moitié de tous les cas de cancer nouvellement diagnostiqués concernaient des personnes âgées de 60 à 79 ans (tableau 4.4). La distribution des types de cancer par groupe d'âge était très variable.

Tableau 4.4 Valeurs et taux d'incidence par type de cancer et groupe d'âge, Ontario, 2018

Type de cancer	Âge : de 0 à 39 ans – Nouveaux cas	Âge : de 0 à 39 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 0 à 39 ans – 95% IC	Âge : de 40 à 59 ans – Nouveaux cas	Âge : de 40 à 59 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 40 à 59 ans – 95% IC	Âge : de 60 à 79 ans – Nouveaux cas	Âge : de 60 à 79 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 60 à 79 ans – 95% IC	Âge : de 80 ans et plus – Nouveaux cas	Âge : de 80 ans et plus – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 80 ans et plus – 95% IC
Tous les cancers	4,300	61.0	59.2–62.9	19,262	490.7	483.8–497.6	45,726	1,686.1	1,670.7–1,701.6	15,528	2,486.2	2,447.2–2,525.6
Cerveau et système nerveux												
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin*	257	3.6	3.2–4.1	290	7.4	6.6–8.3	485	17.9	16.3–19.5	161	25.8	21.9–30.1
Glioblastome	35	0.5	0.3–0.7	155	3.9	3.4–4.6	337	12.4	11.1–13.8	68	10.9	8.5–13.8
Tous les autres gliomes	157	2.2	1.9–2.6	99	2.5	2.0–3.1	60	2.2	1.7–2.8	10	1.6	0.8–2.9
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin*	378	5.4	4.8–5.9	749	19.1	17.7–20.5	854	31.5	29.4–33.7	368	58.9	53.1–65.3
Méningiomes	47	0.7	0.5–0.9	269	6.9	6.1–7.7	264	9.7	8.6–11.0	49	7.8	5.8–10.4
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé	111	1.6	1.3–1.9	182	4.6	4.0–5.4	178	6.6	5.6–7.6	59	9.4	7.2–12.2
Sein et système génital												
Sein (femmes)	542	15.7	14.4–17.1	4,057	203.6	197.4–210.0	5,602	394.3	384.0–404.7	1,527	406.2	386.1–427.1
Col de l'utérus	187	5.4	4.7–6.2	254	12.7	11.2–14.4	150	10.6	8.9–12.4	29	7.7	5.2–11.1
Ovaire	101	2.9	2.4–3.5	404	20.3	18.3–22.4	597	42.0	38.7–45.5	191	50.8	43.9–58.6

Prostate	**	**	**	1520†	78.6	74.7– 82.7	6,957	538.8	526.2– 551.6	1,254	504.2	476.7– 532.9
Testicule	363	10.1	9.1–11.2	144	7.4	6.3–8.8	25	1.9	1.3–2.9	**	**	**
Utérus	75	2.2	1.7–2.7	1,016	51.0	47.9– 54.2	1,794	126.3	120.5– 132.2	268	71.3	63.0– 80.4
Utérus - endomètre	64	1.9	1.4–2.4	917	46.0	43.1– 49.1	1,702	119.8	114.2– 125.6	226	60.1	52.5– 68.5
Utérus - sarcome utérin	**	**	**	52	2.6	1.9–3.4	22	1.5	1.0–2.3	**	**	**
Système digestif												
Colorectal	185	2.6	2.3–3.0	1,800	45.9	43.8– 48.0	4,263	157.2	152.5– 162.0	2,150	344.2	329.8– 359.1
Colon à l'exclusion du rectum*	86	1.2	1.0–1.5	980	25.0	23.4– 26.6	2,850	105.1	101.3– 109.0	1,625	260.2	247.7– 273.1
Colon - côté gauche	44	0.6	0.5–0.8	497	12.7	11.6– 13.8	1,015	37.4	35.2– 39.8	379	60.7	54.7– 67.1
Colon - côté droit*	39	0.6	0.4–0.8	456	11.6	10.6– 12.7	1,730	63.8	60.8– 66.9	1,080	172.9	162.8– 183.5
Rectum et jonction rectosigmoïde	99	1.4	1.1–1.7	820	20.9	19.5– 22.4	1,405	51.8	49.1– 54.6	512	82.0	75.0– 89.4
Jonction rectosigmoïde	13	0.2	0.1–0.3	184	4.7	4.0–5.4	362	13.3	12.0– 14.8	146	23.4	19.7– 27.5
Rectum	86	1.2	1.0–1.5	636	16.2	15.0– 17.5	1,043	38.5	36.2– 40.9	366	58.6	52.7– 64.9
Œsophage	6	0.1	0.0–0.2	182	4.6	4.0–5.4	539	19.9	18.2– 21.6	197	31.5	27.3– 36.3

Œsophage - adénocarcinome	**	**	**	115†	2.9	2.4–3.5	300	11.1	9.8–12.4	104	16.7	13.6–20.2
Œsophage - carcinome épidermoïde	**	**	**	45†	1.1	0.8–1.5	174	6.4	5.5–7.4	60	9.6	7.3–12.4
Foie	24	0.3	0.2–0.5	222	5.7	4.9–6.4	796	29.4	27.3–31.5	279	44.7	39.6–50.2
Pancréas	20	0.3	0.2–0.4	308	7.8	7.0–8.8	1,172	43.2	40.8–45.8	559	89.5	82.2–97.2
Estomac	31	0.4	0.3–0.6	325	8.3	7.4–9.2	919	33.9	31.7–36.2	394	63.1	57.0–69.6
Tête et cou												
Larynx	**	**	**	95†	2.4	2.0–3.0	237	8.7	7.7–9.9	74	11.8	9.3–14.9
Cavité buccale et pharynx	43	0.6	0.4–0.8	550	14.0	12.9–15.2	1,041	38.4	36.1–40.8	236	37.8	33.1–42.9
Hypopharynx	27	0.4	0.3–0.6	229	5.8	5.1–6.6	502	18.5	16.9–20.2	162	25.9	22.1–30.3
Lèvres et cavité buccale	**	**	**	20†	0.5	0.3–0.8	50	1.8	1.4–2.4	7	1.1	0.5–2.3
Nasopharynx	11	0.2	0.1–0.3	46	1.2	0.9–1.6	44	1.6	1.2–2.2	6	1.0	0.4–2.1
Oropharynx	**	**	**	230†	5.9	5.1–6.7	415	15.3	13.9–16.8	53	8.5	6.4–11.1
Thyroïde	694	9.8	9.1–10.6	1,378	35.1	33.3–37.0	888	32.7	30.6–35.0	110	17.6	14.5–21.2
Thyroïde - anaplasique	**	**	**	**	**	**	19	0.7	0.4–1.1	**	**	**
Thyroïde - folliculaire	19	0.3	0.2–0.4	56	1.4	1.1–1.9	51	1.9	1.4–2.5	10	1.6	0.8–2.9
Thyroïde - médullaire	**	**	**	16	0.4	0.2–0.7	13	0.5	0.3–0.8	**	**	**

Thyroïde - papillaire	659	9.4	8.7–10.1	1,291	32.9	31.1–34.7	763	28.1	26.2–30.2	76	12.2	9.6–15.2
Hématologique												
Leucémie*	292	4.1	3.7–4.6	463	11.8	10.7–12.9	1,191	43.9	41.5–46.5	471	75.4	68.8–82.5
Leucémie lymphocytaire aiguë	154	2.2	1.9–2.6	23	0.6	0.4–0.9	33	1.2	0.8–1.7	6	1.0	0.4–2.1
Leucémie monocytaire aiguë	8	0.1	0.0–0.2	184	4.7	4.0–5.4	555	20.5	18.8–22.2	187	29.9	25.8–34.6
Leucémie myéloïde aiguë*	**	**	**	6	0.2	0.1–0.3	15	0.6	0.3–0.9	**	**	**
Leucémie lymphocytaire chronique	63	0.9	0.7–1.1	125	3.2	2.7–3.8	342	12.6	11.3–14.0	132	21.1	17.7–25.1
Leucémie myéloïde chronique*	38	0.5	0.4–0.7	77	2.0	1.5–2.5	147	5.4	4.6–6.4	65	10.4	8.0–13.3
Lymphome*	469	6.7	6.1–7.3	982	25.0	23.5–26.6	2,361	87.1	83.6–90.6	891	142.7	133.4–152.3
Lymphome hodgkinien	224	3.2	2.8–3.6	93	2.4	1.9–2.9	82	3.0	2.4–3.8	21	3.4	2.1–5.1
Lymphome non hodgkinien	245	3.5	3.1–3.9	889	22.6	21.2–24.2	2,279	84.0	80.6–87.6	870	139.3	130.2–148.9
Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire*	109	1.5	1.3–1.9	436	11.1	10.1–12.2	1,190	43.9	41.4–46.4	350	56.0	50.3–62.2
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	136	1.9	1.6–2.3	453	11.5	10.5–12.7	1,089	40.2	37.8–42.6	520	83.3	76.3–90.7
Myélome	14	0.2	0.1–0.3	238	6.1	5.3–6.9	815	30.1	28.0–32.2	401	64.2	58.1–70.8

Mélanome												
Mélanome cutané	268	3.8	3.4–4.3	1,032	26.3	24.7–27.9	1,895	69.9	66.8–73.1	687	110.0	101.9–118.5
Mélanome (non cutané)	11	0.2	0.1–0.3	51	1.3	1.0–1.7	88	3.2	2.6–4.0	25	4.0	2.6–5.9
Mélanome - muqueux	**	**	**	10†	0.3	0.1–0.5	34	1.3	0.9–1.8	12	1.9	1.0–3.4
Mélanome - oculaire	10	0.1	0.1–0.3	42	1.1	0.8–1.4	54	2.0	1.5–2.6	13	2.1	1.1–3.6
Système thoracique												
Poumon	52	0.7	0.6–1.0	1,290	32.9	31.1–34.7	6,665	245.8	239.9–251.7	2,330	373.1	358.1–388.5
Poumon - adénocarcinome	32	0.5	0.3–0.6	579	14.7	13.6–16.0	2,524	93.1	89.5–96.8	789	126.3	117.7–135.5
Poumon - à grandes cellules	**	**	**	20†	0.5	0.3–0.8	94	3.5	2.8–4.2	17	2.7	1.6–4.4
Poumon - à petites cellules	**	**	**	155†	3.9	3.4–4.6	704	26.0	24.1–27.9	148	23.7	20.0–27.8
Poumon - à cellules squameuses	**	**	**	135†	3.4	2.9–4.1	1,120	41.3	38.9–43.8	344	55.1	49.4–61.2
Système urinaire												
Vessie	52	0.7	0.6–1.0	502	12.8	11.7–14.0	2,396	88.3	84.8–92.0	1,165	186.5	176.0–197.6
Rein	106	1.5	1.2–1.8	760	19.4	18.0–20.8	1,410	52.0	49.3–54.8	333	53.3	47.7–59.4

Abréviation : IC signifie intervalle de confiance.

Symboles :

*Tendance significative à l'augmentation du taux spécifique à l'âge avec l'augmentation de l'âge.

**Supprimé en raison de la faible valeur des cas (moins de 6).

†La valeur a été arrondie pour garantir la confidentialité ; le taux et l'intervalle de confiance associés ont été ajustés pour refléter la valeur arrondie.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000.
- Exclut les cas sans information sur l'âge.
- Seuls certains sous-sites et sous-types histologiques des principaux cancers sont présentés. Par conséquent, les valeurs de ces derniers peuvent ne pas s'additionner au total pour chaque type de cancer.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Âge : de 0 à 39 ans

Cinq pour cent de tous les nouveaux cas sont survenus chez des personnes de moins de 40 ans, les cancers du sein et de la thyroïde étant les plus importants.

Les moins de 40 ans représentaient également la majorité des nouveaux cas de lymphome hodgkinien (53,3%) et de cancer du testicule (68,2%).

De 2016 à 2020, environ 0,5% de tous les nouveaux cancers sont survenus chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. Les cancers des enfants sont, en général, distincts des cancers de l'adulte, avec des différences dans les types de cancer, la biologie, les traitements et la réponse au traitement. Les types de cancer les plus fréquents chez les enfants sont les leucémies (32,9%), les tumeurs du système nerveux central (23,6%) et les lymphomes (12,7%) (voir **Spotlight : Incidence du cancer chez les enfants, tableau 4.S1**).

Pour plus de détails sur l'incidence du cancer chez les enfants, lisez [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

SPOTLIGHT : Incidence du cancer chez les enfants

Tableau 4.S1 : Valeurs et taux d'incidence du cancer chez les enfants, par type de cancer, de 0 à 14 ans, Ontario, 2016 à 2020

Types de cancer/tumeur (Groupe de diagnostic de la CICE)	N	%	Taux d'incidence spécifique à l'âge	TISA	TISA 95% IC
Tous cancers confondus	1,935	100.0%	171.30	173.40	165.70 – 181.30
I. Leucémies, maladies myéloprolifératives et maladies myélodysplasiques	636	32.9%	56.30	57.29	52.92–61.93
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	246	12.7%	21.78	21.63	19.01–24.52
III. SNC et divers néoplasmes intracrâniens et intraspinaux	456	23.6%	40.36	40.54	36.90–44.45
IV. Neuroblastome et autres tumeurs du système nerveux périphérique	136	7.0%	12.04	12.62	10.59–14.93
V. Rétinoblastome	38	2.0%	3.36	3.55	2.51–4.87
VI. Tumeurs rénales	76	3.9%	6.73	6.88	5.42–8.62
VII. Tumeurs hépatiques	45	2.3%	3.98	4.16	3.03–5.57
VIII. Tumeurs osseuses malignes	69	3.6%	6.11	6.00	4.67–7.61
IX. Sarcomes des tissus mous et autres sarcomes extra-osseux	111	5.7%	9.83	9.88	8.13–11.91

X. Tumeurs des cellules germinales, tumeurs trophoblastiques et néoplasmes des gonades	61	3.2%	5.40	5.46	4.18–7.03
XI. et XII. Autres et néoplasmes malins non spécifiés	61	3.2%	5.40	5.36	4.10–6.90

Abréviations : TISA signifie taux d'incidence normalisé pour l'âge ; IC signifie intervalle de confiance ; SNC signifie système nerveux central ; CICE signifie classification internationale des cancers des enfants.

Notes :

- Les taux sont pour 1 000 000.
- Le système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario classe les cancers des enfants selon la troisième édition de la classification internationale du cancer des enfants, qui compte 12 principaux groupes de diagnostic.
- L'incidence du cancer chez les enfants est rapportée sur une période de 5 ans en raison des variations de l'incidence annuelle et du potentiel de divulgation des petites cellules.

Analyse par : Analyses de santé, groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Source des données : Système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario (7 avril 2021), groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Âge : de 40 à 59 ans

Parmi tous les nouveaux cas, 22,7% sont survenus chez des personnes âgées de 40 à 59 ans, le cancer colorectal et le cancer du sein chez les femmes étant les plus importants.

Près de la moitié des nouveaux cas de cancer de la thyroïde sont survenus chez des personnes âgées de 40 à 59 ans et 41,0% des nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont survenus chez des femmes de cette tranche d'âge.

Âge : de 60 à 79 ans

Parmi tous les nouveaux cas, 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 :

- 47,8% des nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes
- 50,8% des nouveaux cas de cancer colorectal
- 64,5% des nouveaux cas de cancer du poumon
- 71,5% des nouveaux cas de cancer de la prostate

Âge : de 80 ans et plus

Parmi tous les nouveaux cas, 18,3% sont survenus chez des personnes âgées de 80 ans ou plus, les cancers du poumon et du côlon-rectum étant les plus importants.

L'incidence du cancer augmente avec l'âge, passant d'un taux de 61,0 pour 100 000 chez les personnes diagnostiquées à 39 ans ou moins à 2 486,2 pour 100 000 chez les personnes diagnostiquées à 80 ans ou plus. Les taux varient 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 des autres systèmes nerveux
- côlon à l'exclusion du rectum et du côlon droit
- leucémie, y compris les leucémies myéloïdes aiguës et chroniques
- lymphome, y compris le lymphome non hodgkinien extra-ganglionnaire

Les gliomes (autres que les glioblastomes), 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 ou sont restés stables avec l'âge.

TENDANCES DE L'INCIDENCE PAR TYPE DE CANCER

Cette section décrit les variations annuelles en pourcentage des taux d'incidence normalisés pour l'âge, qui sont utilisés pour examiner les changements à court terme de la tendance des taux dans le temps (tableau 4.5).

Après une longue période de stabilité des taux, le taux d'incidence normalisé pour l'âge de tous les cancers combinés a diminué de 1,4% par an entre 2007 et 2014 avant de se stabiliser à nouveau ces dernières années.

Chez les hommes, le taux d'incidence est resté stable de 1984 à 2007, a diminué de 2,8% par an jusqu'en 2014 et est resté stable de 2014 à 2018. Bien que le taux d'incidence du cancer chez les femmes n'ait pas connu une baisse similaire, le taux d'incidence s'est stabilisé de 2002 à 2018 après une augmentation régulière de 0,5% par an de 1984 à 2002.

Tendances récentes de l'incidence des 4 cancers les plus fréquents

CANCER DU SEIN

Le taux d'incidence normalisé pour l'âge du cancer du sein chez les femmes en Ontario a augmenté de 1,9% par an jusqu'en 1991. Il s'est ensuite stabilisé de 1991 à 1999 avant de diminuer régulièrement de 0,7% par an jusqu'en 2012. Ce taux est resté stable ces dernières années. Cette tendance 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 est typique de l'introduction d'une nouvelle méthode de diagnostic précoce.

La diminution du taux d'incidence du cancer du sein peut également être due à la réduction du recours à l'hormonothérapie substitutive à partir du début des années 2000. Le traitement hormonal substitutif est associé à un risque accru de cancer du sein chez les femmes post-ménopausées.(25,26)

CANCER COLORECTAL

Le taux d'incidence normalisé pour l'âge du cancer colorectal chez les hommes a diminué de 2,6% par an entre 2008 et 2018. Les taux d'incidence du cancer du côlon et du cancer 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. Il a ensuite diminué après 2000, d'abord au rythme de 1,3% par an jusqu'en 2010, puis plus rapidement de 2,4% par an jusqu'en 2018. Ces schémas peuvent refléter les tendances opposées suivantes pour les sous-sites du cancer colorectal chez les femmes :

- une augmentation du nombre de cancers de la jonction rectosigmoïde entre 1996 et 2000
- une diminution globale du nombre de cancers du côlon entre 1984 et 2018

CANCER DU POUMON

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon normalisé pour l'âge a connu deux périodes de diminution significative - la première de 1990 à 2008 à un taux de 2,1% par an, puis plus récemment de 2012 à 2018 à un taux de 2,9% par an. Le taux d'incidence chez les femmes a augmenté de 1984 à 1998, est resté stable jusqu'en 2012, puis a commencé à diminuer régulièrement de 1,0% par an.

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 des hommes et des femmes.(27) Si le tabagisme est la principale cause du cancer du poumon, d'autres causes sont l'exposition au radon, à l'amiante, à la fumée secondaire et à la pollution atmosphérique.

CANCER DE LA PROSTATE

Le taux d'incidence du cancer de la prostate normalisé pour l'âge a augmenté de 1,3% par an entre 1992 et 2007, puis a diminué de 6,6% par an entre 2007 et 2014 avant de se stabiliser ces dernières années. 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 fortement influencée par les orientations cliniques. Par exemple, l'utilisation généralisée 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 reflète l'influence des recommandations de la U.S. Preventive Services Task Force contre l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate pour le dépistage systématique des hommes en bonne santé.(28)

Changements notables dans la tendance pour les autres cancers

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Après 2 décennies de baisse, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a pas connu de tendance significative à la hausse ou à la baisse entre 2006 et 2018. Cependant, de 2010 à 2014, on a observé une diminution du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus de 5,0% par an (bien que non significative sur le plan statistique), ce qui fait suite à l'introduction de la vaccination scolaire contre le virus du papillome humain pour les jeunes filles de l'Ontario en 2007. Une baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus a également été observée dans d'autres pays où la vaccination contre le papillomavirus humain a été introduite.(29)

LEUCÉMIE

Après trois décennies de tendances stables, les taux d'incidence de la leucémie ont commencé à diminuer en 2007. Depuis 2008, le taux d'incidence de la leucémie lymphocytaire chronique en particulier a diminué, tandis que les taux des autres types de leucémie ont augmenté. La tendance à la baisse de la leucémie lymphocytaire chronique reflète des observations récentes dans d'autres pays (30), et reflète probablement l'effet de la modification des critères de diagnostic plus restreints de la leucémie lymphocytaire chronique en 2008.(31, 32)

CANCER DU FOIE

Les taux d'incidence du cancer du foie ont fortement augmenté entre 1984 et 2012, bien qu'ils se soient stabilisés ces dernières années. Chez les hommes, le taux d'incidence normalisé pour l'âge a augmenté à un rythme de 4,6% par an de 1984 à 2013 et est resté stable de 2013 à 2018. La tendance était plus prononcée chez les femmes, le taux d'incidence normalisé pour l'âge ayant augmenté de 3,3% par an de 1984 à 2008, de 14,8% par an de 2008 à 2012, pour enfin se stabiliser de 2012 à 2018.

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.(33)

LYMPHOME

Une augmentation constante des lymphomes entre 1984 et 2013 a atteint un plateau entre 2013 et 2018, reflétant la tendance des lymphomes non hodgkiniens. Après une augmentation importante de 4,6% par an entre 2009 et 2013, le taux de lymphomes non hodgkiniens s'est stabilisé entre 2013 et 2018.

MYÉLOME

Pour les hommes et les femmes combinés, le taux d'incidence du myélome normalisé pour l'âge a augmenté de 2,6% par an entre 2008 et 2018. Cette tendance est probablement due à une augmentation similaire chez les femmes.

CANCER DE LA THYROÏDE

Le taux d'incidence normalisé pour l'âge du cancer de la thyroïde a diminué de manière significative, après près de trois décennies d'augmentation des taux. Le taux d'incidence a diminué de 4,1% par an entre 2013 et 2018, en grande partie en raison de la tendance à la baisse du cancer papillaire de la thyroïde. Cette tendance a été la plus marquée chez les femmes qui ont connu une diminution du taux de 5,0% par an au cours de la même période.

CANCER DE L'UTÉRUS

Le taux d'incidence normalisé pour l'âge du cancer de l'utérus a augmenté de 3,9% par an de 2005 à 2011 et a continué à augmenter à un rythme plus lent de 1,2% par an de 2011 à 2018. Ces augmentations sont principalement dues à la hausse des taux d'incidence du sous-site de l'endomètre (4,8% par an entre 2005 et 2011).

L'augmentation de l'incidence du cancer de l'endomètre dans d'autres juridictions suggère un lien avec l'augmentation des taux d'obésité et la diminution des taux de grossesse, deux facteurs qui augmentent l'exposition aux œstrogènes, un facteur de risque clé pour le cancer de l'endomètre.(34)

Tableau 4.5 Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence normalisés pour l'âge selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 1984 à 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Période	Hommes et femmes confondus – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Tous les cancers	1984–1991	0.8	1984–1992	0.8	1984–2002	0.5*
	1991–2007	0.3	1992–2007	-0.1	2002–2018	0
	2007–2014	-1.4*	2007–2014	-2.8*		
	2014–2018	0.1	2014–2018	0.2		
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	1984–2008	-0.3*	1984–2018	-0.5*	1984–2018	-0.8*
	2008–2018	-1.5*				
Glioblastome	1984–2001	1.7*	1984–2018	0.7*	1984–2001	1.6*
	2001–2005	-6.2			2001–2005	-7.7
	2005–2009	6.6			2005–2012	5.6*
	2009–2018	0.2			2012–2018	-0.8
Tous les autres gliomes	1984–2004	-1.8*	1984–2018	-1.1*	1984–2018	-1.1*
	2004–2008	4.7				
	2008–2018	-3.1*				
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin		**		**		**
Méningiomes		**		**		**
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé		**		**		**
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–1991	1.9*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1991–1999	0.5
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1999–2012	-0.7*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2012–2018	0.4
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–2006	-2.1*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2006–2010	2.2
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2010–2014	-5
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2014–2018	3.7
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–2001	0.4*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2001–2018	-1.1*

Prostate	s.o.	s.o.	1984–1992	6.2*	s.o.	s.o.
	s.o.	s.o.	1992–2007	1.3*	s.o.	s.o.
	s.o.	s.o.	2007–2014	-6.6*	s.o.	s.o.
	s.o.	s.o.	2014–2018	1.9	s.o.	s.o.
Testicule	s.o.	s.o.	1984–2018	1.3*	s.o.	s.o.
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–1989	-2.4
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1989–2005	0.5*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2005–2011	3.9*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2011–2018	1.2*
Utérus - endomètre	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–1989	-3.4*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1989–2005	0.6*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2005–2011	4.8*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2011–2018	1.2*
Utérus - sarcome utérin	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–2018	1.1*
Colorectal	1984–1996	-1.0*	1984–2008	-0.4*	1984–1996	-1.4*
	1996–2000	1.2	2008–2018	-2.6*	1996–2000	1.4
	2000–2008	-0.9*			2000–2010	-1.3*
	2008–2018	-2.4*			2010–2018	-2.4*
Colon à l'exclusion du rectum	1984–1996	-1.0*	1984–2009	-0.6*	1984–1992	-1.6*
	1996–2008	-0.3	2009–2018	-2.7*	1992–2008	-0.6*
	2008–2018	-2.5*			2008–2018	-2.4*
Colon - côté gauche	1984–2004	-1.1*	1984–2004	-0.8*	1984–2009	-1.3*
	2004–2008	1.4	2004–2008	2.0	2009–2018	-3.1*
	2008–2018	-3.9*	2008–2018	-4.2*		
Colon - côté droit	1984–2011	0.0	1984–2011	0.1	1984–2011	-0.1
	2011–2018	-2.5*	2011–2018	-2.3*	2011–2018	-2.8*
Rectum et jonction rectosigmoïde	1984–1996	-1.0*	1984–1997	-0.6	1984–1996	-1.6*
	1996–2001	3.1*	1997–2001	3.7	1996–2000	4.2
	2001–2018	-1.8*	2001–2018	-2.0	2000–2018	-1.6*
Jonction rectosigmoïde	1984–2001	2.4*	1984–2001	2.4*	1984–1991	4.5*
	2001–2018	-3.8*	2001–2018	-3.8*	1991–1996	-5.2
					1996–2000	11.8
					2000–2018	-4.2*
Rectum	1984–1991	-3.0*	1984–1995	-1.6*	1984–1991	-3.7*

	1991–2008	0.3*	1995–2006	0.9*	1991–2018	-0.1
	2008–2018	-1.5*	2006–2018	-1.8*		
Œsophage	1984–2006	-0.1	1984–2006	0.1	1984–2018	-0.7*
	2006–2010	3.7	2006–2010	4.5		
	2010–2014	-4.7*	2010–2014	-5.2*		
	2014–2018	2.0	2014–2018	1.9		
Œsophage - adénocarcinome	1984–2010	3.5*	1984–2010	3.4*	1984–2018	2.6*
	2010–2018	-0.8	2010–2018	-0.9		
Œsophage - carcinome épidermoïde	1984–2018	-2.1*	1984–2018	-2.4*	1984–2018	-1.9*
Foie	1984–2008	4.0*	1984–2013	4.6*	1984–2008	3.3*
	2008–2012	9.5*	2013–2018	-0.9	2008–2012	14.8*
	2012–2018	-1.5			2012–2018	-2.6
Pancréas	1984–2006	-0.7*	1984–2003	-1.3*	1984–2006	-0.4*
	2006–2013	3.0*	2003–2018	1.7*	2006–2012	2.8*
	2013–2018	-1.1			2012–2018	-1.1
Estomac	1984–2007	-1.8*	1984–2008	-1.9*	1984–1999	-2.5*
	2007–2018	0.4	2008–2018	0.4	1999–2018	-0.1
Larynx	1984–2018	-2.4*	1984–2018	-2.4*	1984–2018	-2.7*
Cavité buccale et pharynx	1984–2003	-1.9*	1984–2003	-2.4*	1984–2003	-1.3*
	2003–2018	1.4*	2003–2018	1.5*	2003–2018	0.9*
Hypopharynx	1984–2018	-2.6*	1984–2018	-2.4*	1984–2018	-3.5*
Lèvres et cavité buccale	1984–2003	-2.9*	1984–2003	-3.8*	1984–2003	-1.4*
	2003–2018	1.3*	2003–2018	0.9	2003–2018	1.7*
Nasopharynx	1984–2018	0.0	1984–2018	0.2	1984–2018	-0.3
Oropharynx	1984–1998	-1.1	1984–1998	-1.2	1984–2018	0.0
	1998–2018	2.5*	1998–2018	3.1*		
Thyroïde	1984–1998	4.8*	1984–2014	6.6*	1984–1998	4.9*
	1998–2002	13.3*	2014–2018	-2.2	1998–2002	15.1*
	2002–2013	6.3*			2002–2013	5.9*
	2013–2018	-4.1*			2013–2018	-5.0*
Thyroïde - anaplasique	1984–2018	-0.1	1984–2018	2.0*	1984–2018	-1.1
Thyroïde - folliculaire	1984–2018	-0.7*	1984–2018	-0.8	1984–2018	-0.7*
Thyroïde - médullaire	1984–2018	2.0*	1984–2018	2.1*	1984–2018	1.9*
Thyroïde - papillaire	1984–2012	9.1*	1984–2013	8.5*	1984–1998	7.7*

	2012–2018	-3.3*	2013–2018	-1.0	1998–2002	14.5*
					2002–2012	8.2*
					2012–2018	-3.9*
Leucémie	1984–2000	-0.3	1984–2010	0.3	1984–2001	-0.4
	2000–2007	1.7	2010–2018	-1.3*	2001–2009	1.8
	2007–2018	-1.1*			2009–2018	-1.8*
Leucémie lymphocytaire aiguë	1984–2018	0.9*	1984–2018	0.9*	1984–2018	0.8*
Leucémie monocytaire aiguë	1984–2018	2.6*	1984–2018	2.5*	1984–2018	2.4*
Leucémie myéloïde aiguë	1984–2018	0.7*	1984–2018	0.7*	1984–2018	0.6*
Leucémie lymphocytaire chronique	1984–2008	1.2*	1984–2009	1.1*	1984–2000	-0.2
	2008–2018	-2.6*	2009–2018	-3.1*	2000–2004	7.4
					2004–2018	-2.5*
Leucémie myéloïde chronique	1984–2004	-1.0*	1984–2004	-1.2*	1984–2018	0.2
	2004–2018	1.6*	2004–2018	1.6*		
Lymphome	1984–1998	1.6*	1984–2009	1.1*	1984–1998	1.8*
	1998–2009	0.6*	2009–2013	4.4*	1998–2008	0.2
	2009–2013	4.2*	2013–2018	-0.7	2008–2012	3.2
	2013–2018	-0.4			2012–2018	0.4
Lymphome hodgkinien	1984–2018	-0.3*	1984–2018	-0.5*	1984–2018	0.0
Lymphome non hodgkinien	1984–1998	1.9*	1984–1990	3.1*	1984–1998	2.1*
	1998–2009	0.7*	1990–2009	1.2*	1998–2008	0.3
	2009–2013	4.6*	2009–2013	5.0*	2008–2012	3.7
	2013–2018	-0.5	2013–2018	-0.8	2012–2018	0.2
Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire	1984–2007	7.4*	1984–2007	7.6*	1984–2007	7.9*
	2007–2011	44.5*	2007–2012	37.7*	2007–2011	41.6*
	2011–2018	2.7	2012–2018	-0.1	2011–2018	3.1
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	1984–2007	0.9*	1984–2007	1.1*	1984–1994	2.2*
	2007–2013	-7.3*	2007–2011	-8.7	1994–2007	0.2
	2013–2018	-0.2	2011–2018	-1.5	2007–2013	-7.0*
					2013–2018	-0.9
Myélome	1984–2008	0.3	1984–2003	0.7*	1984–2009	0.1
	2008–2018	2.6*	2003–2007	-3.6	2009–2018	2.6*
			2007–2011	6.4		

			2011–2018	1.5		
Mélanome cutané	1984–1988	4.9	1984–1988	7	1984–1993	-0.4
	1988–1992	-2.6	1988–1992	-2	1993–2018	2*
	1992–2014	2.3*	1992–2014	2.4*		
	2014–2018	-0.4	2014–2018	-1		
Mélanome (non cutané)	1984–2018	0.7*	1984–2018	0.7*	1984–2018	0.8*
Mélanome - muqueux	1984–2006	-0.4		**		**
	2006–2010	41.0		**		**
	2010–2018	-1.6		**		**
Mélanome - oculaire	1984–2018	-0.1	1984–2018	0.1	1984–2018	-0.3
Poumon	1984–1991	0.5	1984–1990	-0.7	1984–1998	2.1*
	1991–2008	-0.9*	1990–2008	-2.1*	1998–2008	0.2
	2008–2012	0.7	2008–2012	0.4	2008–2012	1.6
	2012–2018	-1.9*	2012–2018	-2.9*	2012–2018	-1.0*
Poumon - adénocarcinome	1984–1996	2.5*	1984–1998	1.1*	1984–1995	4.1*
	1996–2008	-0.9*	1998–2007	-2.9*	1995–2008	0.5
	2008–2012	10.0*	2007–2012	7.8*	2008–2014	7.5*
	2012–2018	-1.5*	2012–2018	-1.7*	2014–2018	-4.4*
Poumon - à grandes cellules	1984–2000	0.1	1984–2000	-1.0*	1984–1999	2.3*
	2000–2004	-15.1*	2000–2004	-17.4*	1999–2018	-8.5*
	2004–2018	-7.2*	2004–2018	-6.8*		
Poumon - à petites cellules	1984–1990	4.1*	1984–1991	2.2	1984–1997	3.3*
	1990–2011	-0.6*	1991–2018	-1.7*	1997–2018	-0.5*
	2011–2018	-2.3*				
Poumon - à cellules squameuses	1984–1989	-0.5	1984–1988	-0.5	1984–1996	0.7
	1989–2008	-3.5*	1988–2008	-4.4*	1996–2007	-2.7*
	2008–2012	4.4	2008–2012	3.6	2007–2012	5.0*
	2012–2018	-2.4*	2012–2018	-2.8*	2012–2018	-1.7
Vessie [†]	1989–2018	-1.2*	1989–2018	-1.3*	1989–2018	-1.3*
Rein	1984–1990	3.6*	1984–1989	4.9*	1984–2018	1.1*
	1990–1996	-0.8	1989–1999	-0.4		
	1996–2018	1.7*	1999–2018	2.0*		

Abréviations : VAP signifie variation annuelle en pourcentage; s.o. signifie sans objet.

Symboles :

*Tendance statistiquement significative.

**Trop peu de cas pour être calculés.

†La tendance du cancer de la vessie débute en 1989 en raison des changements de classification.

Notes :

- Les taux sont normalisés en fonction de la population standard canadienne de 2011.
- Seuls certains sous-sites et sous-types histologiques des principaux cancers sont présentés.
- 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, de l'épidémiologie et des résultats finaux de l'Institut national du cancer pour la comptabilisation des cancers primaires multiples ont été utilisées pour évaluer les tendances dans le temps. Pour tous les autres types de cancer, l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/l'association internationale des registres du cancer des règles primaires multiples ont été utilisées.
- Le modèle de saut du logiciel Joinpoint a été appliqué dans les analyses de tendances pour tous les cancers combinés, le cancer du sein, le mélanome de la peau et le cancer de la vessie.

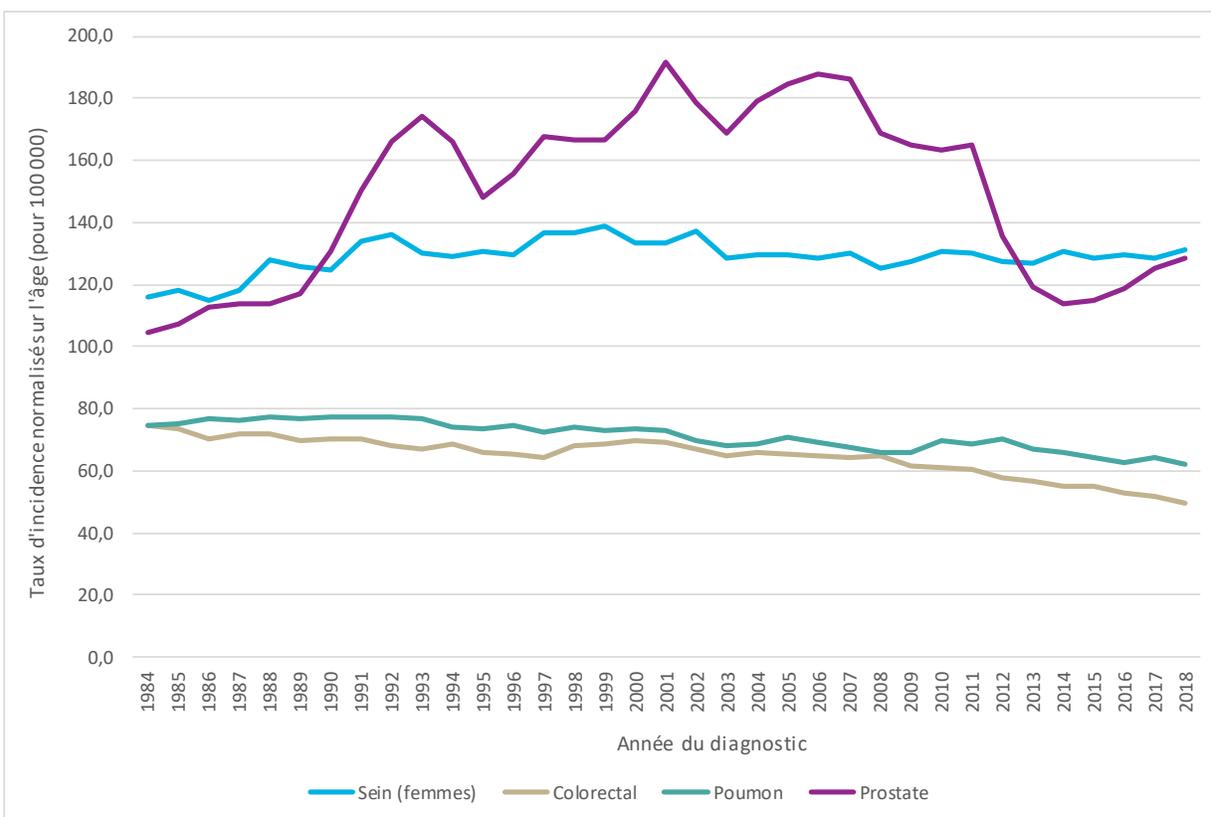
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

TENDANCE DE L'INCIDENCE SUR TRENTE-CINQ ANS PAR TYPE DE CANCER

Les taux d'incidence normalisés sur l'âge de 1984 à 2018 pour certains cancers sont présentés dans la figure 4.3. Ces cancers représentent les 4 cancers les plus courants en Ontario (sein, prostate, poumon et colorectal) et les cancers dont les tendances récentes des taux d'incidence normalisés pour l'âge sont en forte augmentation.

Figure 4.3A Taux d'incidence normalisés pour l'âge par type de cancer, pour les 4 cancers les plus courants, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

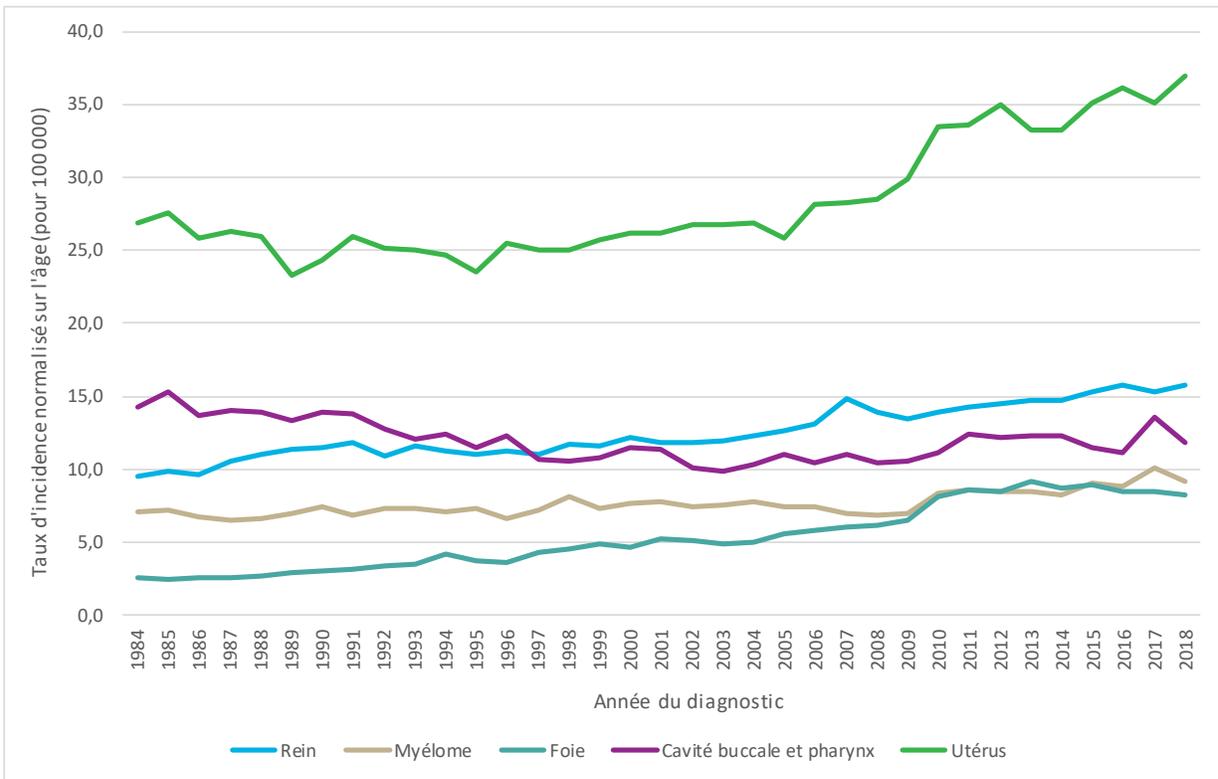
Notes :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Valeurs d'incidence basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer et de l'association internationale des registres du cancer.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Figure 4.3B Taux d'incidence normalisé selon l'âge, par type de cancer, pour les cancers dont la tendance récente est à la hausse significative, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000 et normalisés selon la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Valeurs d'incidence basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer et de l'association internationale des registres du cancer.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

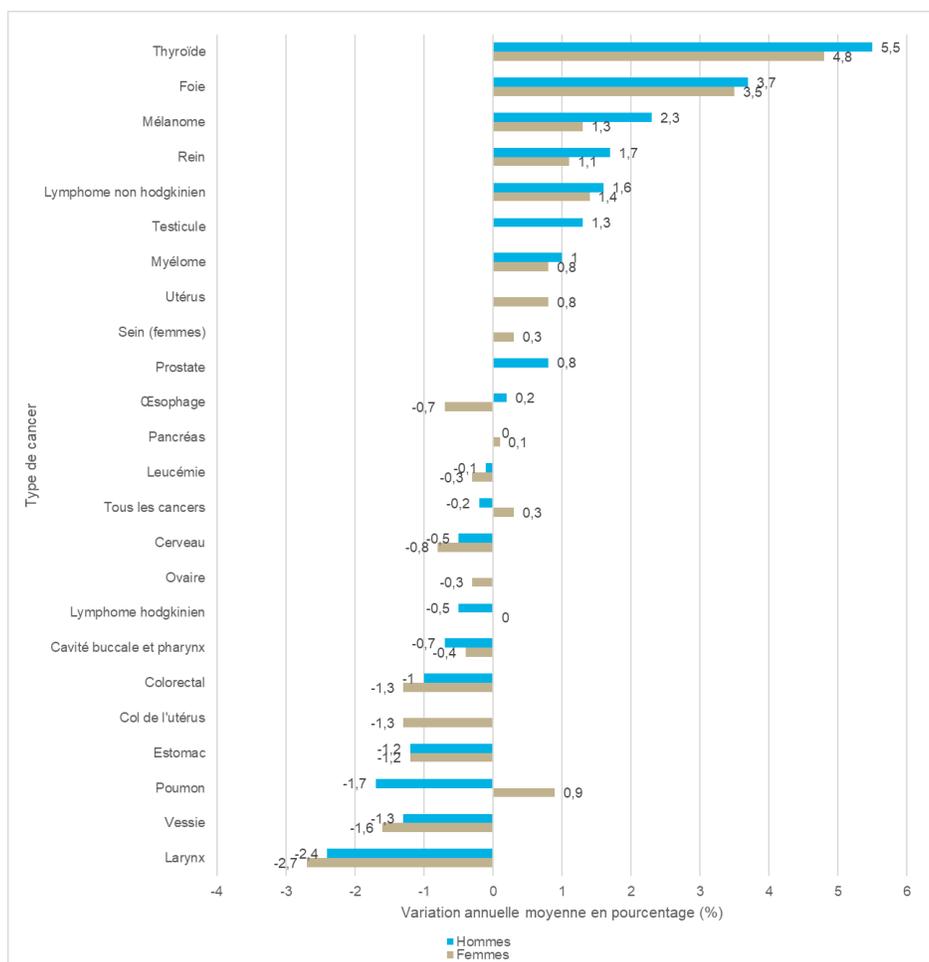
Au cours des 35 dernières années (1984 à 2018), la variation annuelle moyenne en pourcentage du taux d'incidence normalisé pour l'âge chez les hommes (figure 4.4) :

- a augmenté le plus pour le cancer de la thyroïde (5,5%), le cancer du foie (3,7%), le mélanome (2,3%) et le cancer du rein (1,7%)
- est resté stable pour les cancers de l'œsophage, du pancréas et de la prostate, la leucémie, le myélome et tous les cancers confondus
- a diminué le plus pour les cancers du larynx (2,4%), du poumon (1,7%), de la vessie (1,6%) et de l'estomac (1,2%)

Pour les femmes, la variation annuelle moyenne en pourcentage :

- a augmenté le plus pour les cancers de la thyroïde (4,8%) et du foie (3,5%), ainsi que pour les lymphomes non hodgkiniens (1,4%) et les mélanomes (1,3%)
- sont restés stables pour le cancer du pancréas, le lymphome de Hodgkin et la leucémie
- a diminué le plus pour les cancers du larynx (2,7%), du col de l'utérus (1,3%), de la vessie (2,0%) et de l'estomac (1,2%)

Figure 4.4 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux d'incidence normalisés pour l'âge, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- La tendance du cancer de la vessie débute en 1989 en raison des changements de classification; la variation annuelle moyenne en pourcentage s'étend de 1989 à 2018.
- Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- Agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer plusieurs règles primaires sont utilisées pour présenter les tendances dans le temps.
- Les variations annuelles moyennes en pourcentage pour les types de cancer suivants n'étaient pas statistiquement significatives chez les hommes : tous les cancers, œsophage, leucémie, myélome, pancréas et prostate.
- Les variations annuelles moyennes en pourcentage pour les types de cancer suivants n'étaient pas statistiquement significatives chez les femmes : Lymphome hodgkinien, pancréas et leucémie.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

TENDANCES DE L'INCIDENCE PAR ÂGE

Au cours des 35 dernières années, les taux d'incidence du cancer ont généralement augmenté chez les personnes de moins de 40 ans et diminué chez les personnes de 80 ans et plus, bien que ces tendances diffèrent selon le sexe.

Âge : de 0 à 39 ans

Chez les personnes de moins de 40 ans, le taux d'incidence du cancer a augmenté de 0,5% par an de 1981 à 2001, puis de 1,6% par an de 2001 à 2011 avant de se stabiliser de 2011 à 2018 (figure 4.5).

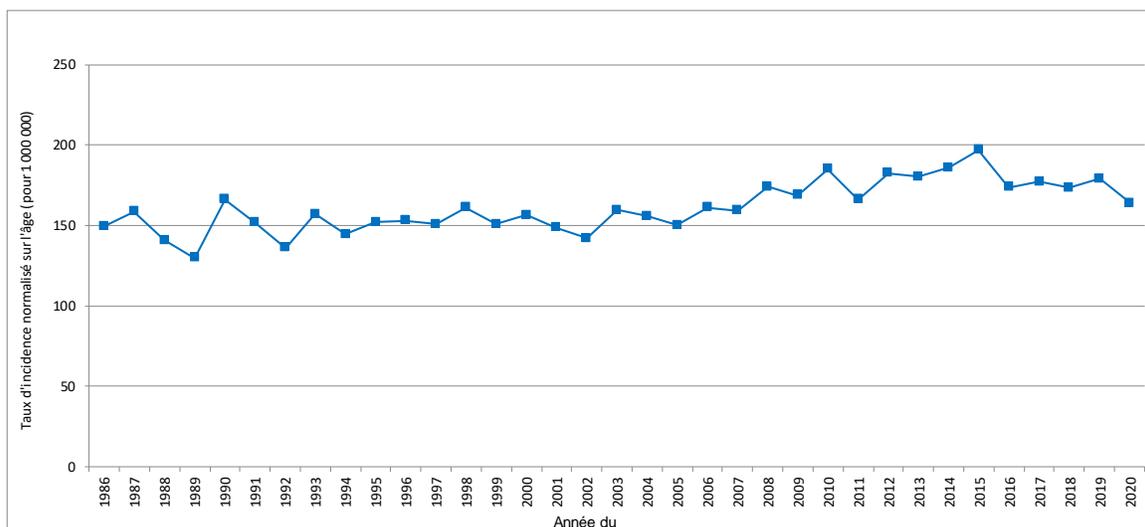
Des tendances différentes ont été observées chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, le taux a augmenté de 1,9% par an de 1984 à 1990, est resté stable jusqu'en 2001, puis a augmenté de 0,8% par an de 2001 à 2018. Chez les femmes, le taux était stable de 1984 à 1994, a augmenté de 1,7% par an jusqu'en 2009, puis s'est stabilisé de 2009 à 2018. L'augmentation de l'incidence chez les hommes est probablement due à l'augmentation des taux de cancers du testicule, du colorectal et de la thyroïde dans cette tranche d'âge (données non présentées).

Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, la variation annuelle moyenne globale en pourcentage du taux d'incidence normalisé pour l'âge était stable de 1986 à 2020 (0,3% par an, non significatif), mais a augmenté de 1,7% par an de 2002 à 2015 avant de redevenir relativement stable de 2015 à 2020 (voir **Spotlight : Tendances de l'incidence du cancer chez les enfants, Figure 4.S1**).

Pour plus de détails sur les tendances de l'incidence du cancer chez les enfants, lisez [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

SPOTLIGHT : Tendence de l'incidence du cancer chez les enfants

Figure 4.S1 : Taux d'incidence normalisés pour l'âge du cancer chez les enfants, tous cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, 1986 à 2020



Période de temps	VAP (%)
1986 à 2002	0.1
2002 à 2015	1.7*
2015 à 2020	-2.5

Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Symbole : * Signifie un changement significatif de la VAP.

Abréviations : TISA signifie taux d'incidence normalisé pour l'âge ; VAP signifie variation annuelle en pourcentage.

Notes :

- Les taux sont pour 1 000 000.
- Pour les cancers des enfants, les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer ont été utilisées.

Analyse par : Analyses de santé, groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Source des données : Système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario (7 avril 2021), groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Âge : de 40 à 59 ans

Chez les personnes âgées de 40 à 59 ans, le taux de cancer a augmenté de 0,5% par an entre 1984 et 2007, puis a diminué de 0,5% par an entre 2007 et 2018. Alors que la tendance chez les hommes était similaire à la tendance générale, le taux féminin a augmenté de 0,4% par an de 1984 à 2018.

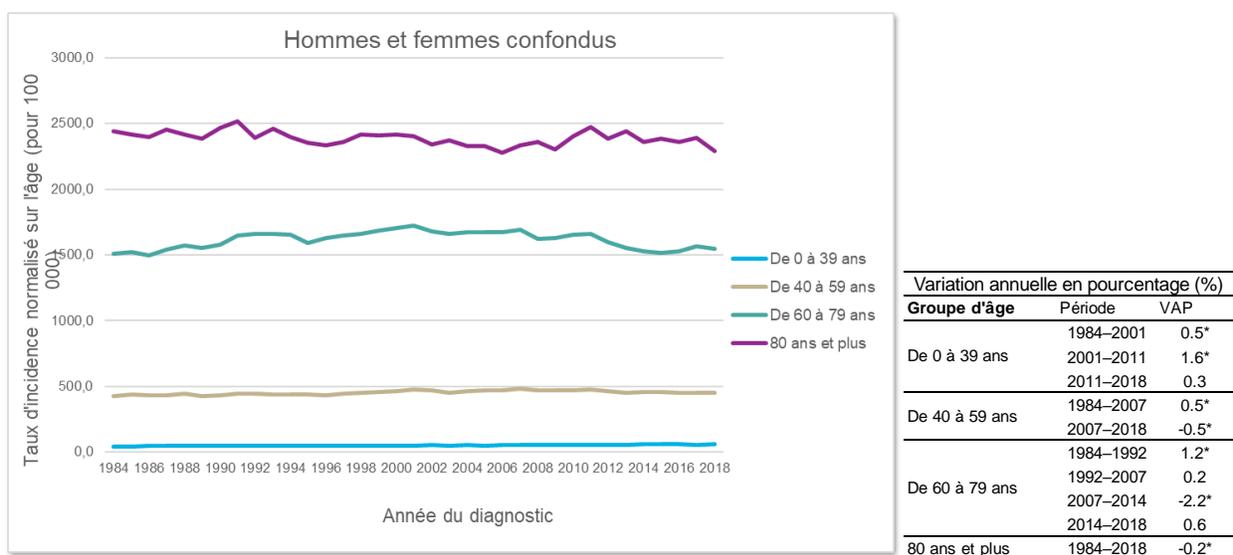
Âge : de 60 à 79 ans

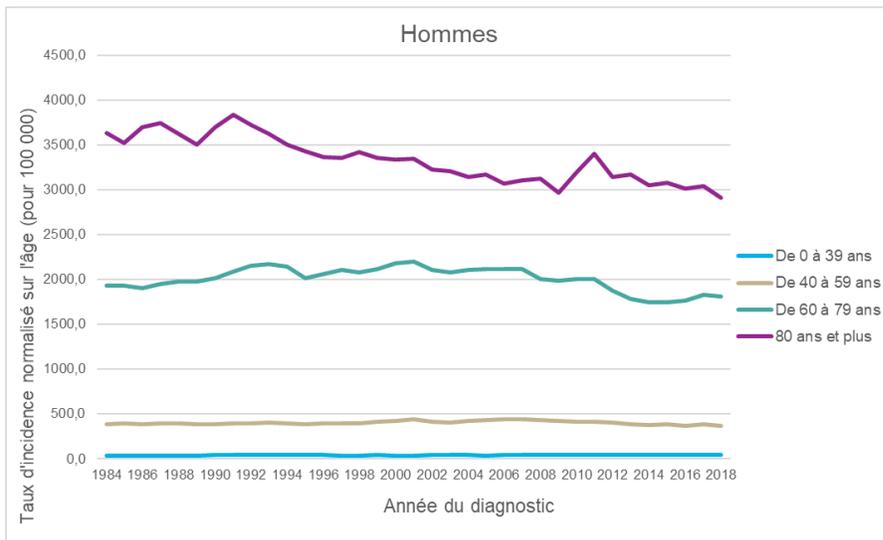
Pour les personnes âgées de 60 à 79 ans, le taux a augmenté de 1,2% par an de 1984 à 1992, est resté stable jusqu'en 2007, a diminué de 2,2% par an de 2007 à 2014 et est resté stable de 2014 à 2018. La tendance chez les hommes était similaire à la tendance générale, bien que le taux de diminution entre 2007 et 2014 ait été plus important, soit 3,7% par an. Les femmes de ce groupe d'âge n'ont pas connu d'augmentation ou de diminution significative du taux d'incidence, restant stables de 1984 à 2018.

Âge : de 80 ans et plus

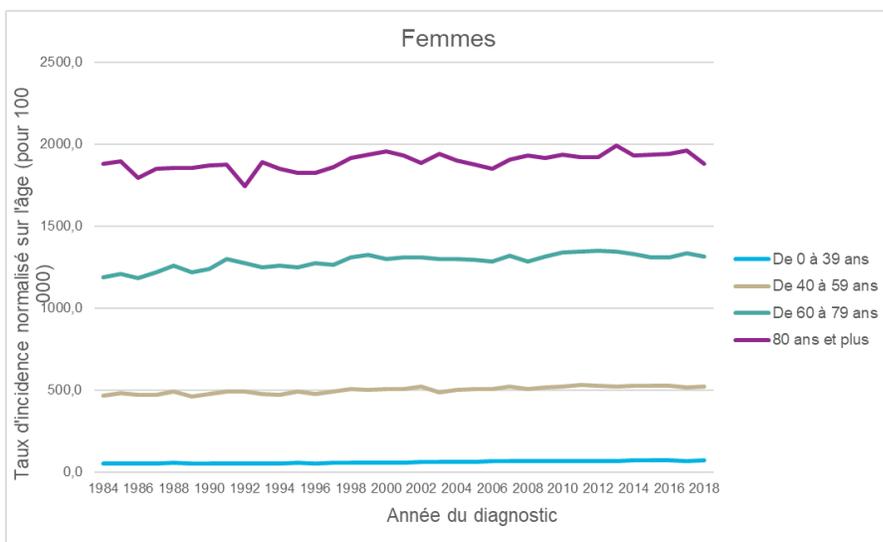
Dans le groupe d'âge le plus élevé (personnes âgées de 80 ans et plus), le taux d'incidence a diminué régulièrement de 0,2% par an entre 1984 et 2018. Alors que les hommes ont connu une période de stabilité des taux d'incidence de 1984 à 1991, suivie d'une diminution de 1,2% par an à partir de 1991, le taux féminin a augmenté lentement de 0,2% par an de 1984 à 2018.

Figure 4.5 Variation annuelle en pourcentage des taux d'incidence selon le sexe et le groupe d'âge, Ontario, 1984 à 2018





Variation annuelle en pourcentage (%)		
Age group	Period	APC
De 0 à 39 ans	1984–1990	1.9*
	1990–2001	-0.4
	2001–2018	0.8*
De 40 à 59 ans	1984–1996	0.1
	1996–2007	1*
	2007–2014	-2.4*
	2014–2018	-0.1
De 60 à 79 ans	1984–1992	1.4*
	1992–2007	0
	2007–2014	-3.7*
	2014–2018	1
80 ans et plus	1984–1991	0.4
	1991–2018	-1.2*



Variation annuelle en pourcentage (%)		
Groupe d'âge	Période	APC
De 0 à 39 ans	1984–1994	0.1
	1994–2009	1.7*
	2009–2018	0.3
De 40 à 59 ans	1984–2018	0.4*
De 60 à 79 ans	1984–1991	1.1
	1991–1995	-0.4
	1995–1999	1.3
	1999–2018	-0.1
80 ans et plus	1984–2018	0.2*

Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage.

Notes :

- 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.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

INCIDENCE PAR STADE

La « stadification du cancer » consiste à classer les personnes atteintes d'un 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.

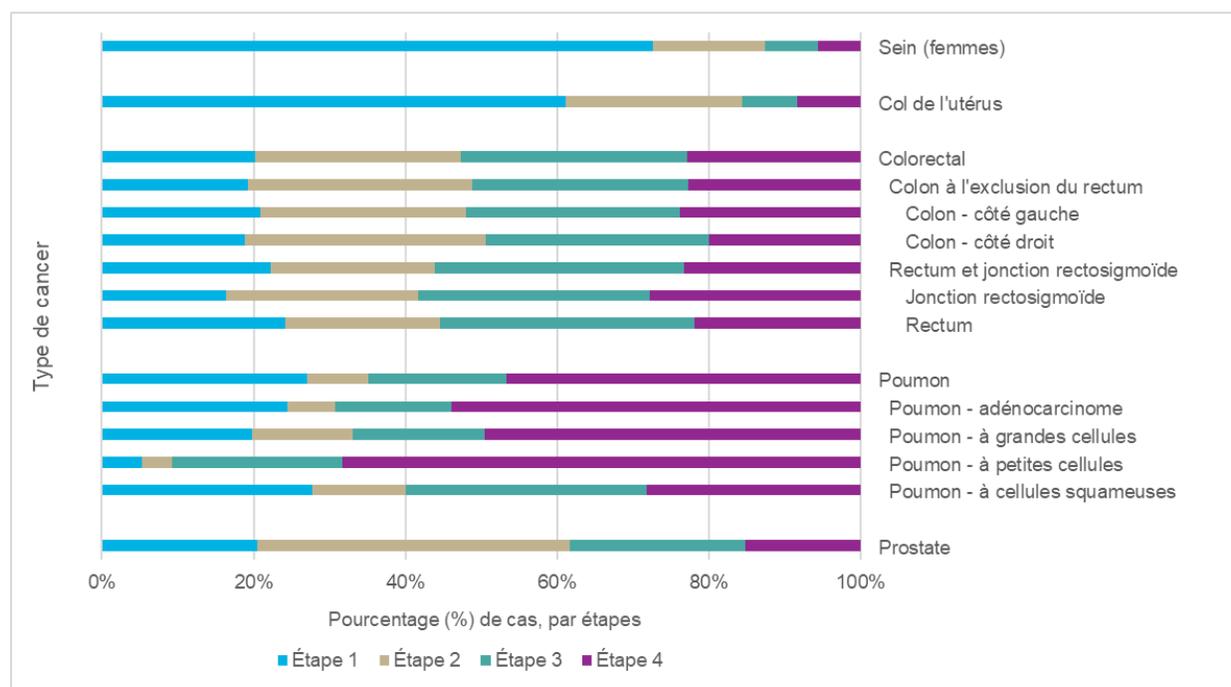
Un groupe de stade (c'est-à-dire le stade 0, 1, 2, 3 ou 4) est basé sur des caractéristiques distinctes d'une tumeur qui décrivent l'étendue de la propagation du cancer dans le corps. Connaître le stade de la maladie aide les médecins à planifier un traitement approprié et à déterminer l'issue probable 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 d'un cancer.

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 dans le temps. Des informations scéniques de haute qualité au niveau de la population aident les prestataires de soins, les administrateurs, les chercheurs et les décideurs à planifier, évaluer et 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 cancers : sein féminin, prostate, colorectal, poumon et col de l'utérus. En 2018, un nouveau schéma de classification par stade a été adopté par le Registre du 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 [l'annexe 1 : Sources des données](#)).

Figure 4.6 Proportion de nouveaux cas selon le stade au moment du diagnostic et le type de cancer pour certains cancers, Ontario, 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Remarque : Les cas pour lesquels aucun groupe de stade n'a été attribué ont été exclus de cette analyse. Les valeurs des cas sont les suivantes : prostate n = 8 105 (à l'exclusion du stade inconnu = 843) ; sein n = 10 139 (à l'exclusion du stade inconnu = 519) ; colorectal n = 6 383 (à l'exclusion du stade inconnu = 685) ; poumon n = 8 440 (à l'exclusion du stade inconnu = 190) ; col de l'utérus n = 503 (à l'exclusion du stade inconnu = 12).

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

La majorité des cas de cancer du sein, de la prostate et du col de l'utérus, et la moitié de tous les cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués au stade 1 ou 2 (figure 4.6). Certains de ces diagnostics précoces peuvent être dus en partie au fait que le dépistage est disponible pour les cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus. Les programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal visent à détecter les cancers à un stade précoce, tandis que l'objectif du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est de prévenir le cancer en détectant et en traitant les lésions précancéreuses. La répartition du stade varie selon le type de cancer :

- La majorité des cas de cancer du sein observés par stades ont été diagnostiqués au stade 1 (72,6%) ou au stade 2 (14,7%) en 2018.

- Le cancer du col de l'utérus était le plus souvent diagnostiqué au stade 1 (61,0%). Les personnes diagnostiquées à un stade plus avancé sont moins susceptibles d'avoir fait l'objet d'un dépistage systématique, ce qui confirme la nécessité de déployer des efforts pour améliorer la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population.(35) Environ 8,3% des cas n'ont pas été diagnostiqués avant le stade 4.
- La majorité des cas de cancer colorectal observés par stades ont été diagnostiqués au stade 2 (27,1%) ou au stade 3 (29,7%). La distribution des stades était similaire pour les sous-sites du cancer colorectal ; cependant, une proportion légèrement plus importante de cancers du rectum (33,6%) et de la jonction rectosigmoïde (30,5%) ont été diagnostiqués au stade 3.
- Le cancer de la prostate était le plus susceptible d'être diagnostiqué au stade 2 (41,2%), suivi du stade 3 (23,1%).
- Le cancer du poumon était le plus susceptible d'être diagnostiqué au stade 4, ce qui représentait 46,7% de tous les cas de cancer du poumon à ce stade. Parmi tous les sous-types de cancer du poumon, le cancer du poumon à petites cellules présentait la plus grande proportion de cas diagnostiqués au stade 4 (68,3%).

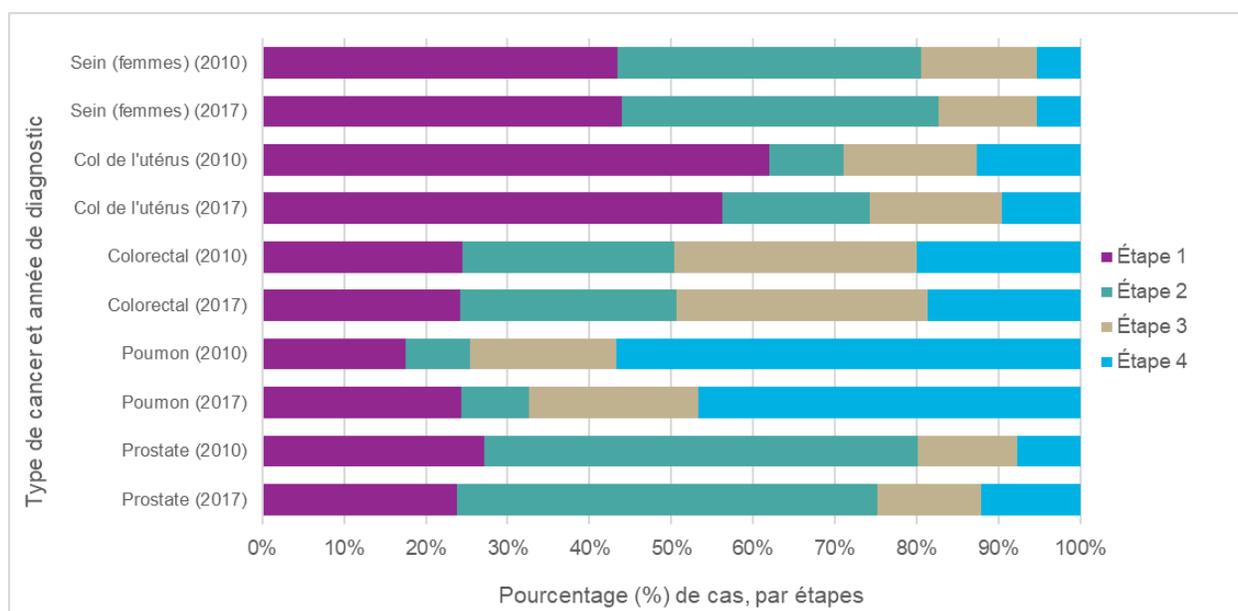
Tendances de la distribution des stades

La distribution du stade au moment du diagnostic pour les cancers féminins du sein, de la prostate, colorectal, du poumon et du col de l'utérus a changé entre 2010 et 2017 (figure 4.7). En raison du changement des règles de stadification à partir de 2018, les cas de cette année sont exclus de la comparaison avec les distributions historiques des groupes de stade.

- La proportion de cas de cancer de la prostate diagnostiqués au stade 1 a diminué, passant de 27% en 2010 à 24% en 2017. Toutefois, la proportion de cas diagnostiqués au stade 4 est passée de 8% en 2010 à 12% en 2017. Ce changement dans la distribution des stades peut s'expliquer en partie par le fait qu'un dépistage moins opportuniste du cancer de la prostate a eu lieu suite à une recommandation contre l'utilisation du test de l'antigène prostatique spécifique.(28,36) Cette recommandation peut avoir entraîné la détection de moins de cas à un stade précoce et de plus de cas symptomatiques à un stade plus avancé.
- La proportion de cas de cancer du poumon diagnostiqués au stade 1 a augmenté de 18% en 2010 à 24% en 2017, tandis que la proportion de cas diagnostiqués au stade 4 a diminué de 57% en 2010 à 47% en 2017. Certaines données suggèrent que cette évolution à la baisse du stade au moment du diagnostic pourrait refléter une détection plus précoce résultant des récentes campagnes de sensibilisation au cancer du poumon.(37)
- La distribution des stades est restée relativement inchangée pour le cancer colorectal. La proportion de cas diagnostiqués à un stade précoce n'a pas changé entre 2010 et 2017. La proportion de cas diagnostiqués à des stades ultérieurs a légèrement évolué, passant de 20% de cas diagnostiqués au stade 4 en 2010 à 19% en 2017, et de 30% de cas diagnostiqués au stade 3 en 2010 à 31% en 2017.

- La proportion de cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués au stade 1 a chuté de 62% en 2010 à 56% en 2017, tandis que la proportion de cas diagnostiqués au stade 2 a augmenté de 9% en 2010 à 18% en 2017. Ce changement dans la distribution des stades peut s'expliquer par des facteurs tels que la diminution de la participation au dépistage (38) et le suivi inadéquat des résultats anormaux du dépistage chez certaines personnes (38). Le manque d'accès opportun et approprié aux soins pour les personnes présentant des symptômes peut également avoir contribué à ce changement. Pour mieux comprendre ce changement dans la répartition des stades en Ontario, une analyse plus approfondie est nécessaire.
- La répartition par stade des cas de cancer du sein est restée relativement stable, la proportion de cas de stade précoce ayant légèrement augmenté (de 43% à 44% pour le stade 1 et de 37% à 39% pour le stade 2) entre 2010 et 2017.

Figure 4.7 Proportion de nouveaux cas selon le stade au moment du diagnostic et le type de cancer, Ontario, 2010 et 2017



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Valeurs des cas pour 2010 : prostate = 8 767 (à l'exclusion des cas de stade inconnu = 51) ; sein = 8 513 (à l'exclusion des cas de stade inconnu = 59) ; colorectal = 7 402 (à l'exclusion des cas de stade inconnu = 208) ; poumon = 7 955 (à l'exclusion des cas de stade inconnu = 84) ; col de l'utérus = 197 (à l'exclusion des cas de stade inconnu inférieur à 6).
- Valeurs des cas pour 2017 : valeur de la prostate = 8 282 (hors stade inconnu = 17) ; valeur du sein = 10 084 (hors stade inconnu = 47) ; valeur du colorectal = 7 004 (hors stade inconnu = 168) ; valeur du poumon = 7 954 (hors stade inconnu = 22) ; valeur du col de l'utérus = 532 (hors stade inconnu inférieur à 6).
- Les cas non-observés par stades ont été exclus de cette analyse.

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

Références

1. Perera E, Gnaneswaran N, Staines C, Win AK, Sinclair R. Incidence and prevalence of non-melanoma skin cancer in Australia : a systematic review. (Incidence et prévalence du cancer de la peau sans mélanome en Australie : une étude systématique.) *Australas J Dermatol*. 2015;56(4) :258–67.
2. 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. (Tendances des taux d'incidence du carcinome basocellulaire : une étude observationnelle néerlandaise sur 37 ans.) *J Invest Dermatol*. 2013;133(4) :913–8.
3. Oh CM, Cho H, Won YJ, Kong HJ, Roh YH, Jeong KH, et al. Nationwide trends in the incidence of melanoma and non-melanoma skin cancers from 1999 to 2014 in South Korea. (Tendances nationales de l'incidence du mélanome et des cancers de la peau autres que le mélanome entre 1999 et 2014 en Corée du Sud.) *Cancer Res Treat*. 2018;50(3) :729–37.
4. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk : a comprehensive dose-response meta-analysis. (Consommation d'alcool et risque de cancer spécifique à un site : une méta-analyse complète de la relation dose-réponse.) *Br J Cancer*. 2015;112(3) :580–93.
5. Gallaway MS, Henley SJ, Steele CB, Momin B, Thomas CC, Jamal A, et al. Surveillance for cancers associated with tobacco use - United States, 2010-2014. (Surveillance des cancers associés au tabagisme - États-Unis, 2010-2014.) *MMWR Surveill Summ*. 2018;67(12) :1–42.
6. Action Cancer Ontario. Prevention System Quality Index : health equity. (Indice de qualité des systèmes de prévention : équité en matière de santé.) Toronto : Queen's Printer for Ontario; 2018.
7. Action Cancer Ontario. Facteurs de risque de cancer en Ontario : résumé des preuves. Toronto : Cancer Care Ontario; 2013.
8. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. (Association entre le tabagisme et le risque de cancer de la vessie chez les hommes et les femmes.) *JAMA*. 2011;306(7) :737–45.
9. Hemelt M, Yamamoto H, Cheng KK, Zeegers MP. The effect of smoking on the male excess of bladder cancer : a meta-analysis and geographical analyses. (L'effet du tabagisme sur l'excès masculin de cancer de la vessie : une méta-analyse et des analyses géographiques.) *Int J Cancer*. 2009;124(2) :412–9.

10. Lundell LR. Etiology and risk factors for esophageal carcinoma. (Étiologie et facteurs de risque du carcinome de l'œsophage.) *Dig Dis*. 2010;28(4–5) :641–4.
11. Silverman S Jr. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. the outcomes, the trends, the challenge. (Démographie et fréquence des cancers de la bouche et du pharynx. Les résultats, les tendances, le défi.) *J Am Dent Assoc*. 2001;132 Suppl 1 :7s-11s.
12. World Cancer Research Fund; American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer : a global perspective [Internet]. (Régime alimentaire, nutrition, activité physique et cancer : une perspective globale [Internet].) Third expert report. London : World Cancer Research Fund International; 2018 [cited 2021 Jul 21]. (Fonds mondial de recherche sur le cancer International ; 2018 [cité le 21 juillet 2021].) Disponible sur : dietandcancerreport.org
13. Rahbari R, Zhang L, Kebebew E. Thyroid cancer gender disparity. (Disparité entre les sexes en matière de cancer de la thyroïde.) *Future Oncol*. 2010;6(11) :1771–9.
14. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. (L'influence du sexe sur l'interaction médecin-patient.) *Patient Educ Couns*. 2009;76(3) :356–60.
15. Verbrugge LM. Sex differentials in health. (Différences entre les sexes en matière de santé.) *Public Health Rep*. 1982;97(5) :417–37.
16. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. (Différences entre les sexes dans l'utilisation des services de soins de santé.) *J Fam Pract*. 2000;49(2) :147–52.
17. Rasmussen NG, Hornnes PJ, Hegedus L, Feldt-Rasmussen U. Serum thyroglobulin during the menstrual cycle, during pregnancy, and post partum. (Thyroglobuline sérique pendant le cycle menstruel, la grossesse et le post-partum.) *Acta Endocrinol (Copenh)*. 1989;121(2) :168–73.
18. Pacchiarotti A, Martino E, Bartalena L, Buratti L, Mammoli C, Strigini F, et al. Serum thyrotropin by ultrasensitive immunoradiometric assay and serum free thyroid hormones in pregnancy. (Thyrotropine sérique par dosage immunoradiométrique ultrasensible et hormones thyroïdiennes libres sériques pendant la grossesse.) *J Endocrinol Invest*. 1986;9(2) :185–9.
19. Knudsen N, Bulow I, Laurberg P, Perrild H, Ovesen L, Jorgensen T. Low goitre prevalence among users of oral contraceptives in a population sample of 3712 women. (Faible prévalence du goitre chez les utilisatrices de contraceptifs oraux dans un échantillon de population de 3712 femmes.) *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2002;57(1) :71–6.
20. Grubbs EG, Rich TA, Li G, Sturgis EM, Younes MN, Myers JN, et al. Recent advances in thyroid cancer. (Progrès récents dans le domaine du cancer de la thyroïde.) *Curr Probl Surg*. 2008;45(3) :156–250.

21. Jazayeri SB, Rahimi-Movaghar V, Shokrane F, Saadat S, Ramezani R. Epidemiology of primary CNS tumors in Iran : a systematic review. (Épidémiologie des tumeurs primaires du SNC en Iran : une revue systématique.) Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(6) :3979–85.
22. Kohler BA, Ward E, McCarthy BJ, Schymura MJ, Ries LA, Ehemann C, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2007, featuring tumors of the brain and other nervous system. (Rapport annuel à la nation sur la situation du cancer, 1975-2007, avec les tumeurs du cerveau et des autres systèmes nerveux.) J Natl Cancer Inst. 2011;103(9) :714–36.
23. Ostrom QT, Gittleman H, Truitt G, Boscia A, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS statistical report : primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2011-2015. (Rapport statistique CBTRUS : tumeurs cérébrales primaires et autres tumeurs du système nerveux central diagnostiquées aux États-Unis en 2011-2015.) Neuro Oncol. 2018;20(suppl 4) :iv1–86.
24. Zakaria D, Shaw A, Woods R, De P, Davis F. Case-completeness of nonmalignant central nervous system tumors in the Canadian Cancer Registry, 2011-2015. (Complétude des cas de tumeurs non malignes du système nerveux central dans le Registre canadien du cancer, 2011-2015.) J Registry Manag. 2018;45(1) :117–31.
25. Glass AG, Lacey JV Jr., Carreon JD, Hoover RN. Breast cancer incidence, 1980-2006 : combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography, and estrogen receptor status. (Incidence du cancer du sein, 1980-2006 : rôles combinés de l'hormonothérapie ménopausique, de la mammographie de dépistage et du statut des récepteurs d'œstrogènes.) J Natl Cancer Inst. 2007;99(15) :1152–61.
26. De P, Neutel CI, Olivotto I, Morrison H. Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada. (Incidence du cancer du sein et hormonothérapie substitutive au Canada.) J Natl Cancer Inst. 2010;102(19) :1489–95.
27. Ferrence RG. Sex differences in cigarette smoking in Canada, 1900-1978 : a reconstructed cohort study. (Différences entre les sexes dans le tabagisme au Canada, 1900-1978 : une étude de cohorte reconstituée.) Can J Public Health. 1988;79(3) :160–5.
28. Moyer VA; on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer : (Dépistage du cancer de la prostate) U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012;157(2) :120–34.
29. Mix JM, van Dyne EA, Saraiya M, Hallowell BD, Thomas CC. Assessing impact of HPV vaccination on cervical cancer incidence among women aged 15–29 years in the United States, 1999–2017 : an ecologic study. (Évaluation de l'impact de la vaccination contre le VPH sur l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 15 à 29 ans aux États-Unis, 1999-2017 : une étude écologique.) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2021;30(1) :30–7.

30. Teras LR, DeSantis CE, Cerhan JR, Morton LM, Jemal A, Flowers CR. 2016 US lymphoid malignancy statistics by World Health Organization subtypes. (Statistiques américaines 2016 sur les tumeurs malignes lymphoïdes par sous-types de l'Organisation mondiale de la santé.) *CA Cancer J Clin.* 2016;66(6) :443-459.
31. Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, Caligaris-Cappio F, Dighiero G, Döhner H, et al. 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. (Lignes directrices pour le diagnostic et le traitement de la leucémie lymphocytaire chronique : un rapport de l'atelier international sur la leucémie lymphocytaire chronique mettant à jour les lignes directrices 1996 du National Cancer Institute-Working Group.) *Blood.* 2008;111(12) :5446-56.
32. Call TG, Norman AD, Hanson CA, Achenbach SJ, Kay NE, Zent CS, et al. Incidence of chronic lymphocytic leukemia and high-count monoclonal B-cell lymphocytosis using the 2008 guidelines. (Incidence de la leucémie lymphocytaire chronique et de la lymphocytose monoclonale à cellules B de valeur élevée selon les lignes directrices de 2008.) *Cancer.* 2014;120(13) :2000-5.
33. Rinaldi L, Nevola R, Franci G, Perrella A, Corvino G, Marrone A, et al. Risk of hepatocellular carcinoma after HCV clearance by direct-acting antivirals treatment predictive factors and role of epigenetics. (Risque de carcinome hépatocellulaire après élimination du VHC par traitement antiviral à action directe : facteurs prédictifs et rôle de l'épigénétique.) *Cancers (Basel).* 2020;12(6) :1351.
34. Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Bray F, Jemal A. International patterns and trends in endometrial cancer incidence, 1978–2013. (Modèles et tendances internationaux de l'incidence du cancer de l'endomètre, 1978-2013.) *J Natl Cancer Inst.* 2018;110(4) :354–61.
35. Kupets RW, Gao J, Green D. Screening history in women with cervical cancer. (Antécédents de dépistage chez les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus.) Session de posters présentée à : Towards an Accord for Change. 2017 CAHSPR Conference; 2017 May 24-26; Toronto, ON.
36. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. (Recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate par le test de l'antigène prostatique spécifique.) *CMAJ.* 2014;186(16) :1225–34.
37. Kennedy MPT, Cheyne L, Darby M, Plant P, Milton R, Robson JM, et al. Lung cancer stage-shift following a symptom awareness campaign. (Changement de stade du cancer du poumon suite à une campagne de sensibilisation aux symptômes.) *Thorax.* 2018;73(12) :1128-36.

38. Chaudhry M, Kandasamy S, Habbous S, Chan C, Barisic A, Faisal A, et al; Cancer Quality Council of Ontario. Cancer System Quality Index 2021 : (Indice de qualité du système de lutte contre le cancer 2021) Ontario Cancer System Performance [Internet]. Toronto : Santé Ontario ; 2021. [cité le 25 janvier 2022]. Disponible sur : <https://www.csqi.on.ca/en>

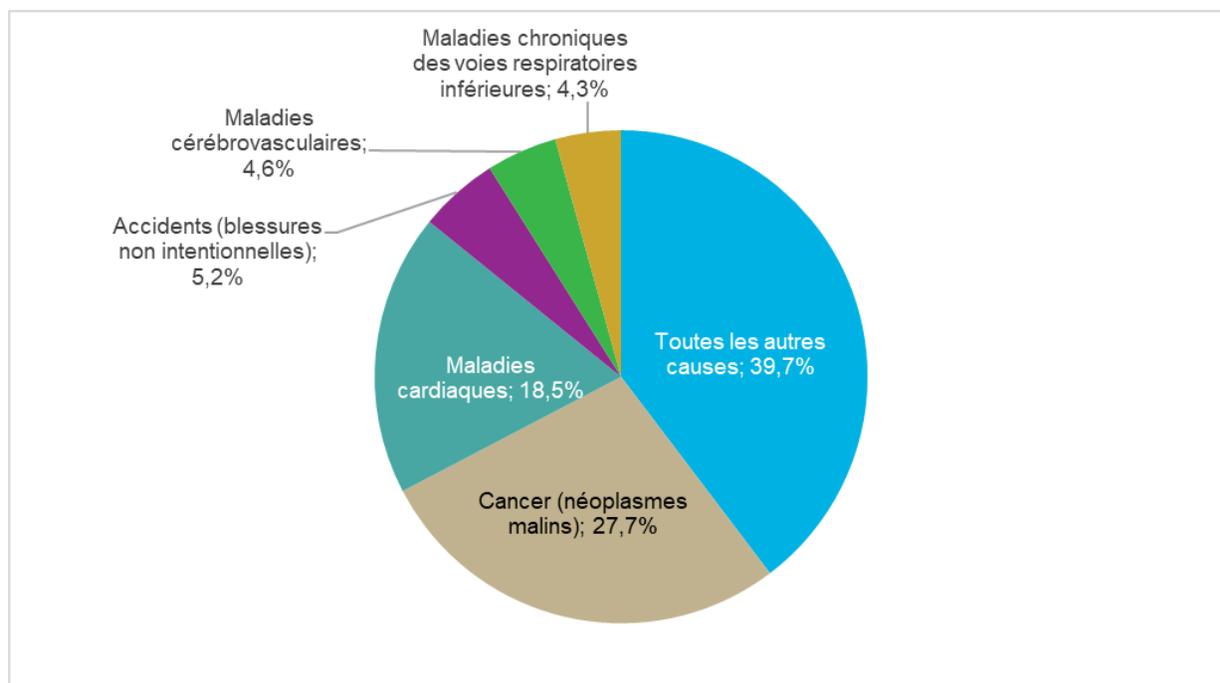
Ch. 5 : Mortalité du cancer

La mortalité mesure le nombre de décès provoqués par le cancer. Ce chapitre présente les taux réels (non projetés) de mortalité du cancer et les tendances dans le temps. Ces statistiques sont basées sur des valeurs complètes en 2018, qui est la dernière année disponible.

LE CANCER COMME PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS

En 2018, le cancer a provoqué 27,7% de tous les décès en Ontario, ce qui en fait la principale cause de décès de la province (figure 5.1).⁽¹⁾ Le cancer a provoqué presque autant de décès que les trois principales causes de décès suivantes réunies : maladies cardiaques, accidents et maladies cérébrovasculaires.

Figure 5.1 Principales causes de décès, Ontario, 2018



Téléchargez [[lien vers le fichier Excel](#)] pour visualiser ces données.

Notes :

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

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

Source des données : Statistiques Canada. Tableau 13-10-0801-01 Principales causes de décès, population totale (standardisation par âge selon la population de 2011)

PROBABILITÉ DE MOURIR D'UN CANCER

La probabilité de mourir d'un cancer représente le risque moyen de décès dû au cancer. Cette probabilité dépend de nombreux facteurs :

- les caractéristiques de la population (par exemple, la démographie)
- la prévalence des facteurs de risque (par exemple, le tabagisme, l'obésité)
- la disponibilité et la mise en œuvre de tests de dépistage efficaces
- l'espérance de vie actuelle
- les options de traitement disponibles

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 supérieur ou inférieur aux chiffres indiqués ici.

En Ontario, une personne sur quatre, soit 25,1% de la population, mourra du cancer (tableau 5.1). Les hommes ont plus de chances de mourir d'un cancer, soit un peu plus d'un sur quatre (27,4%), que les femmes, soit un sur quatre (23,2%).

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

- Chez les hommes, la probabilité est la plus élevée pour les cancers du poumon (1 homme sur 16), de la prostate (1 sur 29) et colorectal (1 sur 32).
- Chez les femmes, la probabilité est plus élevée pour les cancers du poumon (1 femme sur 19), du sein (1 femme sur 31) et colorectal (1 femme sur 38).

Tableau 5.1 Probabilité à vie de mourir d'un cancer, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2014 à 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – %	Hommes et femmes confondus – 1 sur	Hommes – %	Hommes – 1 sur	Femmes – %	Femmes – 1 sur
Tous les cancers	25.1%	4	27.4%	4	23.2%	4
Vessie	0.9%	116	1.3%	77	0.5%	210
Cerveau	0.6%	170	0.7%	152	0.5%	192
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3.2%	31
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0.2%	467
Colorectal	2.9%	35	3.1%	32	2.7%	38
Œsophage	0.6%	162	0.9%	106	0.3%	317
Lymphome hodgkinien	0.0%	2845	0.0%	2373	0.0%	3512
Rein	0.5%	192	0.7%	150	0.4%	261
Larynx	0.1%	923	0.2%	537	0.0%	2,750
Leucémie	1.0%	104	1.1%	88	0.8%	123
Foie	0.9%	107	1.2%	84	0.7%	146
Poumon	5.7%	17	6.3%	16	5.3%	19
Mélanome	0.4%	242	0.6%	180	0.3%	351
Myélome	0.5%	195	0.6%	170	0.4%	225
Lymphome non hodgkinien	1.0%	101	1.1%	90	0.9%	114
Cavité buccale et pharynx	0.4%	247	0.5%	182	0.3%	376
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1.1%	95
Pancréas	1.6%	64	1.6%	63	1.5%	66

Prostate	s.o.	s.o.	3.5%	29	s.o.	s.o.
Estomac	0.6%	157	0.8%	122	0.5%	212
Testicule	s.o.	s.o.	0.0%	6011	s.o.	s.o.
Thyroïde	0.1%	1267	0.1%	1410	0.1%	1164
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0.7%	137

Abréviation : s.o. signifie sans objet.

Analyse par : Surveillance, analyse et informatique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

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

MORTALITÉ PAR SEXE ET TYPE DE CANCER

En 2018, 29 712 personnes sont décédées du cancer en Ontario, soit un taux de mortalité normalisé pour l'âge de 185,2 pour 100 000 (tableau 5.2).



Tableau 5.2 Valeurs et taux de mortalité, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Décès	Hommes et femmes confondus – % des décès	Hommes et femmes confondus – TMSA	Hommes et femmes confondus – TMSA 95% IC	Hommes – Décès	Hommes – % des décès	Hommes – TMSA	Hommes – TMSA 95% IC	Femmes – Décès	Femmes – % des décès	Femmes – TMSA	Femmes – TMSA 95% IC
Tous les cancers	29,712	100.0%	185.2	183.0–187.3	15,706	100.0%	220.2	216.7–223.7	14,006	100.0%	159.4	156.7–162.1
Vessie	854	2.9%	5.2	4.9–5.6	612	3.9%	8.9	8.2–9.6	242	1.7%	2.6	2.3–2.9
Cerveau	844	2.8%	5.4	5.1–5.8	470	3.0%	6.5	5.9–7.1	374	2.7%	4.5	4.0–5.0
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2,003	14.3%	23.6	22.5–24.6
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	145	1.0%	1.9	1.6–2.2
Colorectal	3,099	10.4%	19.3	18.6–20.0	1,680	10.7%	23.8	22.7–25.0	1,419	10.1%	15.7	14.9–16.5
Œsophage	847	2.9%	5.3	4.9–5.7	635	4.0%	8.7	8.1–9.4	212	1.5%	2.4	2.1–2.8
Lymphome hodgkinien	35	0.1%	0.2	0.2–0.3	19	0.1%	0.3	0.2–0.4	16	0.1%	0.2	0.1–0.3
Rein	575	1.9%	3.6	3.3–3.9	368	2.3%	5.1	4.6–5.7	207	1.5%	2.3	2.0–2.6
Larynx	148	0.5%	0.9	0.8–1.1	133	0.8%	1.8	1.5–2.2	15	0.1%	0.2	0.1–0.3
Leucémie	1,077	3.6%	6.7	6.3–7.1	609	3.9%	8.6	7.9–9.3	468	3.3%	5.2	4.7–5.7
Foie	1,210	4.1%	7.5	7.1–8.0	798	5.1%	10.9	10.2–11.7	412	2.9%	4.7	4.2–5.1
Poumon	6,971	23.5%	43.1	42.1–44.2	3,712	23.6%	51.1	49.5–52.8	3,259	23.3%	37.1	35.8–38.4

Mélanome	487	1.6%	3.1	2.8–3.4	307	2.0%	4.4	3.9–4.9	180	1.3%	2.1	1.8–2.4
Myélome	586	2.0%	3.6	3.3–3.9	329	2.1%	4.6	4.2–5.2	257	1.8%	2.8	2.5–3.2
Lymphome non hodgkinien	1,137	3.8%	7.1	6.7–7.5	644	4.1%	9.1	8.4–9.8	493	3.5%	5.5	5.1–6.1
Cavité buccale et pharynx	565	1.9%	3.6	3.3–3.9	388	2.5%	5.3	4.8–5.9	177	1.3%	2.0	1.7–2.3
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	677	4.8%	7.9	7.4–8.6
Pancréas	1,900	6.4%	11.8	11.2–12.3	984	6.3%	13.6	12.7–14.5	916	6.5%	10.2	9.5–10.9
Prostate	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,657	10.6%	24.2	23.0–25.4	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Estomac	799	2.7%	5.0	4.7–5.4	502	3.2%	7.0	6.4–7.6	297	2.1%	3.4	3.0–3.9
Testicule	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	22	0.1%	0.3	0.2–0.5	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Thyroïde	102	0.3%	0.6	0.5–0.8	51	0.3%	0.7	0.5–0.9	51	0.4%	0.6	0.4–0.8
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	495	3.5%	5.7	5.2–6.2

Abréviations : TMSA signifie taux de mortalité normalisé sur l'âge ; IC signifie intervalle de confiance.

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

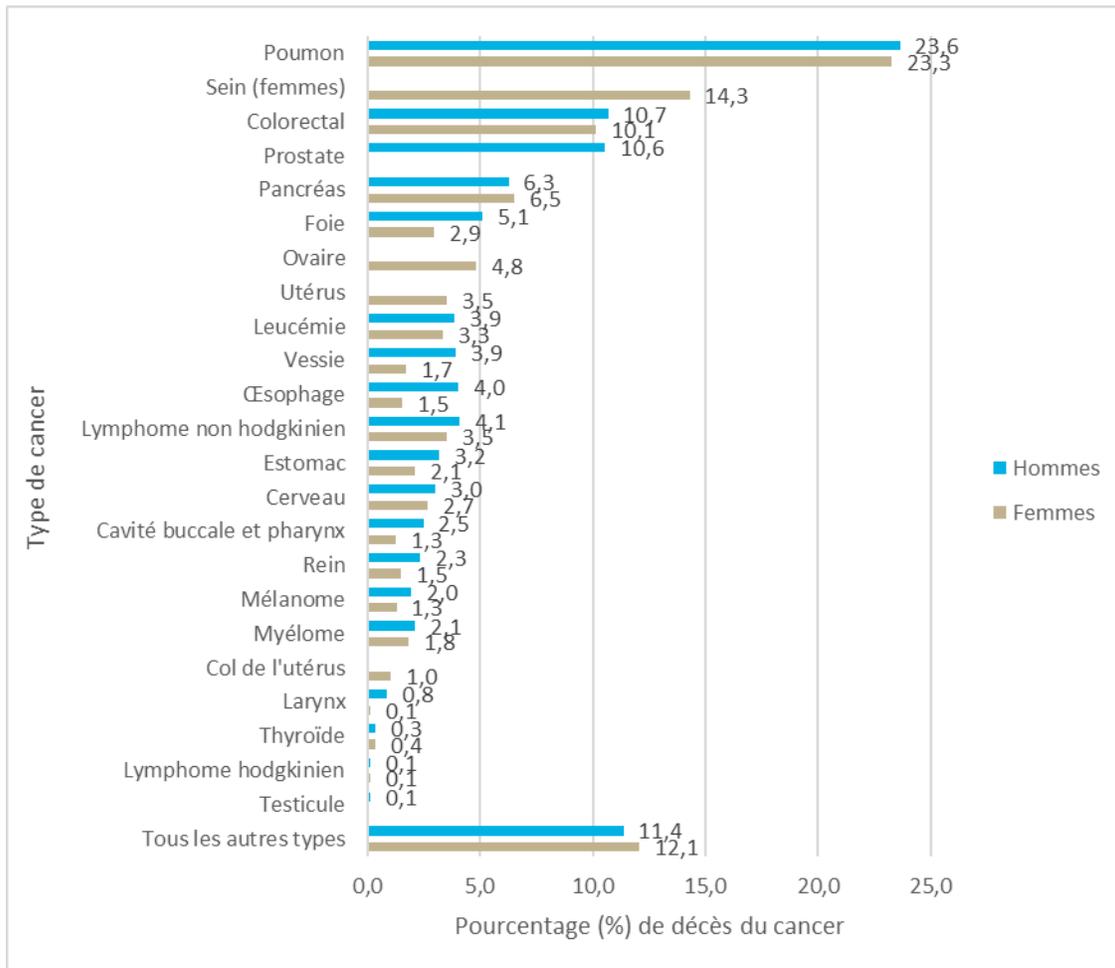
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Les 4 cancers les plus fréquemment diagnostiqués (sein, colorectal, poumon et prostate) ont été responsables de 46% de tous les décès du cancer en 2018. Les cancers du poumon, du côlon et de la prostate représentaient 45% de tous les décès du cancer chez les hommes, tandis que les cancers du poumon, du sein et du côlon représentaient 48% de tous les décès du cancer chez les femmes (figure 5.2).



Figure 5.2 Proportion de décès du cancer, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Certains des cancers les 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 6,4% de tous les décès du cancer en 2018, ce qui en fait le troisième facteur de décès du cancer après les cancers du poumon et colorectal (tableau 5.2). En revanche, le cancer du pancréas ne représentait que 2,4% des nouveaux cas la même année (voir [le chapitre 4 : Incidence du cancer](#)).

Les taux de mortalité normalisés pour l'âge les plus élevés pour les cancers survenant chez les hommes et les femmes combinés étaient ceux du poumon (43,1 pour 100 000), du colorectal (19,3 pour 100 000) et du pancréas (11,8 pour 100 000).

Le taux de mortalité normalisé sur l'âge pour tous les cancers combinés était significativement plus élevé chez les hommes (220,2 pour 100 000) que chez les femmes (159,4 pour 100 000). Chez les hommes, le taux de mortalité normalisé pour l'âge le plus élevé était celui du cancer du poumon (51,1 pour 100 000), suivi du cancer colorectal (23,8 pour 100 000) et du cancer de la prostate (24,2 pour 100 000). Chez les femmes, le taux de mortalité normalisé pour l'âge le plus élevé était celui du poumon (37,1 pour 100 000), suivi du cancer du sein (23,6 pour 100 000) et du cancer colorectal (15,7 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 :

- le cancer du larynx, dont le taux chez les hommes était 9 fois supérieur à celui des femmes
- le cancer de l'œsophage, dont le taux chez les hommes était près de 4 fois supérieur au taux chez les femmes
- le cancer de la vessie, dont le taux chez les hommes était plus de 3 fois supérieur à celui des femmes
- le cancer de la cavité buccale et du pharynx, dont le taux chez les hommes était près de 3 fois supérieur au taux chez les femmes

Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour ces 4 types de cancer. Les taux de mortalité plus élevés chez les hommes résultent probablement de leur taux de tabagisme historiquement plus élevé.(2)

MORTALITÉ PAR ÂGE

De 2016 à 2018, l'âge médian au décès pour tous les cancers était de 74 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes (tableau 5.3). L'âge médian au décès variait selon le type de cancer. Les cancers pour lesquels l'âge médian au décès était le plus bas étaient les cancers des testicules et du col de l'utérus. L'âge médian pour la plupart des autres types de cancer était supérieur à 70 ans.

Tableau 5.3 Âge médian au décès, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2016 à 2018

Type de cancer	Âge (ans) – Hommes et femmes confondus	Âge (ans) – Hommes	Âge (ans) – Femmes
Tous les cancers	74	74	75
Vessie	81	81	82
Cerveau	67	65	68
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	71
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	61
Colorectal	77	75	80
Œsophage	71	70	75
Lymphome hodgkinien	73	70	78
Rein	74	72	78
Larynx	72	72	77
Leucémie	77	76	78
Foie	72	70	75
Poumon	74	74	74
Mélanome	73	73	74
Myélome	77	76	78
Lymphome non hodgkinien	76	75	77
Cavité buccale et pharynx	69	68	75
Ovaire	s.o.	s.o.	71
Pancréas	74	72	75
Prostate	s.o.	82	s.o.
Estomac	73	72	74
Testicule	s.o.	43	s.o.
Thyroïde	73	69	79
Utérus	s.o.	s.o.	72

Abréviation : s.o. signifie sans objet.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

En 2018, 86% de toutes les personnes décédées d'un cancer en Ontario étaient âgées de 60 ans ou plus (tableau 5.4). La mortalité était répartie différemment selon les groupes d'âge.

Âge : de 0 à 39 ans

Les personnes de moins de 40 ans représentaient 1,4% de tous les décès du cancer (contre 5,1% de tous les nouveaux cas), les cancers du cerveau et du sein étant les principales causes.

En 2018, 0,2% de tous les décès du cancer sont survenus chez des enfants atteints de cancer (âgés de 0 à 14 ans). De 1991 à 2019, la majorité des décès d'enfants atteints de cancer sont survenus chez ceux qui présentaient :

- système nerveux central et divers néoplasmes intracrâniens et intraspinaux (36,5%)
- leucémies, maladies myéloprolifératives et maladies myélodysplasiques (25,9%)

Pour plus d'informations, veuillez lire [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

Âge : de 40 à 59 ans

Les personnes âgées de 40 à 59 ans représentaient 12,5% de tous les décès du cancer (contre 22,7% de tous les nouveaux cas), les cancers du poumon et du sein étant les principales causes.

Âge : de 60 à 79 ans

Les personnes âgées de 60 à 79 ans représentaient 50,3% de tous les décès du cancer (contre 53,9% de tous les nouveaux cas).

Cette tranche d'âge représentait la plus grande proportion de décès du cancer pour 19 des 23 types de cancer examinés dans ce rapport. Les plus grandes proportions de décès du cancer étaient dues aux cancers du poumon (27,8%) et colorectal (8,9%).

Âge : de 80 ans et plus

Les personnes âgées de 80 ans et plus représentaient 35,8% de tous les décès du cancer (contre 18,3% de tous les nouveaux cas), les cancers du poumon et colorectal 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 provoqués 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 âgés.

La mortalité du cancer augmente considérablement avec l'âge, passant d'un taux de 6,1 pour 100 000 chez les personnes âgées de 39 ans ou moins à un taux de 1 702,4 pour 100 000 chez les personnes âgées de 80 ans ou plus (tableau 5.4). La mortalité variait selon le type de cancer :

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

Tableau 5.4 Valeurs et taux de mortalité, par type de cancer et par groupe d'âge, Ontario, 2018

Type de cancer	Âge : de 0 à 39 ans – Décès	Âge : de 0 à 39 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 0 à 39 ans – 95 % IC	Âge : de 40 à 59 ans – Décès	Âge : de 40 à 59 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 40 à 59 ans – 95% IC	Âge : de 60 à 79 ans – Décès	Âge : de 60 à 79 ans – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 60 à 79 ans – 95% IC	Âge : de 80 ans et plus – Décès	Âge : de 80 ans et plus – Taux spécifique à l'âge	Âge : de 80 ans et plus – 95% IC
Tous les cancers*	429	6.1	5.5–6.7	3,709	94.5	91.5–97.6	14,941	550.9	542.1–559.8	10,633	1702.4	1,670.2–1,735.1
Vessie*	**	**	**	50	1.3	0.9–1.7	340	12.5	11.2–13.9	465	74.5	67.8–81.5
Cerveau	68	1	0.7–1.2	210	5.3	4.7–6.1	424	15.6	14.2–17.2	142	22.7	19.1–26.8
Sein (femmes)*	58	1.7	1.3–2.2	447	22.4	20.4–24.6	858	60.4	56.4–64.6	640	170.3	157.3–184.0
Col de l'utérus	11	0.3	0.2–0.6	60	3.0	2.3–3.9	45	3.2	2.3–4.2	29	7.7	5.2–11.1
Colorectal*	38	0.5	0.4–0.7	387	9.9	8.9–10.9	1,327	48.9	46.3–51.6	1,347	215.7	204.3–227.5

Œsophage	**	**	**	130	3.3	2.8– 3.9	482	17.8	16.2– 19.4	231	37.0	32.4– 42.1
Lymphome hodgkien*	**	**	**	**	**	**	19	0.7	0.4– 1.1	7	1.1	0.5– 2.3
Rein*	**	**	**	80	2.0	1.6– 2.5	286	10.5	9.4– 11.8	207	33.1	28.8– 38.0
Larynx	**	**	**	20	0.5	0.3– 0.8	82	3.0	2.4– 3.8	43	6.9	5.0– 9.3
Leucémie*	51	0.7	0.5– 1.0	107	2.7	2.2– 3.3	473	17.4	15.9– 19.1	446	71.4	64.9– 78.4
Foie	10	0.1	0.1– 0.3	153	3.9	3.3– 4.6	704	26.0	24.1– 27.9	343	54.9	49.3– 61.0
Poumon	17	0.2	0.1– 0.4	704	17.9	16.6– 19.3	4,155	153.2	148.6– 157.9	2,095	335.4	321.2– 350.1
Mélanome*	17	0.2	0.1– 0.4	83	2.1	1.7– 2.6	216	8.0	6.9– 9.1	171	27.4	23.4– 31.8
Myélocome	**	**	**	50	1.3	0.9– 1.7	283	10.4	9.3– 11.7	256	41.0	36.1– 46.3
Lymphome non hodgkien*	15	0.2	0.1– 0.4	114	2.9	2.4– 3.5	547	20.2	18.5– 21.9	461	73.8	67.2– 80.9
Cavité buccale et pharynx	8	0.1	0.0– 0.2	110	2.8	2.3– 3.3	317	11.7	10.4– 13.0	127	20.3	17.0– 24.2
Ovaire	15	0.4	0.2– 0.7	137	6.9	5.8– 8.1	351	24.7	22.2– 27.4	174	46.3	39.7– 53.7
Pancréas	7	0.1	0.0– 0.2	212	5.4	4.7– 6.2	1,052	38.8	36.5– 41.2	629	100.7	93.0– 108.9
Prostate	**	**	**	50	2.6	1.9– 3.4	644	49.9	46.1– 53.9	962	386.8	362.8– 412.1
Estomac*	13	0.2	0.1– 0.3	122	3.1	2.6– 3.7	421	15.5	14.1– 17.1	243	38.9	34.2– 44.1
Testicule	12	0.3	0.2– 0.6	6	0.3	0.1– 0.7	**	**	**	**	**	**

Thyroïde*	**	**	**	20	0.5	0.3– 0.8	53	2.0	1.5– 2.6	33	5.3	3.6– 7.4
Utérus	**	**	**	70	3.5	3.4– 5.2	293	20.6	18.3– 23.1	135	35.9	30.1– 42.5

Abréviation : IC signifie intervalle de confiance.

*Tendance significative à l'augmentation du taux spécifique à l'âge avec l'augmentation de l'âge.

**Supprimé en raison du faible nombre de cas (nombre inférieur à 6).

†La valeur a été arrondie pour garantir la confidentialité ; le taux et l'intervalle de confiance associés ont été ajustés pour refléter la valeur arrondie.

Notes :

- Les taux sont pour 100 000.
- Exclut les cas d'âge inconnu.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

TENDANCES DE LA MORTALITÉ PAR TYPE DE CANCER

Cette section décrit les variations annuelles en pourcentage des taux de mortalité normalisés pour l'âge, qui sont utilisés pour examiner les changements à court terme de la tendance des taux dans le temps (tableau 5.5).

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour tous les cancers combinés en Ontario a diminué au cours des dernières décennies, la baisse de la mortalité s'accroissant ces dernières années. De 1984 à 2001, le taux de mortalité normalisé sur l'âge a diminué de 0,5% par an et a encore baissé de 1,5% par an de 2001 à 2018.

La diminution de la mortalité était plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le taux de mortalité a diminué de 1,0% par an de 1988 à 2001, puis de 1,7% par an de 2001 à 2018. Chez les femmes, le taux a diminué de 0,3% par an de 1984 à 2001, puis de 1,3% par an de 2001 à 2018. Cette section examine certaines des raisons de ces changements dans les tendances de la mortalité.

Tendances récentes de la mortalité pour les 4 cancers les plus fréquents

CANCER DE LA PROSTATE

Le taux de mortalité du cancer de la prostate normalisé pour l'âge a diminué de 2,9% par an entre 1994 et 2014, puis s'est stabilisé entre 2014 et 2018 (tableau 5.5). Cette diminution est probablement due à la détection précoce et à l'amélioration des traitements, qui ont augmenté le taux de survie au cancer de la prostate.(3)

CANCER DU SEIN

Le taux de mortalité normalisé sur l'âge pour le cancer du sein a diminué de 2,5% par an de 1994 à 2013 et est resté stable de 2013 à 2018 (tableau 5.5). Cette diminution est probablement due à :

- une plus grande participation régulière au dépistage par mammographie, surtout après l'introduction du programme ontarien de dépistage organisé du cancer du sein (4,5)
- l'amélioration du traitement (6,7)
- l'utilisation de thérapies systémiques plus efficaces après une chirurgie du cancer du sein (6,7)

CANCER COLORECTAL

Le taux de mortalité normalisé pour l'âge du cancer colorectal a constamment diminué chez les hommes et les femmes combinés de 1984 à 2018, la plus forte baisse ayant été enregistrée ces dernières années (tableau 5.5). Le taux de mortalité a diminué de 3,1% par an entre 2005 et 2018 chez les hommes et de 2,7% par an entre 2004 et 2018 chez les femmes.

Les raisons de cette diminution de la mortalité peuvent être des changements dans les facteurs de risque et de protection, notamment un diagnostic plus précoce dû à une plus grande participation au dépistage et à l'amélioration des traitements.(8)

CANCER DU POUMON

Chez les hommes, le taux de mortalité normalisé pour l'âge lié au cancer du poumon a diminué de 2,2% par an entre 1989 et 2011, suivi d'une diminution plus marquée de 3,1% entre 2011 et 2018 (tableau 5.5). Chez les femmes, le taux de mortalité a été stable de 1999 à 2010, puis a amorcé une baisse de 1,8% par an de 2010 à 2018.

La baisse de la mortalité du cancer du poumon est en grande partie due à la diminution du tabagisme, qui a commencé à diminuer à la fin des années 1950 pour les hommes et au milieu des années 1970 pour les femmes.(2,9) Cet écart d'environ 15 ans entre les pics de tabagisme masculin et féminin correspond à l'écart entre les sexes dans la stabilisation des taux de mortalité du cancer du poumon.

Changements notables dans les tendances pour les autres cancers

CANCER DU FOIE

Le taux de mortalité normalisé pour l'âge du cancer du foie a augmenté chez toutes les personnes entre 1984 et 2018. Chez les hommes, le taux a augmenté de 2,2% par an de 1994 à 2018, à la suite d'une précédente tendance rapide à la hausse du taux de mortalité (tableau 5.5). Le taux de mortalité féminine a connu une augmentation rapide de 2008 à 2013 avant de se stabiliser de 2013 à 2018. Cette augmentation de la mortalité est probablement due, au moins partiellement, à une augmentation du taux d'incidence au cours de la même période.

CANCER OVARIEN

Le taux de mortalité normalisé pour l'âge du cancer de l'ovaire a diminué significativement de 4,6% par an de 2003 à 2007, puis de 1,0% par an de 2007 à 2018 (tableau 5.5). Cette tendance est parallèle à la diminution du taux d'incidence du cancer de l'ovaire entre 2002 et 2018.

Les baisses de l'incidence et de la mortalité du cancer de l'ovaire résultent probablement de changements dans l'exposition aux facteurs de risque et de protection, notamment l'utilisation croissante des contraceptifs oraux.(10) La baisse de la mortalité peut également refléter une augmentation de la survie due à l'amélioration du traitement de ce cancer.(11)

CANCER DE L'ESTOMAC

Le taux de mortalité normalisé pour l'âge du cancer de l'estomac a diminué de 4,0% par an jusqu'en 1993, puis de 2,2% par an de 1993 à 2018 (tableau 5.5).

Les raisons de cette diminution comprennent une moindre exposition à l'infection par *Helicobacter pylori*, des améliorations dans la conservation et la réfrigération des aliments, des changements de mode de vie et un meilleur traitement de ce cancer.(12)

Tableau 5.5 Variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés pour l'âge, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 1984 à 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Période	Hommes et femmes confondus – VAP (%)	Hommes – Période	Hommes – VAP (%)	Femmes – Période	Femmes – VAP (%)
Tous les cancers	1984–2001	-0.5*	1984–1988	0.5	1984–2001	-0.3*
	2001–2018	-1.5*	1988–2001	-1*	2001–2018	-1.3*
			2001–2018	-1.7*		
Vessie	1984–2018	-0.5*	1984–2018	-0.7*	1984–1997	-1.5*
					1997–2004	2.2
					2004–2018	-1.7*
Cerveau	1984–2006	-1.1*	1984–1995	-1.9*	1984–2006	-1.4*
	2006–2010	4.8	1995–2018	0.4	2006–2011	4.6
	2010–2018	-1			2011–2018	-1.3
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–1994	-0.8*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1994–2013	-2.5*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2013–2018	-0.7
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–2018	-2.6*
Colorectal	1984–2005	-1.6*	1984–2005	-1.5*	1984–2004	-1.8*
	2005–2018	-2.9*	2005–2018	-3.1*	2004–2018	-2.7*
Œsophage	1984–2000	0.5	1984–2001	0.8*	1984–2018	-0.9*
	2000–2018	-0.6*	2001–2018	-0.7*		
Lymphome hodgkinien	1984–2018	3.4*	1984–2018	-3.5*	1984–2018	-3.3*
Rein	1984–2008	-0.1	1984–2014	-0.3*	1984–2010	-0.3
	2008–2018	-1.9*	2014–2018	-4.8*	2010–2018	-2.9*
Larynx	1984–1988	3.2	1984–2001	-2*	1984–2018	-3.2*
	1988–2001	-2.5*	2001–2018	-4.5*		
	2001–2018	-4.2*				
Leucémie	1984–2018	-0.9*	1984–2018	-1*	1984–2018	-1*
Foie	1984–1994	4.7*	1984–1995	4.6*	1984–1991	6.3*
	1994–2008	1.8*	1995–2018	2.2*	1991–2008	1.4*
	2008–2012	5.6			2008–2013	6.6*
	2012–2018	0.5			2013–2018	-0.4

Poumon	1984–1993	0.1	1984–1989	-0.3	1984–1999	2*
	1993–2010	-1*	1989–2011	-2.2*	1999–2010	-0.1
	2010–2018	-2.4*	2011–2018	-3.1*	2010–2018	-1.8*
Mélanome	1984–2014	1*	1984–2014	1.3*	1984–1995	2.1*
	2014–2018	-4	2014–2018	-4.7	1995–2018	-0.2
Myélome	1984–1998	0.4	1984–2018	-0.7*	1984–1999	0.4
	1998–2018	-1.2*			1999–2018	-1.6*
Lymphome non hodgkinien	1984–1998	2.2*	1984–1999	2*	1984–1997	2.5*
	1998–2018	-1.8*	1999–2018	-1.7*	1997–2018	-2*
Cavité buccale et pharynx	1984–2009	-1.9*	1984–2007	-2.3*	1984–2012	-1.6*
	2009–2018	1.7*	2007–2018	1.2*	2012–2018	2.8
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–1999	-0.9*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1999–2003	2.2
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2003–2007	-4.6*
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2007–2018	-1*
Pancréas	1984–2002	-0.8*	1984–2005	-1.2*	1984–2018	-0.1
	2002–2018	0.4*	2005–2018	1*		
Prostate	s.o.	s.o.	1984–1994	1.5*	s.o.	s.o.
	s.o.	s.o.	1994–2014	-2.9*		
	s.o.	s.o.	2014–2018	-1	s.o.	s.o.
Estomac	1984–1993	-4*	1984–1993	-4.1*	1984–1997	-3.5*
	1993–2018	-2.2*	1993–2018	-2.5*	1997–2018	-1.8*
Testicule	s.o.	s.o.	1984–2018	-2.3*	s.o.	s.o.
Thyroïde	1984–2018	-0.1	1984–2018	0.9*	1984–2018	-0.7*
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1984–1993	-1.7
	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1993–2018	1.2*

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 population standard canadienne de 2011

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

TENDANCE DE LA MORTALITÉ SUR TRENTE-CINQ ANS PAR TYPE DE CANCER

Le taux de mortalité normalisé sur l'âge de 1984 à 2018 pour les cancers du sein, colorectal, du poumon, de la cavité buccale et du pharynx, du pancréas, de la prostate et de l'utérus est présenté dans la figure 5.3. Ces cancers représentent les 4 cancers les plus fréquents, ainsi que ceux dont la tendance à la hausse de la mortalité a été observée ces dernières années.

Figure 5.3A Taux de mortalité normalisés selon l'âge, par type de cancer et sexe, pour les 4 cancers les plus courants, Ontario, 1984 à 2018

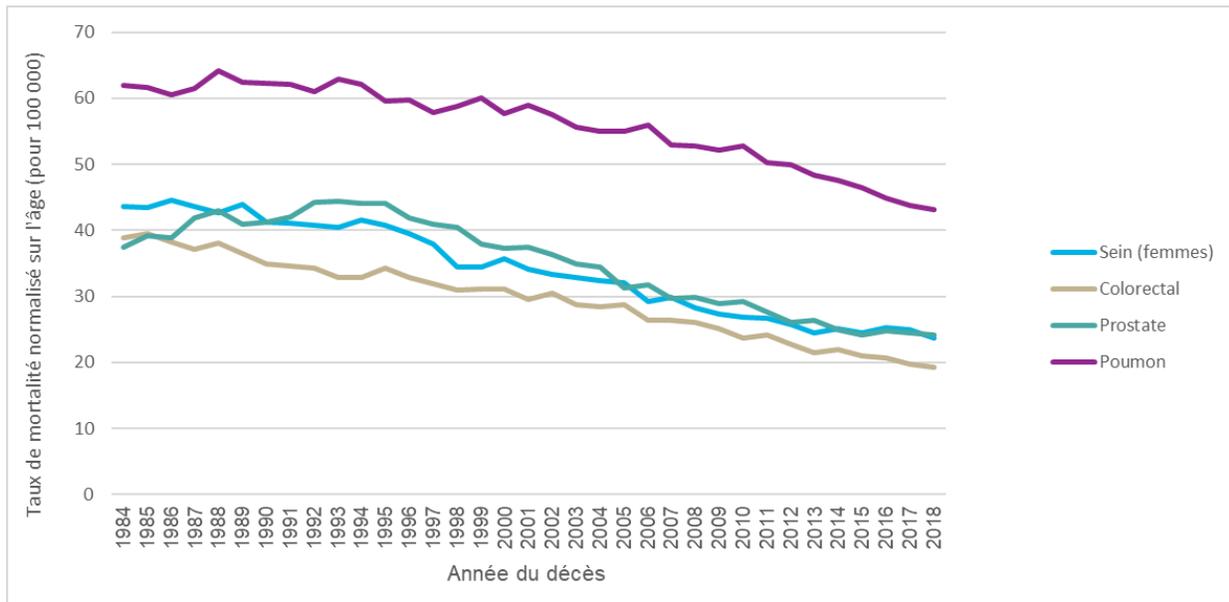
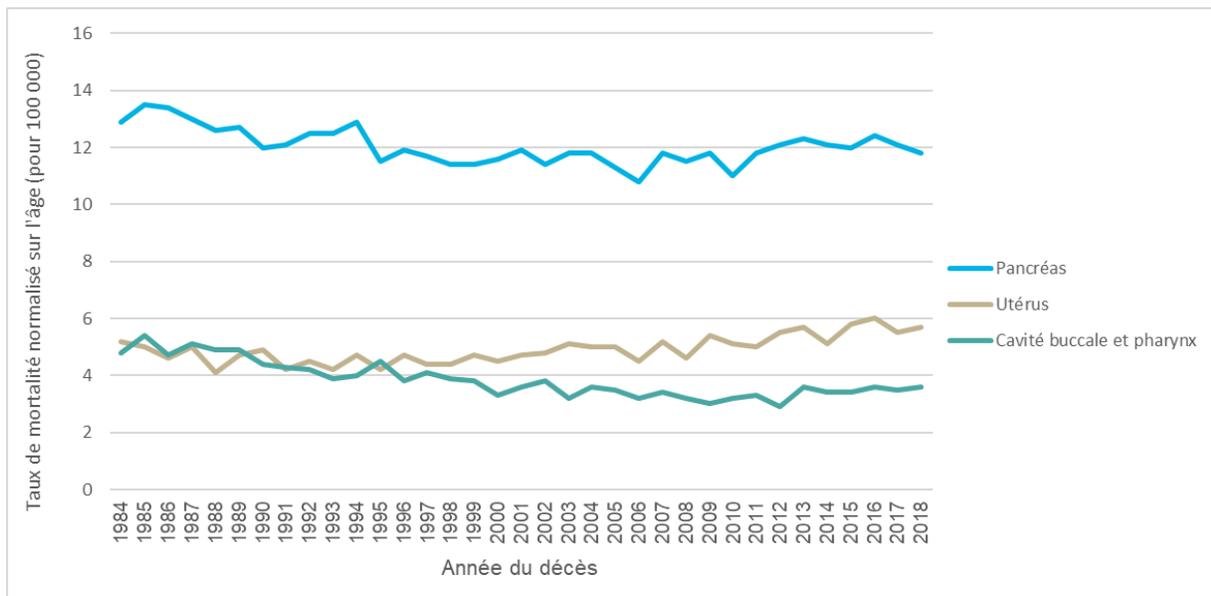


Figure 5.3B Taux de mortalité normalisés selon l'âge, par type de cancer et sexe, pour certains cancers, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

De 1984 à 2018, la variation annuelle moyenne en pourcentage du taux de mortalité normalisé pour l'âge chez les hommes (figure 5.4) :

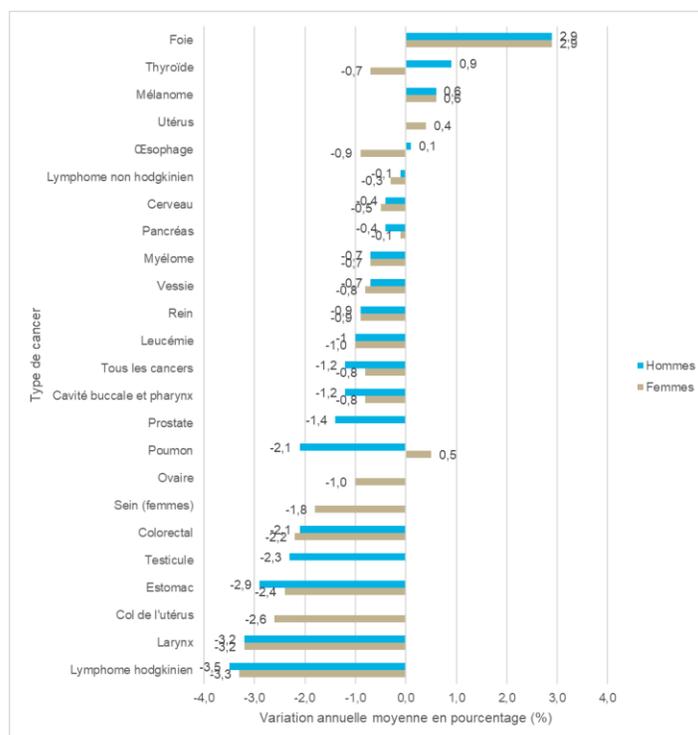
- a diminué pour la plupart des types de cancer, notamment le lymphome hodgkinien (3,5% par an), le cancer du larynx (3,2%) et le cancer de l'estomac (2,9%)
- a augmenté pour le cancer du foie (2,9% par an) et le cancer de la thyroïde (0,9% par an)
- était stable pour les cancers du cerveau et de l'œsophage, ainsi que pour le mélanome et le lymphome non hodgkinien

Sur la même période, la variation annuelle moyenne en pourcentage du taux de mortalité normalisé pour l'âge chez les femmes :

- a diminué pour la plupart des types de cancer, y compris le lymphome de Hodgkin (3,3% par an) et les cancers du col de l'utérus (2,6%) et du larynx (3,2%)
- a augmenté pour les cancers du foie (2,9% par an) et du poumon (0,5%)
- était stable pour les cancers de la vessie, du cerveau, de la cavité buccale et du pharynx, du pancréas et de l'utérus, ainsi que pour les lymphomes non hodgkiniens et les mélanomes

Pour certains cancers, comme le cancer du foie et le mélanome, les augmentations des taux de mortalité reflètent probablement des augmentations des taux d'incidence.

Figure 5.4 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux de mortalité normalisés pour l'âge, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- Les taux sont normalisés en fonction de la répartition par âge de la population standard canadienne de 2011.
- La variation annuelle moyenne en pourcentage pour les types de cancer suivants n'était pas statistiquement significative chez les hommes : cerveau, œsophage, mélanome et lymphome non hodgkinien.
- La variation annuelle moyenne en pourcentage pour les types de cancer suivants n'était pas statistiquement significative chez les femmes : vessie, cerveau, mélanome, lymphome non hodgkinien, cavité buccale et pharynx, pancréas et utérus.

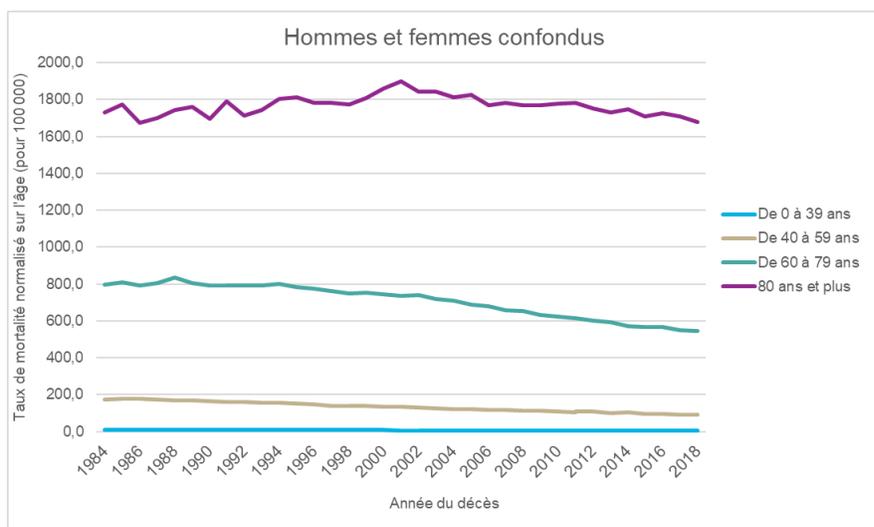
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

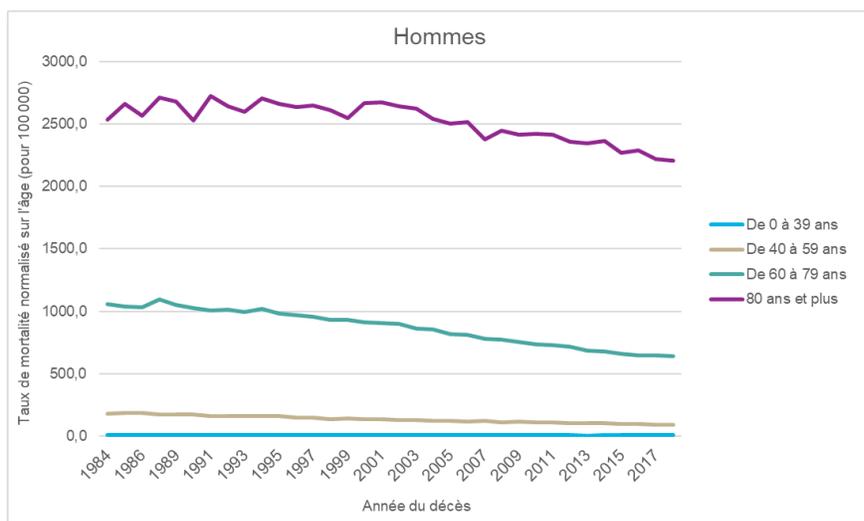
TENDANCES DE LA MORTALITÉ PAR ÂGE

Les taux de mortalité dans tous les groupes d'âge ont diminué au cours des dernières décennies. Chez les plus jeunes, ils ont diminué de manière assez égale chez les hommes et les femmes. Toutefois, chez les personnes âgées de 60 ans et plus, la baisse de la mortalité a été plus importante chez les hommes (figure 5.5).

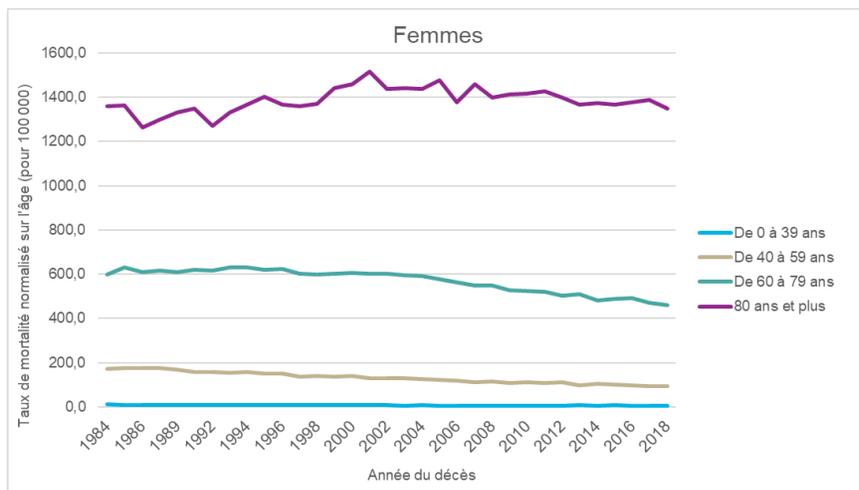
Figure 5.5 Variation annuelle moyenne en pourcentage des taux de mortalité, selon le sexe et le groupe d'âge, Ontario, 1984 à 2018



Variation annuelle en pourcentage (%)		
Age group	Period	APC
De 0 à 39 ans	1984 2006	-1.9*
	2006 2018	-0.6
De 40 à 59 ans	1984 1989	-0.8
	1989 2018	-2.1*
	1984 1988	0.7
De 60 à 79 ans	1984 1988	-0.7*
	2001 2018	-1.9*
	1984 2001	0.5*
80 ans et plus	2001 2018	-0.5*



Variation annuelle en pourcentage (%)		
Age group	Period	APC
De 0 à 39 ans	1984 2018	-1.6*
	1984 2018	-2.1*
De 60 à 79 ans	1984 1988	0.7
	1988 2001	-1.2*
	2001 2014	-2.3*
	2014 2018	-1.4*
80 ans et plus	1984 2001	0.0
	2001 2018	-1.0*



Variation annuelle en pourcentage (%)		
Age group	Period	APC
De 0 à 39 ans	1984 2018	-1.6*
De 40 à 59 ans	1984 2018	-2.1*
De 60 à 79 ans	1984 1988	0.7
	1988 2001	-1.2*
	2001 2014	-2.3*
	2014 2018	-1.4*
80 ans et plus	1984 2001	0,0
	2001 2018	-1.0*

Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage.

Symbole : *Variation annuelle en pourcentage statistiquement significative.

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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (décembre 2020), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

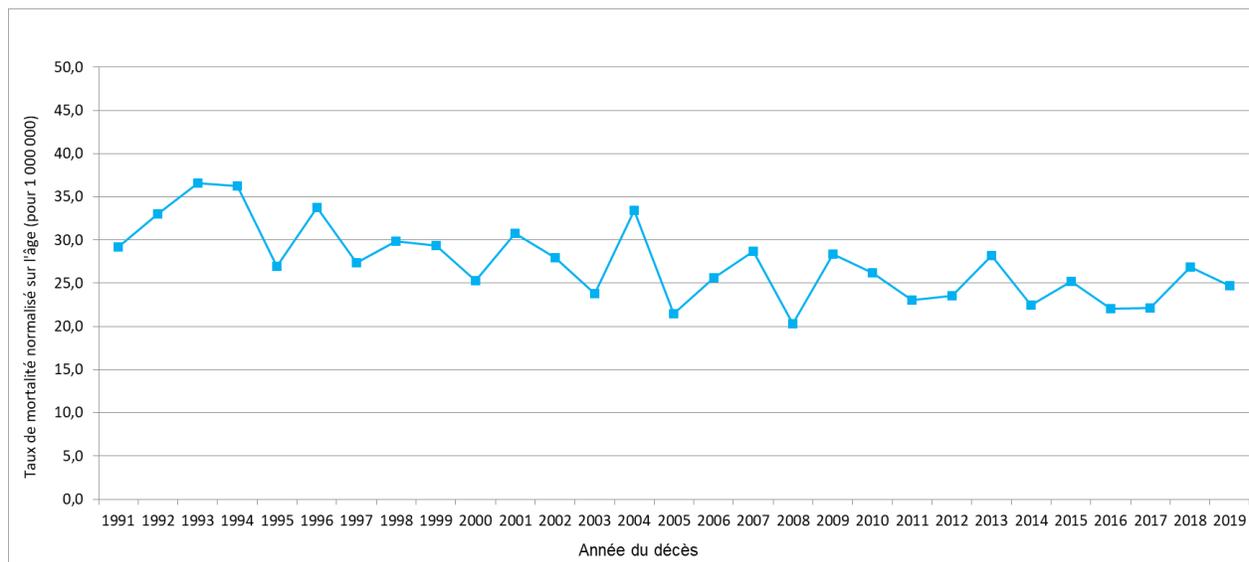
Âge : de 0 à 39 ans

Alors que les taux d'incidence ont augmenté chez les jeunes, les taux de mortalité sont restés stables ou ont diminué. Chez les hommes de moins de 40 ans, le taux de mortalité a diminué de 1,6% par an entre 1984 et 2018. Chez les femmes de ce groupe d'âge, les taux de mortalité ont diminué de 1,9% par an entre 1984 et 2006, et sont restés stables entre 2006 et 2018.

Les taux de mortalité normalisés pour l'âge chez les enfants atteints de cancer (âgés de 0 à 14 ans) ont diminué de 1991 à 2019 de 1,2% par an en moyenne (voir **Spotlight : Tendances de la mortalité du cancer chez les enfants, figure 5.S1**).

SPOTLIGHT : Tendence de la mortalité du cancer chez les enfants

Figure 5.S1 : Variation annuelle en pourcentage des taux de mortalité normalisés pour l'âge du cancer chez les enfants, tous cancers confondus, de 0 à 14 ans, Ontario, 1991 à 2019



Période de temps	VAP (%)
1991-2019	-1.2*

Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Symbole : * Signifie un changement significatif de la VAP

Abréviation : VAP signifie variation annuelle en pourcentage

Notes :

- Les taux sont pour 1 000 000.
- Comprend les cas diagnostiqués depuis 1986 pour s'aligner sur la saisie des données du système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario.

Analyse par : Analyses de santé, groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Source des données : Système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario (7 avril 2021), groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Pour plus de détails sur les tendances de la mortalité du cancer chez les enfants, lisez [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

Âge : de 40 à 59 ans

Pour les personnes âgées de 40 à 59 ans, le taux de mortalité est resté stable jusqu'en 1989, date à laquelle il a commencé à diminuer de 2,1% par an jusqu'en 2018. Des tendances similaires ont été observées séparément pour les hommes et pour les femmes.

Âge : de 60 à 79 ans

Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, le taux de mortalité est resté stable jusqu'en 1988. Le taux de mortalité a ensuite diminué de 0,7% par an de 1988 à 2001 et de 1,9% par an de 2001 à 2018. Le taux de diminution au cours des dernières décennies a été plus important chez les hommes (2,3% par an de 2001 à 2014 et 1,4% par an de 2014 à 2018) que chez les femmes (1,7% par an de 2002 à 2018).

Âge : de 80 ans et plus

La mortalité des personnes âgées de 80 ans et plus a augmenté de 0,5% par an entre 1984 et 2001, puis a diminué de 0,5% par an entre 2001 et 2018. La diminution de la mortalité a été plus importante chez les hommes, à raison de 1,0% par an de 2001 à 2018. Chez les femmes, le taux de mortalité a augmenté de 1,3% entre 1992 et 2001, puis a diminué de 0,5% par an.

Références

1. Statistiques Canada [Internet]. Ottawa : Statistiques Canada. Table 13-10-0801-01, Leading causes of death, total population (age standardization using 2011 population); 2020 [cited 2021 Jul 23]. (Tableau 13-10-0801-01, Principales causes de décès, population totale (standardisation par âge selon la population de 2011) ; 2020 [cité le 23 juillet 2021].) Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310080101>
2. Ferrence RG. Sex differences in cigarette smoking in Canada, 1900-1978 : a reconstructed cohort study. (Différences entre les sexes dans le tabagisme au Canada, 1900-1978 : une étude de cohorte reconstituée.) *Can J Public Health*. 1988;79(3) :160–5.
3. Litwin MS, Tan HJ. The diagnosis and treatment of prostate cancer : a review. (Le diagnostic et le traitement du cancer de la prostate : une revue.) *JAMA*. 2017;317(24) :2532–42.
4. Coldman A, Phillips N, Wilson C, Decker K, Chiarelli AM, Brisson J, et al. Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. (Étude pancanadienne sur le dépistage par mammographie et la mortalité du cancer du sein.) *J Natl Cancer Inst*. 2014;106(11) :dju261.
5. 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. (Efficacité du dépistage du cancer du sein : examen systématique et méta-analyse pour mettre à jour la recommandation 2009 de la U.S. Preventive Services Task Force.) *Ann Intern Med*. 2016;164(4) :244–55.

6. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. (Rapport annuel à la nation sur la situation du cancer, 1975-2002, présentant les tendances du traitement du cancer en fonction de la population.) J Natl Cancer Inst. 2005;97(19) :1407–27.
7. Mariotto A, Feuer EJ, Harlan LC, Wun LM, Johnson KA, Abrams J. Trends in use of adjuvant multi-agent chemotherapy and tamoxifen for breast cancer in the United States : (Tendances de l'utilisation de la chimiothérapie adjuvante multi-agent et du tamoxifène pour le cancer du sein aux États-Unis) 1975-1999. J Natl Cancer Inst. 2002;94(21) :1626–34.
8. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, Anderson RN, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. (Rapport annuel à la nation sur la situation du cancer, 1975-2006, présentant les tendances du cancer colorectal et l'impact des interventions (facteurs de risque, dépistage et traitement) pour réduire les taux futurs.) Cancer. 2010;116(3) :544–73.
9. Holowaty E, Chin Cheong S, Di Cori S, Garcia J, Luk R, Lyons C, et al. Tobacco or health in Ontario : tobacco attributed cancers and deaths over the past 50 years...and the next 50. (Le tabac ou la santé en Ontario : cancers et décès attribués au tabac au cours des 50 dernières années... et des 50 prochaines.) Toronto : Cancer Care Ontario; 2002.
10. Sopik V, Iqbal J, Rosen B, Narod SA. Why have ovarian cancer mortality rates declined? (Pourquoi les taux de mortalité du cancer de l'ovaire ont-ils diminué ?) Part I. Incidence. Gynecol Oncol. 2015;138(3) :741–9.
11. Sopik V, Iqbal J, Rosen B, Narod SA. Why have ovarian cancer mortality rates declined? (Pourquoi les taux de mortalité du cancer de l'ovaire ont-ils diminué ?) Part II. Case-fatality. Gynecol Oncol. 2015;138(3) :750–6.
12. Amiri M, Janssen F, Kunst AE. The decline in stomach cancer mortality : exploration of future trends in seven European countries. (Le déclin de la mortalité du cancer de l'estomac : exploration des tendances futures dans sept pays européens.) Eur J Epidemiol. 2011;26(1) :23–8.

Ch. 6 : Survie du cancer

La survie relative mesure la probabilité qu'une personne atteinte d'un cancer survive pendant un certain temps par rapport à des personnes similaires dans la population générale. Ce chapitre porte sur la survie relative à 5 ans au cancer chez les adultes et la proportion de survie globale au cancer chez les enfants en Ontario.

Les statistiques de survie sont un indicateur clé du pronostic, ainsi que de l'efficacité des programmes de lutte et du traitement du cancer.(1) Les ratios de survie relative indiquent la probabilité de survivre pendant une certaine période (par exemple, 1, 3 ou 5 ans) après le diagnostic, par rapport à des personnes similaires (c'est-à-dire du même âge et du même sexe) dans la population générale.

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 5 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 du diagnostic et le type de traitement. Les ratios de survie relative représentent la survie moyenne attendue pour un groupe de personnes atteintes d'un certain type de cancer. Ces statistiques ne reflètent 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 les 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. 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.

La survie s'améliore au fil du temps grâce à de meilleures méthodes de détection précoce (et à une plus grande utilisation de celles-ci) et 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.(2) L'amélioration de la survie peut également résulter d'une augmentation de l'incidence grâce à une meilleure détection précoce. Le fait de détecter les cancers plus tôt qu'ils ne le seraient normalement entraîne un « temps d'avance au diagnostic ».(3) On parle de temps d'avance au diagnostic lorsque des cancers sont détectés alors qu'ils n'auraient jamais provoqué

de dommages s'ils n'avaient pas été traités (c'est-à-dire un surdiagnostic), ce qui entraîne une amélioration artificielle de la survie au cancer au niveau de la population.

SURVIE PAR SEXE ET TYPE DE CANCER

De 2014 à 2018, le ratio de survie relative à 5 ans pour tous les cancers confondus était de 67,2% (tableau 6.1), ce qui signifie que les personnes diagnostiquées d'un cancer au cours de cette période avaient 67,2% de chances supplémentaires de survivre au moins 5 ans après le diagnostic par rapport à des personnes similaires sans cancer dans la population générale.

Pour les types de cancer qui surviennent chez les hommes et les femmes, la survie à 5 ans était :

- la plus élevée pour le cancer de la thyroïde (98,9%), le mélanome (88,7%) et le lymphome hodgkinien (88,2%)
- la plus faible pour les cancers du pancréas (12,6%), de l'œsophage (17,3%), du foie (22,8%) et du poumon (24,8%), principalement parce que la plupart des cas de ces cancers (à l'exception du cancer du foie) sont diagnostiqués à un stade avancé (4)

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 5 ans après le diagnostic, ce qui peut entraîner une surestimation de la survie.(5) Pour les cancers à mortalité élevée, il est très peu probable de rester en vie plus de cinq ans. Cette hypothèse selon laquelle les personnes perdues de vue sont toujours en vie à la date limite est particulièrement problématique pour l'Ontario, car les données montrent que le taux de perte de vue est plus élevé en Ontario que dans les autres provinces. Les raisons de ce taux plus élevé ne sont pas claires. Par conséquent, les estimations de survie pour les cancers du pancréas, de l'œsophage, du foie et du poumon doivent être interprétées avec prudence, en particulier lorsqu'elles sont comparées à celles d'autres juridictions.

Le ratio de survie relative à 5 ans varie fortement pour les cancers suivants (tableau 6.1) :

- les cancers du cerveau malins par rapport aux non-malins
- différents sous-types de leucémie
- mélanome cutané par rapport au mélanome non cutané
- endométriale par rapport au sarcome utérin
- à petites cellules par rapport aux autres types de cancer du poumon

La survie des hommes entre 2014 et 2018 (65,3%) était nettement inférieure à celle des femmes (69,1%), 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 5 ans était :

- la plus élevée pour les cancers de la thyroïde (97,7%), des testicules (97,1%) et de la prostate (94,0%)
- la plus faible pour les cancers du pancréas (12,7%), de l'œsophage (18,2%) et du poumon (20,8%)

Pour les femmes, la survie à 5 ans était :

- la plus élevée pour le cancer de la thyroïde (99,2%), le mélanome (90,7%) et le cancer du sein (89,3%)
- la plus faible pour les cancers du pancréas (12,5%), de l'œsophage (14,5%) et du foie (18,0%)

Tableau 6.1 Ratios de survie relative à cinq ans selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2014 à 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – RSR	Hommes et femmes confondus – 95% IC	Hommes – RSR	Hommes – 95% IC	Femmes – RSR	Femmes – 95% IC
Tous les cancers	67.2	67.0 – 67.5	65.3	65.0 – 65.7	69.1	68.8 – 69.5
Cerveau et système nerveux						
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	28.6	26.8–30.5	27.1	24.8–29.5	30.7	27.9–33.5
Glioblastome	7.8	6.3–9.4	8.2	6.3–10.4	7.2	5.1–9.8
Tous les autres gliomes	55.9	52.1–59.5	51.1	46.1–56.0	62.5	56.7–67.7
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin	85.7	84.4–86.8	83.7	81.7–85.5	87.0	85.4–88.4
Méningiomes	92.1	90.0–93.8	86.7	82.0–90.2	94.4	92.0 – 96.2
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé	92.3	90.0 – 94.1	91.5	87.9 – 94.1	92.7	89.7 – 94.9
Sein et système génital						
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	89.3	88.7 – 89.8
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	73.5	70.6 – 76.1
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	47.7	45.7 – 49.7
Prostate	s.o.	s.o.	94.0	93.4 – 94.6	s.o.	s.o.
Testicule	s.o.	s.o.	97.1	95.6 – 98.0	s.o.	s.o.
Utérin	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	82.7	81.6 – 83.8
Utérus - endomètre	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	85.6	84.5 – 86.7
Utérus - sarcome utérin	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	48.9	40.9 – 56.5

Système digestif						
Colorectal	66.8	65.9 – 67.6	66.7	65.5 – 67.8	67.0	65.7 – 68.2
Colon à l'exclusion du rectum	65.5	64.5 – 66.6	65.7	64.2 – 67.2	65.3	63.8 – 66.8
Colon - côté gauche	69.5	67.9 – 71.1	69.4	67.1 – 71.5	69.8	67.2 – 72.1
Colon - côté droit	66.8	65.4 – 68.2	66.9	64.8 – 68.9	66.7	64.8 – 68.6
Rectum et jonction rectosigmoïde	69.5	68.1 – 70.9	68.4	66.5 – 70.1	71.4	69.1 – 73.5
Jonction rectosigmoïde	65.0	62.0 – 67.8	64.3	60.4 – 68.0	66.0	61.3 – 70.3
Rectum	70.9	69.2 – 72.4	69.4	67.3 – 71.5	73.1	70.5 – 75.5
Œsophage	17.3	15.4 – 19.3	18.2	15.9 – 20.6	14.5	11.2 – 18.1
Œsophage - adénocarcinome	18.3	15.8 – 21.0	19.2	16.4 – 22.1	14.4	9.6 – 20.1
Œsophage - carcinome épidermoïde	16.6	13.2 – 20.4	17.0	12.6 – 22.0	15.8	10.8 – 21.7
Foie	22.8	21.2 – 24.5	24.9	22.9 – 27.0	18.0	15.4 – 20.7
Pancréas	12.6	11.5 – 13.7	12.7	11.2 – 14.2	12.5	11.0 – 14.1
Estomac	34.4	32.5 – 36.2	32.2	29.9 – 34.4	38.0	35.0 – 41.1

Tête et cou						
Larynx	63.4	59.5 – 67.0	64.4	60.2 – 68.4	57.4	47.6 – 66.0
Cavité buccale et pharynx	63.7	62.0 – 65.4	63.9	61.8 – 65.9	63.3	60.1 – 66.4
Lèvres et cavité buccale	65.1	62.5 – 67.6	65.0	61.6 – 68.1	65.3	61.1 – 69.3
Hypopharynx	30.1	23.0 – 37.5	26.9	19.6 – 34.7	44.8	23.9 – 63.7
Nasopharynx	68.4	61.9 – 74.0	67.3	59.6 – 73.8	71.4	58.4 – 80.9
Oropharynx	67.6	64.8 – 70.2	68.7	65.5 – 71.6	63.3	56.9 – 69.0
Thyroïde	98.9	98.5 – 99.1	97.7	96.2 – 98.6	99.2	98.8 – 99.5
Thyroïde - anaplasique	5.9	1.3 – 15.7	†	†	†	†
Thyroïde - folliculaire	98.4	92.1 – 99.7	95.6	84.0 – 98.9	99.1	85.8 – 99.9
Thyroïde - médullaire	90.4	79.6 – 95.6	86.6	66.5 – 95.0	93.2	79.4 – 97.9
Thyroïde - papillaire	99.9	99.7 – 100.0	99.9	99.3 – 100.0	99.9	99.5 – 100.0
Hématologique						
Leucémie	64.9	63.4 – 66.3	65.4	63.4 – 67.4	64.0	61.7 – 66.2
Leucémie lymphocytaire aiguë	76.6	72.6 – 80.1	78.3	73.1 – 82.7	74.2	67.6 – 79.6

Leucémie monocytaire aiguë	91.1	88.8 – 93.0	90.9	87.8 – 93.3	91.4	87.7 – 94.0
Leucémie myéloïde aiguë	25.8	18.0 – 34.3	23.5	14.0 – 34.5	27.9	15.5 – 41.6
Leucémie lymphocytaire chronique	28.4	25.7 – 31.1	26.5	23.0 – 30.2	30.6	26.7 – 34.7
Leucémie myéloïde chronique	62.9	58.7 – 66.8	59.9	54.3 – 65.1	67.0	60.5 – 72.6
Lymphome	73.4	72.4 – 74.4	72.4	71.0 – 73.8	74.7	73.2 – 76.1
Lymphome hodgkinien	88.2	85.8 – 90.3	89.2	85.8 – 91.8	87.1	83.2 – 90.2
Lymphome non hodgkinien	71.9	70.7 – 72.9	70.7	69.2 – 72.2	73.3	71.7 – 74.9
Lymphome non hodgkinien - extra- ganglionnaire	71.4	69.9 – 73.0	70.4	68.2 – 72.5	72.4	70.1 – 74.6
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	72.3	70.7 – 73.8	70.9	68.7 – 72.9	74.0	71.7 – 76.2
Myélome	54.8	52.6 – 56.9	53.8	50.9 – 56.6	56.0	52.9 – 59.1
Mélanome						
Mélanome cutané	88.7	87.6 – 89.7	87.0	85.3 – 88.4	90.7	89.2 – 92.1
Mélanome (non cutané)	73.3	67.3 – 78.3	75.2	66.0 – 82.2	71.5	63.2 – 78.3
Mélanome - muqueux	47.0	34.1 – 58.9	50.7	26.6 – 70.5	44.6	29.8 – 58.4

Mélanome - oculaire	80.5	73.8 – 85.6	78.1	68.2 – 85.3	82.9	73.1 – 89.5
Système thoracique						
Poumon	24.8	24.1 – 25.4	20.8	19.9 – 21.7	28.6	27.7 – 29.6
Poumon - adénocarcinome	32.6	31.5 – 33.7	27.4	25.8 – 29.0	36.7	35.2 – 38.2
Poumon - à grandes cellules	21.5	16.7 – 26.8	21.2	14.7 – 28.6	21.7	14.7 – 29.5
Poumon - à petites cellules	6.9	5.9 – 8.1	5.8	4.5 – 7.4	8.0	6.5 – 9.7
Poumon - à cellules squameuses	24.9	23.3 – 26.5	23.7	21.7 – 25.7	26.9	24.3 – 29.5
Système urinaire						
Vessie	79.1	77.8 – 80.2	79.7	78.3 – 81.0	77.0	74.6 – 79.2
Rein	79.0	77.7 – 80.3	79.5	77.8 – 81.1	78.1	75.7 – 80.2

Abréviations : IC signifie intervalle de confiance ; RSR signifie ratio de survie relative.

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

Notes :

- 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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

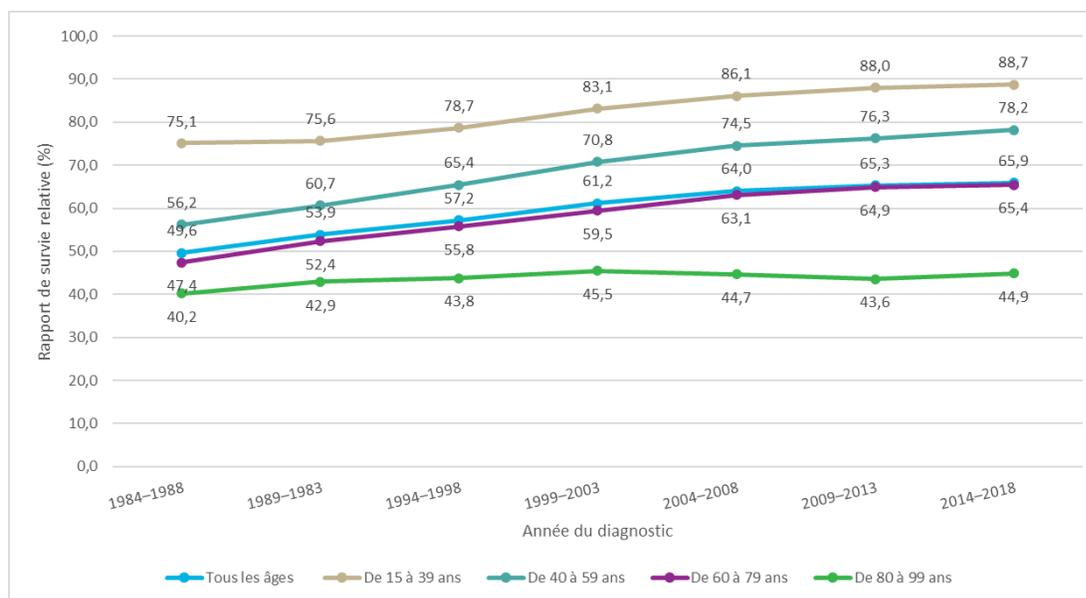
On a constaté des différences entre les hommes et les femmes en matière de survie à 5 ans pour les types de cancer suivants :

- La survie au cancer du poumon était significativement plus élevée chez les femmes (28,6%) que chez les hommes (20,8%). 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 est plus faible et qui sont plus susceptibles d'être diagnostiqués à un stade plus avancé.(6,7)
- La survie pour le mélanome était significativement plus élevée chez les femmes (90,7%) que chez les hommes (87,0%). La survie plus faible chez les hommes est due à des différences biologiques qui font que ce cancer est plus susceptible de se propager chez les hommes.(8–10) Des recherches récentes ont également suggéré que l'expression de la protéine PR70, qui est liée au chromosome X et exprimée à des doses plus élevées chez les femmes, pourrait supprimer les tumeurs de mélanome.(11)
- La survie plus faible du cancer de la vessie chez les femmes (77,0% contre 79,7% chez les hommes) peut s'expliquer :
 - 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. (12,13)

SURVIE PAR ÂGE

Entre la période 1984-1988 et la période 2014-2018, le ratio de survie relative à 5 ans normalisé pour l'âge, tous âges et cancers confondus, est passé de 49,6% à 65,9% (figure 6.1).

Figure 6.1 Ratios de survie relative à cinq ans, par groupe d'âge et période, Ontario, de la période 1984 à 1988 à la période 2014 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- La méthode de la période a été utilisée pour dériver les ratios de survie relative pour la période 2014 à 2018. La méthode de la cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.
- Valeurs d'incidence basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer et de l'association internationale des registres du cancer.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Comme pour les périodes précédentes, le ratio de survie relative à 5 ans pour tous les cancers combinés entre 2014 et 2018 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 à 99 ans ont vu leur survie à 5 ans peu s'améliorer entre la période 1984-1988 et la période 2014-2018. Cette absence d'amélioration est principalement due 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 5 ans. En conséquence, 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

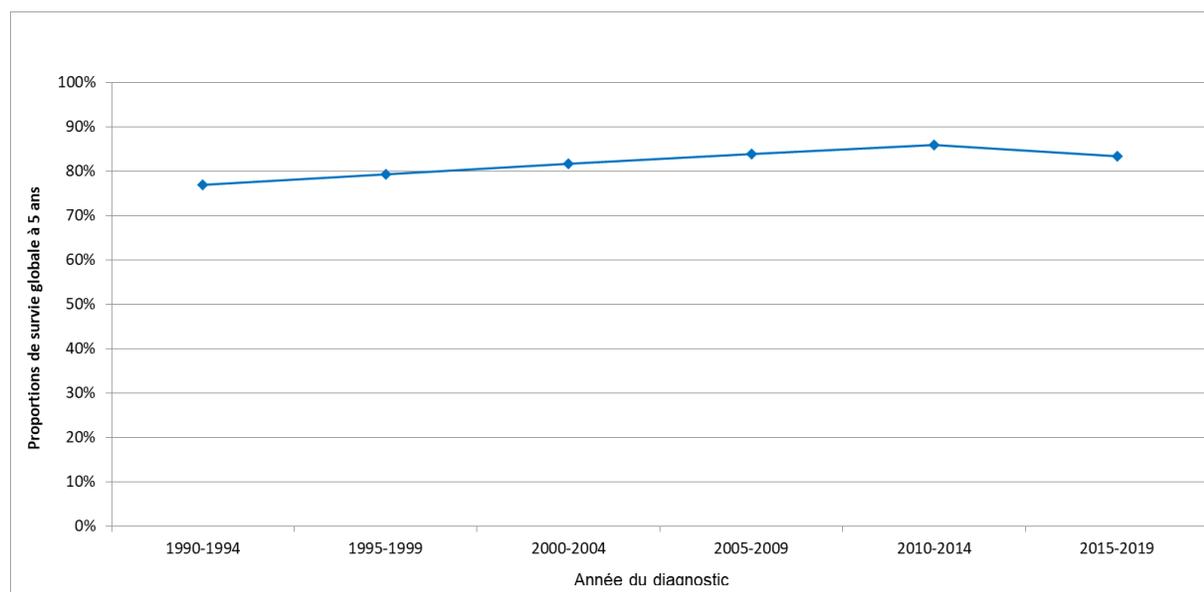
montré que les améliorations plus importantes de la survie chez les personnes âgées de moins de 80 ans peuvent être en partie dues à une plus grande utilisation des programmes de dépistage en population pour les cancers du sein et colorectal, et à l'utilisation du test de l'antigène spécifique de la prostate pour le cancer de la prostate.(14)

En Ontario, on a estimé que 83,3% des enfants âgés de 0 à 14 ans ayant reçu un diagnostic de cancer de 2015 à 2019 survivraient 5 ans (c'est-à-dire la proportion de survie globale à 5 ans). La proportion de survie globale est une estimation de la probabilité de survivre à toutes les causes de décès. Les enfants atteints de cancer ont continué à enregistrer des gains de survie, la proportion de survie globale à 5 ans étant passée de 76,9% au cours de la période 1990-1994 à 83,3% au cours de la dernière période de 5 ans (2015-2019) (voir **Spotlight : tendance de la survie au cancer chez les enfants, figure 6.S1**).

Pour plus de détails sur les tendances de la survie au cancer chez les enfants, lisez [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

SPOTLIGHT : Tendances de la survie au cancer chez les enfants

Figure 6.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 1990-1994 à la période 2015-2019



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- La méthode de la cohorte a été utilisée pour calculer les proportions de survie globale à 5 ans pour les cas dont le premier cancer primaire a été diagnostiqué entre 1990 et 2014 ; la méthode de la période a été utilisée pour calculer les proportions de survie globale à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2015 et 2019.
- Les proportions de survie globale ne tiennent pas compte de la survie prévue de la population générale des enfants de l'Ontario du même âge et du même sexe au cours de la même période.

TENDANCES DE LA SURVIE PAR TYPE DE CANCER

Le ratio de survie relative pour tous les cancers combinés en Ontario a augmenté chaque décennie de 1984 à 2018, mais le taux d'augmentation a diminué de 2008 à 2018 par rapport aux périodes précédentes. Plus précisément, sur les 16,5 points de pourcentage d'augmentation entre 1984 et 2018, la plus grande amélioration de la survie s'est produite entre la période 1984 à 1988 et la période 1994 à 1998 (7,4 points de pourcentage), contre seulement 2,5 points de pourcentage entre la période 2004 à 2008 et la période 2014 à 2018 (tableau 6.2).

Tableau 6.2 Ratios de survie relative à cinq ans normalisés pour l'âge, par type de cancer et période, Ontario, de la période 1984 à 1988 à la période 2014 à 2018

Type de cancer	1984 à 1988 – RSR (%)	1984 à 1988 – 95% IC	1994 à 1998 – RSR (%)	1994 à 1998 – 95% IC	2004 à 2008 – RSR (%)	2004 à 2008 – 95% IC	2014 à 2018 – RSR (%)	2014 à 2018 – 95% IC
Tous les cancers	49.5	49.2–49.8	56.9	56.7–57.2	63.5	63.3–63.7	66.0	65.7–66.3
Cerveau et système nerveux								
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	26.4	25.0–27.9	29.8	28.4–31.2	34.0	32.7–35.4	30.8	29.0–32.6
Glioblastome	6.6	5.0–8.6	7.8	6.3–9.6	9.3	7.4–11.4	13.7	11.0–16.8
Tous les autres gliomes	27.4	25.1–29.7	33.4	30.7–36.2	39.7	37.3–42.1	44.6	41.0–48.2
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin	†	†	†	†	†	†	†	†
Méningiomes	†	†	†	†	†	†	†	†
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé	†	†	†	†	†	†	†	†
Sein et système génital								

Sein (femmes)	75.0	74.2– 75.9	84.2	83.6– 84.9	86.7	86.1–87.2	89.3	88.6–89.9
Col de l'utérus	64.5	62.4– 66.6	67.1	65.0– 69.1	67.7	65.5–69.8	70.4	67.3–73.2
Ovaire	31.0	29.3– 32.7	36.7	35.2– 38.3	42.2	40.7–43.7	43.1	41.1–45.1
Prostate	70.4	69.1– 71.7	88.2	87.5– 88.9	94.7	94.2–95.1	92.1	91.4–92.8
Testicule	83.9	79.1– 87.6	88.6	83.5– 92.1	93.4	89.6–95.9	92.6	84.5–96.6
Utérin	81.0	79.3– 82.6	82.2	80.8– 83.6	81.7	80.5–82.9	80.5	79.0–81.8
Utérus - endomètre	83.6	81.7– 85.3	84.8	83.3– 86.2	84.7	83.4–85.9	83.6	82.2–84.9
Utérus - sarcome utérin	45.3	33.5– 56.3	41.8	33.5– 49.8	39.9	32.4–47.2	36.3	27.2–45.4
Système digestif								
Colorectal	52.1	51.3– 52.8	57.2	56.5– 57.9	65.5	64.9–66.1	68.2	67.3–69.0
Colon à l'exclusion du rectum	54.1	53.2– 55.0	57.3	56.5– 58.2	65.6	64.9–66.3	67.3	66.3–68.3
Colon - côté gauche	55.4	53.9– 56.8	60.6	59.2– 61.9	69.6	68.5–70.7	70.2	68.6–71.8
Colon - côté droit	54.7	53.3– 56.0	57.5	56.2– 58.7	64.6	63.6–65.6	67.9	66.5–69.2
Rectum et jonction rectosigmoïde	48.4	47.1– 49.8	57.6	56.3– 58.8	65.5	64.4–66.5	69.2	67.7–70.6
Jonction rectosigmoïde	44.0	41.3– 46.7	58.2	55.9– 60.4	63.5	61.5–65.3	65.1	62.2–67.9
Rectum	50.0	48.4– 51.5	57.2	55.7– 58.7	66.2	64.9–67.4	70.4	68.7–72.0
Œsophage	13.5	11.6– 15.5	15.6	14.0– 17.4	16.2	14.7–17.7	20.9	18.7–23.2
Œsophage - adénocarcinome	12.6	9.3–16.5	12.5	10.3– 14.9	14.6	12.7–16.5	21.8	19.1–24.6
Œsophage - carcinome épidermoïde	12.1	9.8–14.7	17.3	14.6– 20.2	18.0	15.3–20.9	19.2	14.9–24.0
Foie	8.3	6.5–10.4	14.0	12.3– 15.8	23.8	22.2–25.4	23.3	21.6–25.1

Pancréas	7.3	6.4–8.2	9.0	8.1–9.9	10.9	10.0–11.8	15.0	13.8–16.3
Estomac	20.0	18.7– 21.3	23.9	22.6– 25.2	29.3	28.0–30.6	35.8	34.0–37.6
Tête et cou								
Larynx	63.4	60.1– 66.5	64.9	62.0– 67.7	65.5	62.8–68.1	63.6	59.4–67.6
Cavité buccale et pharynx	54.6	52.6– 56.5	55.5	53.6– 57.2	60.1	58.5–61.7	60.7	58.8–62.6
Lèvres et cavité buccale	68.2	65.6– 70.6	66.7	64.3– 69.1	67.4	65.2–69.5	63.9	61.2–66.4
Hypopharynx	19.4	15.0– 24.2	24.6	19.7– 29.8	33.2	27.8–38.7	†	†
Nasopharynx	47.8	42.1– 53.3	60.3	55.1– 65.1	65.7	61.1–69.9	66.9	59.7–73.2
Oropharynx	32.5	28.9– 36.1	41.1	37.5– 44.7	54.1	51.0–57.0	62.4	58.8–65.8
Thyroïde	84.6	82.0– 86.8	90.7	88.7– 92.4	96.1	95.1–96.9	98.0	97.4–98.5
Thyroïde - anaplasique	21.4	8.3–38.5	5.5	1.6– 12.8	36.0	30.1–42.0	†	†
Thyroïde - folliculaire	88.8	83.9– 92.3	90.4	84.9– 93.9	94.9	89.1–97.6	97.6	93.5–99.1
Thyroïde - médullaire	67.8	57.8– 75.9	81.0	68.2– 89.0	82.9	74.0–89.0	91.1	81.2–95.9
Thyroïde - papillaire	93.5	89.0– 96.2	96.8	93.2– 98.5	98.8	98.0–99.3	99.7	99.1–99.9
Hématologique								
Leucémie	39.2	37.6– 40.7	44.3	42.9– 45.7	55.9	54.7–57.1	64.0	62.5–65.5
Leucémie lymphocytaire aiguë	27.7	22.5– 33.2	29.5	24.5– 34.8	52.5	47.4–57.3	62.9	57.0–68.3
Leucémie monocyttaire aiguë	68.0	65.2– 70.5	72.5	70.3– 74.6	81.0	79.4–82.5	91.1	88.9–92.9
Leucémie myéloïde aiguë	4.1	0.8–12.3	14.8	9.1– 22.0	14.4	8.8–21.5	25.4	18.3–33.2
Leucémie lymphocytaire chronique	11.1	9.3–13.1	13.5	11.8– 15.4	16.3	14.8–17.9	26.3	23.8–29.0

Leucémie myéloïde chronique	27.9	24.1–31.7	33.2	29.8–36.7	59.4	55.8–62.8	61.0	57.0–64.7
Lymphome	50.3	48.8–51.8	52.0	50.8–53.2	64.0	63.0–65.0	72.5	71.4–73.5
Lymphome hodgkinien	72.4	69.9–74.6	79.9	77.7–81.9	82.9	80.9–84.7	86.5	84.1–88.5
Lymphome non hodgkinien	49.9	48.3–51.5	50.7	49.5–52.0	63.6	62.6–64.5	72.2	71.1–73.3
Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire	48.6	47.0–50.2	49.2	47.9–50.5	61.4	60.4–62.5	71.2	69.6–72.7
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	81.5	71.7–88.2	71.9	66.3–76.7	79.5	76.5–82.1	73.2	71.7–74.7
Myélome	31.9	29.7–34.1	34.9	33.1–36.8	44.2	42.5–45.9	58.1	56.1–60.1
Mélanome								
Mélanome cutané	83.6	82.2–85.0	84.4	83.3–85.5	87.7	86.8–88.4	91.4	90.5–92.2
Mélanome (non cutané)	76.2	70.6–80.8	83.6	78.3–87.7	79.2	74.7–82.9	76.7	70.8–81.6
Mélanome - muqueux	73.5	52.9–86.2	58.8	37.7–74.9	52.9	35.1–67.9	51.4	34.8–65.8
Mélanome - oculaire	76.2	70.3–81.0	85.8	80.4–89.8	81.8	77.5–85.4	83.3	77.3–87.8
Système thoracique								
Poumon	14.4	13.9–14.9	16.5	16.0–16.9	18.9	18.4–19.3	26.8	26.0–27.6
Poumon - adénocarcinome	19.7	18.4–21.0	21.9	20.8–22.9	25.5	24.6–26.4	32.5	31.2–33.7
Poumon - à grandes cellules	9.6	7.9–11.5	8.8	7.3–10.3	13.9	11.7–16.3	†	†
Poumon - à petites cellules	6.5	5.3–7.7	7.4	6.4–8.5	7.3	6.3–8.3	†	†
Poumon - à cellules squameuses	17.9	16.8–19.1	19.2	18.1–20.4	23.9	22.4–25.5	†	†

Système urinaire

Vessie	75.9	74.6– 77.2	73.1	71.8– 74.4	69.2	68.0–70.4	65.2	63.4–67.0
Rein	52.6	50.5– 54.6	61.8	60.0– 63.5	68.7	67.3–70.0	77.4	75.8–79.0

Abréviations : IC signifie intervalle de confiance ; RSR signifie ratio de survie relative.

Symbole : †Les statistiques n'ont pas pu être calculées.

Notes :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- La méthode de la période a été utilisée pour dériver les ratios de survie relative pour la période 2014 à 2018. La méthode de la cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.
- Valeurs d'incidence basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer et de l'association internationale des registres du cancer.
- Les ratios de survie relative ont été normalisés sur l'âge en utilisant les normes internationales de survie au cancer.
- 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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Entre la période 1984-1988 et la période 2014-2018, la plupart des cancers ont connu une augmentation de la survie (figure 6.2). Les gains en termes de survie étaient les plus importants pour les cancers suivants :

- myélome (augmentation de 26,2 points de pourcentage)
- cancer du rein (24,8)
- leucémie (24,8) et plusieurs sous-types
- lymphome (22,2) et plusieurs sous-types
- prostate (21,7)
- rectum et jonction rectosigmoïde (20,8)
- nasopharynx (19,1) et oropharynx (29,9)

Des augmentations notables ont également été observées pour les cancers suivants :

- colorectal (y compris ses sous-sites) (une augmentation de 16,1 points de pourcentage)
- estomac (15,8)
- foie (15,0)
- sein (14,3)
- thyroïde (13,4)
- poumon (12,4)

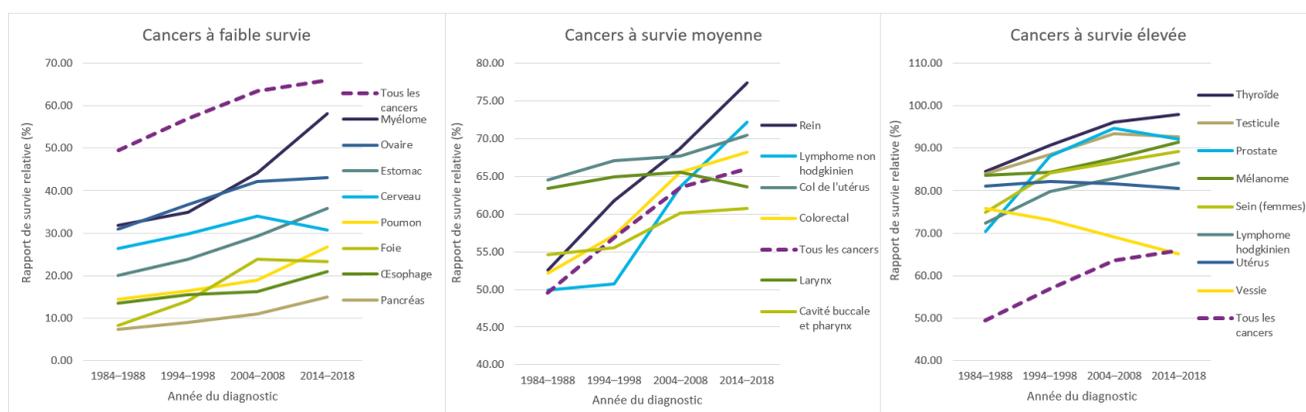
Des gains de survie moins importants ont été enregistrés pour les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et du larynx, ainsi que pour le mélanome de la peau.

Une tendance à la baisse de la survie a été observée pour les cancers suivants :

- mélanome des muqueuses (diminution de 22,1 points de pourcentage)
- poumon épidermique (17,9) et poumon à petites cellules (6,5)
- vessie (10,7 pour les cas de tumeurs malignes uniquement)
- lèvres et cavité buccale (4,3)

Si l'on compare les sous-sites du cancer colorectal, le taux de survie du cancer du rectum était inférieur à celui du cancer du côlon au cours de la période 1984-1988. 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 presque rattrapé celle du cancer du côlon entre 2014 et 2018. De même, les taux de survie des sous-sites pour les cancers 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 2014 à 2018, à l'exception de l'hypopharynx. Entre 2014 et 2018, la survie des lymphomes non hodgkiniens s'est également rapprochée de celle des lymphomes hodgkiniens, même si le lymphome hodgkinien présentait toujours un ratio de survie relative plus élevé.

Figure 6.2 Ratios de survie relative à cinq ans normalisés pour l'âge pour certains cancers, Ontario, 1984 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- La méthode de la période a été utilisée pour dériver les ratios de survie relative pour la période 2014 à 2018. La méthode de la cohorte a été utilisée pour toutes les autres périodes.
- Valeurs d'incidence basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer et de l'association internationale des registres du cancer.
- Les ratios de survie relative ont été normalisés sur l'âge en utilisant les normes internationales de survie au cancer.
- Le cancer de la vessie comprend uniquement les cas de tumeurs malignes (les cas de carcinome *in situ* de la vessie sont exclus).

SURVIE PAR DURÉE

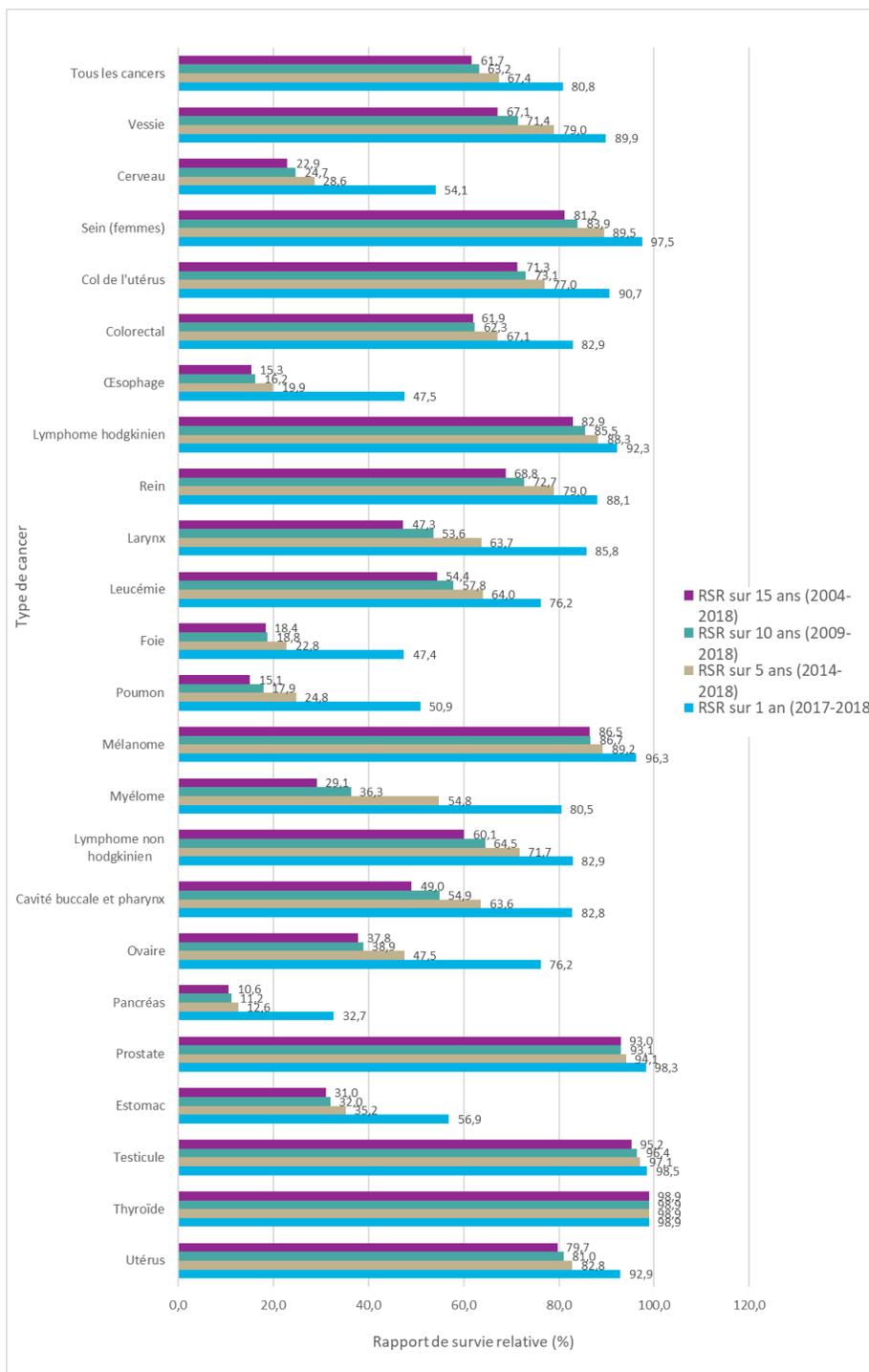
Entre 2014 et 2018, le ratio de survie relative, tous cancers confondus, était de 80,8% après 1 an, 67,4% après 5 ans, 63,2% après 10 ans et 61,7% après 15 ans (figure 6.3).

Comme pour la plupart des types de cancer individuels, la survie pour tous les cancers combinés a diminué le plus au cours de la première année après le diagnostic, suivie par des diminutions progressivement plus faibles de la survie au fur et à mesure de l'avancement du diagnostic. 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 4 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 1 an après le diagnostic était très élevé, à 97,5%. À 5 ans, le ratio de survie relative est tombé à 89,5%. La survie à 10 ans a légèrement diminué, passant à 83,9% et à 15 ans à 81,2%.
- Pour le cancer colorectal, le ratio de survie relative 1 an après le diagnostic était de 82,9%, mais il est tombé à 67,1% à 5 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre les ratios de survie relative à 10 ans et à 15 ans pour le cancer colorectal.
- Le cancer du poumon a connu l'une des plus fortes baisses de survie entre un et cinq ans après le diagnostic, passant de 50,9% à seulement 24,8%. La survie a continué à diminuer de manière significative pour atteindre 17,9% à 10 ans et 15,1% à 15 ans.
- La survie au cancer de la prostate a diminué de façon faible mais significative de 1 à 5 ans après le diagnostic, mais il n'y avait pas de différence significative entre la survie à 5 ans, 10 ans et 15 ans. En fait, les ratios de survie relative à 10 ans et à 15 ans étaient presque les mêmes (93,1% et 93,0%, respectivement).

Figure 6.3 Ratios de survie relative par type de cancer et durée de survie, Ontario



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Abréviation : RSR signifie ratio de survie relative.

Notes :

- 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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

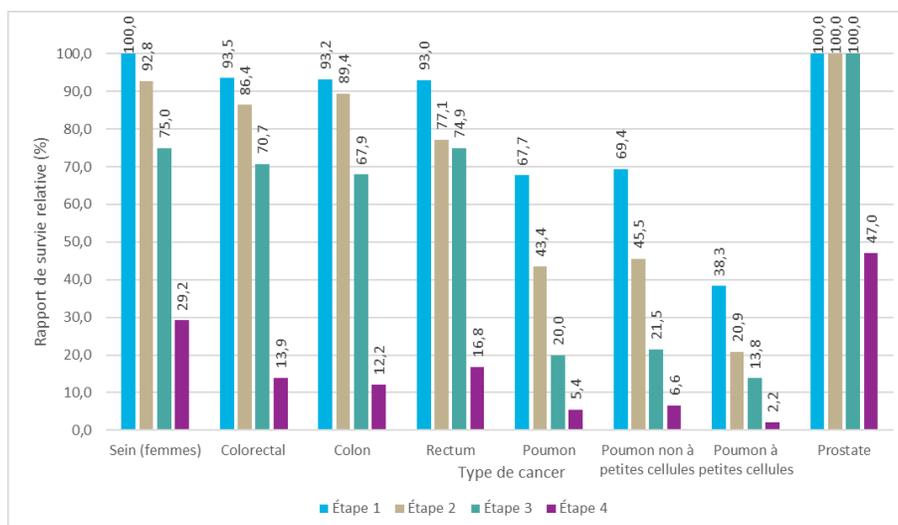
SURVIE PAR STADE

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 de la population en Ontario étaient disponibles de 2010 à 2018 pour les 4 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. Cette section se concentre sur les 4 cancers les plus courants.

La survie relative à cinq ans entre 2014 et 2018 a eu tendance à diminuer avec l'avancement du stade au moment du diagnostic (figure 6.4). Le niveau de diminution variait selon le type de cancer :

- Alors que les cas de cancer du sein diagnostiqués au stade 1 présentaient un taux de survie relative à 5 ans de 100,0%, le taux de survie relative tombait à seulement 29,2% pour les cas diagnostiqués au stade 4.
- Les cas de cancer colorectal diagnostiqués au stade 1 présentaient un taux de survie relative à 5 ans de 93,5%, qui diminuait à 86,4% pour les cas diagnostiqués au stade 2, 70,7% au stade 3 et seulement 13,9% au stade 4.
- Parmi les quatre cancers les plus fréquents, le cancer du poumon est celui dont le taux de survie est le plus faible à tous les stades. Même au stade 1, le taux de survie à 5 ans n'était que de 67,7%, et passait à 5,4% au stade 4.
- Le stade au moment du diagnostic est celui qui a le moins d'effet sur le cancer de la prostate. La survie à cinq ans pour les stades 1 à 3 était de 100,0% ; cependant, la survie chutait à 47,0% pour les cas diagnostiqués au stade 4.

Figure 6.4 Ratios de survie relative à cinq ans, selon le type de cancer et le stade au moment du diagnostic, Ontario, 2014 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- L'analyse a été limitée aux personnes âgées de 15 à 99 ans.
- Les cas sans données sur le groupe de stade ont été exclus de cette analyse.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

SURVIE CONDITIONNELLE

Les ratios de survie relative représentent la probabilité de survivre un nombre spécifique d'années après le diagnostic. Cependant, il est parfois utile de mesurer la survie à partir d'un moment autre que la date du diagnostic. Comme les personnes sont plus susceptibles de mourir 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 6.3 présente la survie à 5 ans après le diagnostic après avoir déjà survécu 0 (l'équivalent de la survie non conditionnelle), 1, 2, 3 et 4 ans.

Alors que le ratio de survie relative à 5 ans mesuré à partir du diagnostic pour tous les cancers confondus de 2014 à 2018 était de 67,2%, le ratio de survie relative à 5 ans est passé à 83,2% pour les personnes ayant survécu la première année après le diagnostic. Le taux de survie relative à 5 ans a augmenté pour chaque année de survie jusqu'à 4 ans après le diagnostic, où il était de 97,4%.

En général, une fois qu'une personne a survécu à la première année après le diagnostic, ses chances de survivre 5 ans continuent d'augmenter, mais cette augmentation diminue pour chaque année de survie. Par exemple, la survie à 5 ans pour le cancer colorectal augmente de 13,6% après avoir survécu la

première année (de 66,8% à 80,4%), mais n'augmente que de 7% après avoir survécu la deuxième année (de 80,4% à 87,1%).

Les personnes atteintes d'un cancer de mauvais pronostic (par exemple, cancer du pancréas, de l'œsophage, du foie, du poumon, de l'estomac, du cerveau) ont enregistré 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 5 ans pour le cancer du pancréas n'était que de 12,6% au moment du diagnostic, il est passé à 38,8% pour les personnes ayant survécu à leur première année. Les cancers de bon pronostic (par exemple, la thyroïde, les testicules, la prostate, le sein) ne présentaient qu'une faible différence dans le ratio de survie relative conditionnelle à un an, car la survie au moment du diagnostic était déjà élevée.

Tableau 6.3 Ratios de survie relative conditionnelle à 5 ans selon le type de cancer et le nombre d'années de survie, Ontario, 2014 à 2018

Type de cancer	0 ans survécu [†] – RSR (%)	0 ans survécu [†] – 95% IC	1 an survécu – RSR (%)	1 an survécu – 95% IC	2 ans survécu – RSR (%)	2 ans survécu – 95% IC	3 ans survécu – RSR (%)	3 ans survécu – 95% IC	4 ans survécu – RSR (%)	4 ans survécu – 95% IC
Tous les cancers	67.2	67.0–67.5	83.2	83.0–83.5	90.0	89.7–90.2	94.3	94.1–94.4	97.4	97.3–97.5
Cerveau et système nerveux										
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	28.6	26.8–30.5	52.4	49.6–55.0	75.4	72.4–78.1	87.9	85.4–90.0	95.2	93.4–96.5
Glioblastome	7.8	6.3–9.4	18.4	15.1–22.0	41.0	34.3–47.5	65.3	56.4–72.8	83.5	74.6–89.6
Tous les autres gliomes	55.9	52.1–59.5	71.9	67.9–75.4	83.6	80.0–86.7	91.0	88.0–93.3	96.4	94.2–97.8
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin	85.7	84.4–86.8	94.1	93.0–95.0	95.8	94.8–96.6	97.3	96.5–97.9	98.8	98.2–99.2
Méningiomes	92.1	90.0–93.8	95.7	93.7–97.1	96.5	94.6–97.7	97.4	95.8–98.4	98.6	97.3–99.3
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé	92.3	90.0–94.1	96.5	94.4–97.9	98.4	96.2–99.3	98.8	96.9–99.5	99.3	97.7–99.8
Sein et système génital										

Sein (femmes)	89.3	88.7– 89.8	91.6	91.1– 92.1	93.8	93.4– 94.2	95.9	95.5– 96.3	97.9	97.6– 98.2
Col de l'utérus	73.5	70.6– 76.1	82.6	79.9– 85.0	89.9	87.5– 91.9	94.4	92.4– 95.8	97.6	96.1– 98.5
Ovaire	47.7	45.7– 49.7	62.3	60.0– 64.5	73.7	71.3– 75.8	85.0	82.9– 86.8	92.6	90.9– 94.0
Prostate	94.0	93.4– 94.6	95.6	95.0– 96.1	97.2	96.6– 97.6	98.4	97.9– 98.7	99.3	99.0– 99.6
Testicule	97.1	95.6– 98.0	98.5	97.2– 99.2	99.1	97.9– 99.6	99.7	98.6– 99.9	99.9	99.2– 100.0
Utérin	82.7	81.6– 83.8	89.0	87.9– 89.9	93.4	92.5– 94.2	96.2	95.4– 96.8	98.5	97.9– 98.9
Utérus - endomètre	85.6	84.5– 86.7	90.1	89.1– 91.1	94.0	93.1– 94.8	96.4	95.6– 97.1	98.6	98.0– 99.0
Utérus - sarcome utérin	48.9	40.9– 56.5	64.5	54.9– 72.6	77.7	67.2– 85.2	86.4	75.5– 92.7	94.0	82.6– 98.0
Système digestif										
Colorectal	66.8	65.9– 67.6	80.4	79.6– 81.3	87.1	86.3– 87.9	92.8	92.1– 93.4	96.6	96.1– 97.1
Colon à l'exclusion du rectum	65.5	64.5– 66.6	80.8	79.7– 81.9	87.8	86.8– 88.8	93.5	92.6– 94.2	97.0	96.4– 97.6
Colon - côté gauche	69.5	67.9– 71.1	81.5	79.8– 83.0	87.0	85.5– 88.4	92.4	91.1– 93.5	96.2	95.2– 97.0
Colon - côté droit	66.8	65.4– 68.2	81.2	79.7– 82.5	88.7	87.4– 90.0	94.4	93.2– 95.4	97.7	96.8– 98.4
Rectum et jonction rectosigmoïde	69.5	68.1– 70.9	79.7	78.3– 81.1	85.8	84.5– 87.0	91.5	90.4– 92.5	95.8	95.0– 96.6
Jonction rectosigmoïde	65.0	62.0– 67.8	79.0	76.0– 81.6	85.0	82.3– 87.4	90.4	88.0– 92.3	94.6	92.7– 96.1
Rectum	70.9	69.2– 72.4	80.0	78.4– 81.5	86.1	84.6– 87.5	92.0	90.7– 93.1	96.3	95.3– 97.1
Œsophage	17.3	15.4– 19.3	37.7	33.9– 41.5	63.2	58.0– 67.9	80.7	75.5– 84.9	92.6	88.3– 95.3
Œsophage - adénocarcinome	18.3	15.8– 21.0	36.8	32.2– 41.3	63.1	56.6– 68.8	81.8	75.2– 86.7	93.7	88.4– 96.7
Œsophage - carcinome épidermoïde	16.6	13.2– 20.4	37.8	30.7– 44.8	60.9	50.9– 69.4	77.0	66.4– 84.6	89.4	79.7– 94.6
Foie	22.8	21.2– 24.5	48.9	45.9– 51.8	64.9	61.5– 68.1	78.0	74.6– 80.9	91.8	89.0– 93.8

Pancréas	12.6	11.5– 13.7	38.8	36.0– 41.6	63.3	59.4– 66.9	80.9	77.0– 84.3	92.9	89.7– 95.2
Estomac	34.4	32.5– 36.2	61.1	58.5– 63.7	80.2	77.4– 82.6	89.9	87.4– 92.0	95.8	93.8– 97.2
Tête et cou										
Larynx	63.4	59.5– 67.0	73.2	69.2– 76.8	81.8	77.9– 85.1	88.2	84.6– 91.0	94.1	91.1– 96.1
Cavité buccale et pharynx	63.7	62.0– 65.4	76.4	74.6– 78.0	85.1	83.5– 86.6	91.6	90.1– 92.8	96.6	95.5– 97.4
Lèvres et cavité buccale	65.1	62.5– 67.6	77.9	75.3– 80.3	86.6	84.1– 88.7	92.6	90.4– 94.2	97.2	95.6– 98.3
Hypopharynx	30.1	23.0– 37.5	49.7	39.2– 59.3	69.3	57.1– 78.7	79.7	67.6– 87.6	94.4	81.6– 98.4
Nasopharynx	68.4	61.9– 74.0	78.6	72.0– 83.8	84.9	78.4– 89.6	91.6	85.8– 95.2	97.0	92.1– 98.9
Oropharynx	67.6	64.8– 70.2	78.3	75.5– 80.8	85.7	83.1– 88.0	91.9	89.5– 93.7	96.5	94.7– 97.8
Thyroïde	98.9	98.5– 99.1	100.0	99.7– 100.0	99.9	98.8– 100.0	99.9	99.7– 100.0	100.0	‡
Thyroïde - anaplasique	5.9	1.3–15.7	32.6	7.2– 61.9	84.2	25.3– 97.9	100.0	‡	100.0	‡
Thyroïde - folliculaire	98.4	92.1– 99.7	99.5	73.2– 100.0	99.6	85.6– 100.0	99.7	96.3– 100.0	100.0	‡
Thyroïde - médullaire	90.4	79.6– 95.6	89.7	79.3– 95.0	91.6	81.7– 96.3	94.7	85.7– 98.1	100.0	‡
Thyroïde - papillaire	99.9	99.7– 100.0	100.0	‡	100.0	‡	100.0	99.2– 100.0	100.0	‡
Hématologique										
Leucémie	64.9	63.4– 66.3	83.3	81.8– 84.7	90.2	88.8– 91.4	94.5	93.3– 95.5	97.2	96.3– 97.9
Leucémie lymphocytaire aiguë	76.6	72.6– 80.1	89.1	85.6– 91.8	93.4	90.4– 95.5	96.6	94.0– 98.1	98.7	96.5– 99.5
Leucémie monocytaire aiguë	91.1	88.8– 93.0	94.8	92.6– 96.3	95.4	93.4– 96.8	96.7	94.9– 97.9	98.1	96.6– 99.0
Leucémie myéloïde aiguë	25.8	18.0– 34.3	58.3	41.8– 71.6	78.1	56.4– 89.8	90.2	68.7– 97.2	96.8	76.5– 99.6
Leucémie lymphocytaire chronique	28.4	25.7– 31.1	55.0	50.7– 59.2	73.9	69.0– 78.2	87.3	82.7– 90.7	94.7	90.9– 97.0

Leucémie myéloïde chronique	62.9	58.7–66.8	75.5	71.1–79.3	84.6	80.3–88.0	92.6	88.9–95.2	96.8	93.7–98.4
Lymphome	73.4	72.4–74.4	87.3	86.3–88.2	92.3	91.4–93.1	95.4	94.7–96.1	97.9	97.3–98.3
Lymphome hodgkinien	88.2	85.8–90.3	95.1	93.0–96.6	96.9	95.0–98.1	98.5	96.8–99.3	99.4	97.8–99.8
Lymphome non hodgkinien	71.9	70.7–72.9	86.4	85.3–87.4	91.7	90.7–92.5	95.0	94.2–95.7	97.7	97.1–98.2
Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire	72.3	70.7–73.8	87.0	85.5–88.4	91.7	90.2–92.9	95.0	93.7–96.0	97.5	96.6–98.2
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	71.4	69.9–73.0	85.7	84.2–87.1	91.7	90.3–92.9	95.0	93.8–96.0	97.9	97.0–98.5
Myélome	54.8	52.6–56.9	67.8	65.4–70.1	73.7	71.3–75.9	81.5	79.2–83.6	89.5	87.5–91.2
Mélanome										
Mélanome cutané	88.7	87.6–89.7	92.1	91.0–93.0	94.9	94.0–95.7	96.8	96.1–97.5	98.3	97.7–98.8
Mélanome (non cutané)	73.3	67.3–78.3	77.6	71.7–82.5	82.0	76.1–86.5	90.2	84.8–93.7	95.4	90.6–97.7
Mélanome - muqueux	47.0	34.1–58.9	59.1	43.4–71.7	67.5	50.5–79.8	82.8	63.1–92.5	89.8	68.5–97.0
Mélanome - oculaire	80.5	73.8–85.6	81.7	75.2–86.7	85.0	78.6–89.6	91.5	85.7–95.0	96.2	91.1–98.4
Système thoracique										
Poumon	24.8	24.1–25.4	49.8	48.7–50.9	66.4	65.1–67.6	79.0	77.7–80.2	90.0	89.0–91.0
Poumon - adénocarcinome	32.6	31.5–33.7	54.6	53.0–56.1	69.6	67.9–71.2	80.3	78.7–81.9	89.9	88.5–91.1
Poumon - à grandes cellules	21.5	16.7–26.8	46.2	36.8–55.0	65.0	53.8–74.1	81.2	69.9–88.5	93.2	83.4–97.3
Poumon - à petites cellules	6.9	5.9–8.1	21.4	18.4–24.6	45.1	39.5–50.4	69.2	62.2–75.1	89.1	83.0–93.1
Poumon - à cellules squameuses	24.9	23.3–26.5	45.6	43.0–48.1	61.6	58.5–64.5	75.7	72.5–78.5	88.0	85.2–90.3

Système urinaire										
Vessie	79.1	77.8– 80.2	88.0	86.9– 89.1	92.3	91.3– 93.3	95.2	94.3– 96.0	97.5	96.8– 98.1
Rein	79.0	77.7– 80.3	89.8	88.5– 90.9	93.0	91.9– 94.0	95.3	94.3– 96.1	97.9	97.1– 98.4

Abréviations : IC signifie intervalle de confiance ; RSR signifie ratio de survie relative.

† Zéro année survécue est l'équivalent d'une survie non conditionnelle.

‡ L'estimation n'a pas pu être calculée.

Notes :

- 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 des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Références

1. Dickman PW, Adami HO. Interpreting trends in cancer patient survival. (Interprétation des tendances de la survie des patients atteints de cancer.) J Intern Med. 2006;260(2) :103–17.
2. Richards MA, Stockton D, Babb P, Coleman MP. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival? (Combien de décès ont été évités grâce à l'amélioration de la survie au cancer ?) BMJ. 2000;320(7239) :895–8.
3. Cho H, Mariotto AB, Schwartz LM, Luo J, Woloshin S. When do changes in cancer survival mean progress? (Quand l'évolution de la survie au cancer est-elle synonyme de progrès ?) The insight from population incidence and mortality. (L'aperçu de l'incidence et de la mortalité de la population.) J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;2014(49) :187–97.
4. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. (Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.) Canadian Cancer Statistics : a 2018 special report on cancer incidence by stage. (Statistiques canadiennes sur le cancer : un rapport spécial 2018 sur l'incidence du cancer par stade.) Toronto : Canadian Cancer Society; 2018.
5. Nishri D. The mystery of Ontario's unusually high pancreatic survival rate. (Le mystère du taux exceptionnellement élevé de survie au pancréas en Ontario.) PowerPoint présenté à : Building Bridges for Cancer Surveillance : 25 Years of Progress. NAACCR 2012 Conference; 2012 June 1-9; Portland, OR. Disponible sur : <http://www.naacr.org/wp-content/uploads/2016/11/Diane-Nishri-session3D-.pdf>
6. Sakurai H, Asamura H, Goya T, Eguchi K, Nakanishi Y, Sawabata N, et al.; 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. (Différences de survie selon le sexe pour le cancer du poumon non à petites cellules résectionné : une analyse rétrospective de 12 509 cas dans une étude du registre japonais du cancer du poumon.) J Thorac Oncol. 2010;5(10) :1594–601.
7. Nakamura H, Ando K, Shinmyo T, Morita K, Mochizuki A, Kurimoto N, et al. Female gender is an independent prognostic factor in non-small-cell lung cancer : a meta-analysis. (Le sexe féminin est un facteur pronostique indépendant dans le cancer du poumon non à petites cellules : une méta-analyse.) Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2011;17(5) :469–80.
8. Crocetti E, Fancelli L, Manneschi G, Caldarella A, Pimpinelli N, Chiarugi A, et al. Melanoma survival : sex does matter, but we do not know how. (Survie au mélanome : le sexe compte, mais nous ne savons pas comment.) Eur J Cancer Prev. 2016;25(5) :404–9.
9. Jooisse A, de Vries E, Eckel R, Nijsten T, Eggermont AM, Holzel D, et al.; for the Munich Melanoma Group. Gender differences in melanoma survival : female patients have a decreased

- risk of metastasis. (Différences entre les sexes dans la survie des mélanomes : les patients féminins ont un risque moindre de métastases.) *J Invest Dermatol.* 2011;131(3) :719–26.
10. Schwartz MR, Luo L, Berwick M. Sex differences in melanoma. (Différences entre les sexes face au mélanome.) *Curr Epidemiol Rep.* 2019;6(2) :112–8.
 11. van Kempen LC, Redpath M, Elchebly M, Klein KO, Papadakis AI, Wilmott JS, et al. The protein phosphatase 2A regulatory subunit PR70 is a gonosomal melanoma tumor suppressor gene. (La sous-unité PR70 de régulation de la protéine phosphatase 2A est un gène suppresseur de tumeur de mélanome gonosomal.) *Sci Transl Med.* 2016;8(369) :369ra177.
 12. Dobruch J, Daneshmand S, Fisch M, Lotan Y, Noon AP, Resnick MJ, et al. Gender and bladder cancer : a collaborative review of etiology, biology, and outcomes. (Le sexe et le cancer de la vessie : une revue collaborative de l'étiologie, de la biologie et des résultats.) *Eur Urol.* 2016;69(2) :300–10.
 13. Bilski K, Zapala Ł, Skrzypczyk MA, Oszczudłowski M, Dobruch J. Review on gender differences in non-muscle invasive bladder cancer. (Examen des différences entre les sexes dans le cancer de la vessie non invasif sur le plan musculaire.) *Transl Androl Urol.* 2019;8(1) :12–20.
 14. Quaglia A, Tavilla A, Shack L, Brenner H, Janssen-Heijnen M, Allemani C, et al.; EURO CARE Working Group. The cancer survival gap between elderly and middle-aged patients in Europe is widening. (L'écart de survie au cancer entre les patients âgés et d'âge moyen se creuse en Europe.) *Eur J Cancer.* 2009;45(6) :1006–16.

Ch. 7 : Prévalence du cancer

La prévalence du cancer mesure le nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué et qui sont encore en vie. 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 au 1er janvier 2019.

Il y a plus de personnes vivant avec un diagnostic de cancer en Ontario qu'il y a 20 ans. La prévalence du cancer - le nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué et qui sont encore en vie à un moment donné - est fonction de l'incidence du cancer et de la survie à ce dernier. Avec l'augmentation de l'incidence et l'amélioration de la survie, la prévalence du cancer au fil du temps a également augmenté en Ontario, une province dont la population est estimée à 14,7 millions d'habitants en 2020.

Comme 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 comment répartir au mieux les ressources en matière de diagnostic, de traitement et de soins.(1)

Ce chapitre présente des valeurs de prévalence basées sur des personnes et de durée limitée. La prévalence du cancer « à durée limitée » décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (appelée date d'index) chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'un certain nombre d'années antérieures (par exemple, 2 ans, 5 ans, 10 ans, 30 ans). Ces informations sont directement mesurées à partir des observations du registre et n'incluent pas les cas prévalents diagnostiqués avant le début de la période à durée limitée. Ce rapport utilise une date d'index (c'est-à-dire une date de référence) du 1er janvier 2019 et se concentre sur la prévalence à long terme (10 et 30 ans). On parle de valeur de prévalence « basée sur la personne » lorsqu'une personne atteinte de cancer n'est comptée qu'une seule fois, même si elle a reçu plus d'un diagnostic de cancer.

Les valeurs de prévalence basées sur la durée sont importantes pour comprendre l'impact du cancer sur le système de santé. Au cours des deux premières années suivant le diagnostic de cancer, les principaux services de soins de santé utilisés par une personne sont liés au traitement primaire. Au cours des trois prochaines années, les services de soins de santé consisteront principalement en une évaluation clinique pour voir si le cancer est revenu. Au cours des 5 prochaines années, les services de suivi seront principalement accessibles.

Les personnes vivant avec un cancer (cas prévalents) dont le diagnostic de cancer a été posé au cours des 10 dernières années ou plus sont considérées comme des survivants à long terme. Leur expérience

du cancer est souvent importante pour comprendre les effets à long terme (ou tardifs) d'un diagnostic de cancer et l'utilisation associée des services de santé. Une période de 30 ans constitue une fenêtre temporelle raisonnable pour comptabiliser tous les survivants adultes du cancer et la plupart des survivants enfants du cancer.

PRÉVALENCE PAR SEXE ET TYPE DE CANCER

À la fin de 2018 (à la date d'indexation du 1er janvier 2019), on estime que 411 158 personnes (29 pour 100 000 personnes) vivant en Ontario avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 10 années précédentes (depuis 2009) (tableau 7.1).

Si l'on considère les personnes diagnostiquées au cours des 30 années précédentes (depuis 1989), 676 509 personnes en Ontario étaient encore en vie à la fin de 2018, soit une proportion de prévalence de 4 689,3 pour 100 000. Parmi ces personnes, 52,5% de celles qui ont été diagnostiquées au cours des 10 dernières années et 53,8% de celles qui ont été diagnostiquées au cours des 30 dernières années étaient des femmes, même si les taux d'incidence globale du cancer sont plus élevés chez les hommes (voir [le chapitre 1 : Estimation de l'incidence actuelle du cancer](#) et [le chapitre 4 : Incidence du cancer](#)). Cet écart reflète en grande partie la prévalence plus élevée des cancers de la thyroïde et du poumon chez les femmes survivantes, car elles ont une incidence plus élevée du cancer de la thyroïde et un taux de survie plus élevé pour le cancer du poumon que les hommes. 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 7.1 Prévalence de la durée limitée, selon le type de cancer et le sexe, Ontario, 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Valeur de la prévalence sur 10 ans	Hommes et femmes confondus – Proportion de prévalence sur 10 ans	Hommes et femmes confondus – Valeur de la prévalence sur 30 ans	Hommes et femmes confondus – Proportion de prévalence sur 30 ans	Hommes – Valeur de la prévalence sur 10 ans	Hommes – Proportion de prévalence sur 10 ans	Hommes – Valeur de la prévalence sur 30 ans	Hommes – Proportion de prévalence sur 30 ans	Femmes – Valeur de la prévalence sur 10 ans	Femmes – Proportion de prévalence sur 10 ans	Femmes – Valeur de la prévalence sur 30 ans	Femmes – Proportion de prévalence sur 30 ans
Tous les cancers	411,158	2,850.0	676,509	4,689.3	195,257	2,741.0	312,800	4,391.1	215,901	2,956.3	363,709	4,980.2
Cerveau et système nerveux												
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	3,513	24.4	7,024	48.7	1,939	27.2	3,724	52.3	1,574	21.6	3,300	45.2
Glioblastome	846	5.9	1,025	7.1	493	6.9	589	8.3	353	4.8	436	6.0
Tous les autres gliomes	1,720	11.9	3,383	23.5	938	13.2	1,788	25.1	782	10.7	1,595	21.8
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin†	15,910	110.3	15,916	110.3	6,443	90.5	6,446	90.5	9,467	129.6	9,470	129.7
Méningiomes†	5,113	35.4	5,115	35.5	1,468	20.6	1,468	20.6	3,645	49.9	3,647	49.9
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé†	4,119	28.6	4,120	28.6	1,996	28.0	1,997	28.0	2,123	29.1	2,123	29.1
Sein et système génital												
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	78,182	1,070.5	141,829	1,942.0
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	s	.o.	s	4,285	58.7	10,306	141.1
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	s	.o.	s	5,810	79.6	10,277	140.7
Prostate	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	72,124	1,012.5	4	125,80	1,766.0	.o.	s.o.
Testicule	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	3,835	53.8	9,087	127.6	.o.	.o.	s.o.

Utérin	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	.o.	s	o.	s	.o.	s	19,749	270.4	32,438	444.2
Utérus - endomètre	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	.o.	s	o.	s	.o.	s	18,757	256.8	30,104	412.2
Utérus - sarcome utérin	s.o.	s.o.	s.o.	.o.	s	.o.	s	o.	s	.o.	s	392	5.4	790	10.8
Système digestif															
Colorectal	45,542	315.7	74,831	518.7	24,836	348.7	39,951	560.8	20,706	283.5	34,880	477.6			
Colon à l'exclusion du rectum	30,158	209.0	49,572	343.6	15,586	218.8	25,033	351.4	14,572	199.5	24,539	336.0			
Colon - côté gauche	12,366	85.7	21,417	148.5	7,082	99.4	11,788	165.5	5,284	72.4	9,629	131.9			
Colon - côté droit	17,199	119.2	26,490	183.6	8,178	114.8	12,351	173.4	9,021	123.5	14,139	193.6			
Rectum et jonction rectosigmoïde	16,306	113.0	26,547	184.0	9,826	137.9	15,689	220.2	6,480	88.7	10,858	148.7			
Jonction rectosigmoïde	4,077	28.3	7,290	50.5	2,441	34.3	4,167	58.5	1,636	22.4	3,123	42.8			
Rectum	12,229	84.8	19,257	133.5	7,385	103.7	11,522	161.8	4,844	66.3	7,735	105.9			
Œsophage	1,828	12.7	2,354	16.3	1,390	19.5	1,740	24.4	438	6.0	614	8.4			
Œsophage - adénocarcinome	1,152	8.0	1,397	9.7	992	13.9	1,198	16.8	160	2.2	199	2.7			
Œsophage - carcinome épidermoïde	544	3.8	746	5.2	308	4.3	404	5.7	236	3.2	342	4.7			
Foie	2,992	20.7	3,955	27.4	2,186	30.7	2,884	40.5	806	11.0	1,071	14.7			
Pancréas	2,963	20.5	3,787	26.3	1,524	21.4	1,901	26.7	1,439	19.7	1,886	25.8			
Estomac	4,864	33.7	7,120	49.4	2,997	42.1	4,303	60.4	1,867	25.6	2,817	38.6			
Tête et cou															
Larynx	2,306	16.0	3,943	27.3	1,967	27.6	3,325	46.7	339	4.6	618	8.5			
Cavité buccale et pharynx	9,534	66.1	14,908	103.3	6,694	94.0	10,253	143.9	2,840	38.9	4,655	63.7			

Lèvres et cavité buccale	4,664	32.3	7,566	52.4	2,870	40.3	4,722	66.3	1,794	24.6	2,844	38.9
Hypopharynx	299	2.1	404	2.8	244	3.4	318	4.5	55	0.8	86	1.2
Nasopharynx	742	5.1	1,455	10.1	515	7.2	986	13.8	227	3.1	469	6.4
Oropharynx	3,679	25.5	5,155	35.7	2,958	41.5	4,032	56.6	721	9.9	1,123	15.4
Thyroïde	27,856	193.1	46,896	325.1	6,443	90.5	10,057	141.2	21,413	293.2	36,839	504.4
Thyroïde - anaplasique	23	0.2	35	0.2	8	0.1	10	0.1	15	0.2	25	0.3
Thyroïde - folliculaire	897	6.2	2,051	14.2	226	3.2	465	6.5	671	9.2	1,586	21.7
Thyroïde - médullaire	315	2.2	587	4.1	129	1.8	223	3.1	186	2.6	364	5.0
Thyroïde - papillaire	26,251	182.0	42,507	294.6	5,988	84.1	9,013	126.5	20,263	277.5	33,494	458.6
Hématologique												
Leucémie	12,906	89.5	20,792	144.1	7,546	105.9	11,947	167.7	5,360	73.4	8,845	121.1
Leucémie lymphocytaire aiguë	1,556	10.8	3,350	23.2	908	12.8	1,924	27.0	648	8.9	1,426	19.5
Leucémie monocytaire aiguë	6,623	45.9	9,716	67.4	4,012	56.3	5,747	80.7	2,611	35.8	3,969	54.4
Leucémie myéloïde aiguë	110	0.8	168	1.2	52	0.7	82	1.2	58	0.8	86	1.2
Leucémie lymphocytaire chronique	1,588	11.0	2,591	18.0	810	11.4	1,294	18.2	778	10.7	1,297	17.8
Leucémie myéloïde chronique	1,746	12.1	2,741	19.0	990	13.9	1,537	21.6	756	10.4	1,204	16.5
Lymphome	26,749	185.4	43,277	300.0	14,461	203.0	22,939	322.0	12,288	168.3	20,338	278.5
Lymphome hodgkinien	3,269	22.7	7,762	53.8	1,737	24.4	4,065	57.1	1,532	21.0	3,697	50.6
Lymphome non hodgkinien	23,517	163.0	35,569	246.6	12,747	178.9	18,906	265.4	10,770	147.5	16,663	228.2
Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire	12,254	84.9	22,546	156.3	6,605	92.7	11,872	166.7	5,649	77.4	10,674	146.2

Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	11,282	78.2	13,049	90.5	6,155	86.4	7,052	99.0	5,127	70.2	5,997	82.1
Myélome	6,170	42.8	7,489	51.9	3,417	48.0	4,099	57.5	2,753	37.7	3,390	46.4
Mélanome												
Mélanome cutané	24,312	168.5	41,635	288.6	12,762	179.2	20,681	290.3	11,550	158.2	20,954	286.9
Mélanome (non cutané)	1,016	7.0	1,711	11.9	503	7.1	857	12.0	513	7.0	854	11.7
Mélanome - muqueux	171	1.2	209	1.5	57	0.8	60	0.8	114	1.6	149	2.0
Mélanome - oculaire	845	5.9	1,502	10.4	446	6.3	797	11.2	399	5.5	705	9.7
Système thoracique												
Poumon	23,488	162.8	30,246	209.7	10,217	143.4	13,361	187.6	13,271	181.7	16,885	231.2
Poumon - adénocarcinome	12,243	84.9	15,007	104.0	4,714	66.2	5,721	80.3	7,529	103.1	9,286	127.2
Poumon - à grandes cellules	347	2.4	543	3.8	172	2.4	267	3.8	175	2.4	276	3.8
Poumon - à petites cellules	1,304	9.0	1,628	11.3	576	8.1	738	10.4	728	10.0	890	12.2
Poumon - à cellules squameuses	4,262	29.5	5,447	37.8	2,526	35.5	3,299	46.3	1,736	23.8	2,148	29.4
Système urinaire												
Vessie	11,312	78.4	18,908	131.1	8,915	125.2	14,494	203.5	2,397	32.8	4,414	60.4
Rein	14,701	101.9	22,655	157.0	9,396	131.9	13,959	196.0	5,305	72.6	8,696	119.1

Symboles :

**Supprimé en raison du faible nombre de cas (nombre inférieur à 6).

†Selon le programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux, ne reflète que la prévalence sur 9 ans (2010 à 2018).

Notes :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur l'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.
- Les proportions de prévalence sont pour 100 000.

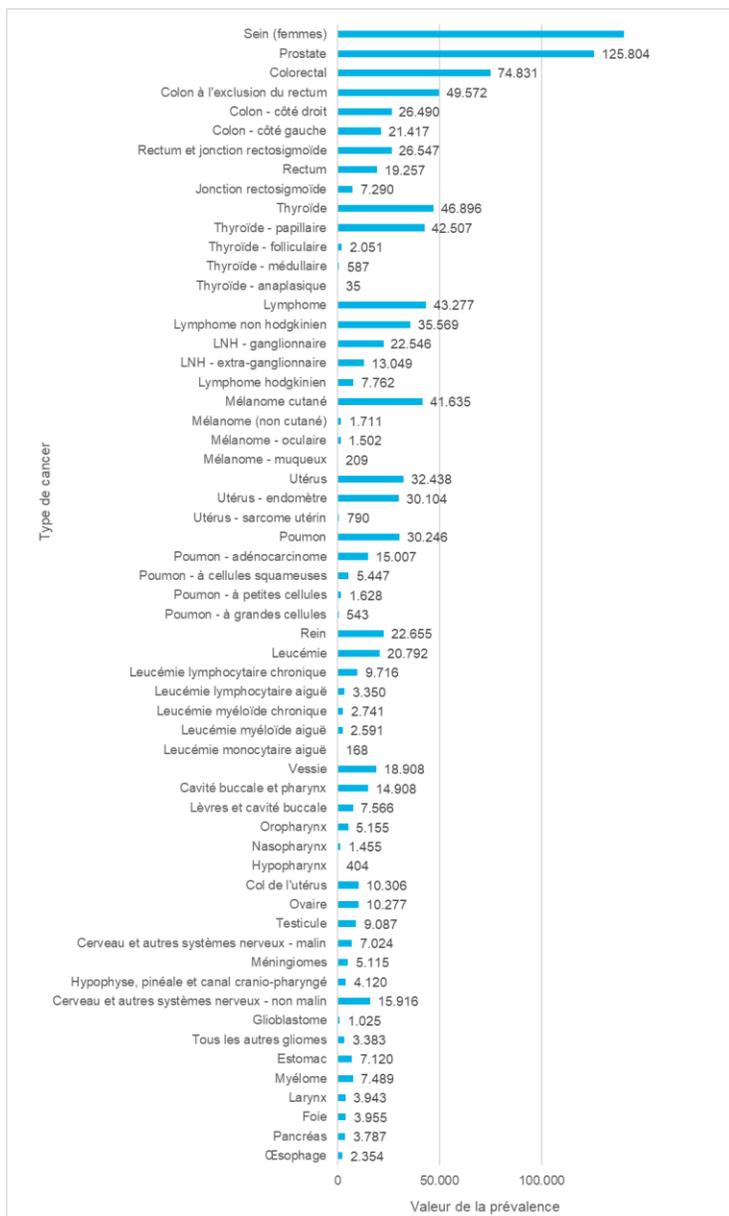
- On ne compte que le premier cancer d'un type donné chez un individu (pour les personnes qui ont plusieurs épisodes de cancer).
- La somme des valeurs pour les sous-sites de cancer peut ne pas correspondre au total car tous les sous-sites ne sont pas inclus.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Le cancer du sein féminin a été le plus grand contributeur à la prévalence à 30 ans, représentant 141 829 survivants à la fin de 2018 (figure 7.1). Le cancer de la prostate (125 804) et le cancer colorectal (74 831) étaient les types de cancer les plus répandus ensuite. Le cancer du poumon, bien qu'étant le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué, ne se classe qu'au huitième rang en termes de prévalence en raison de son faible taux de survie. Il a été dépassé par plusieurs cancers à survie plus élevée, malgré leur incidence annuelle plus faible : cancer de la thyroïde, lymphome, mélanome et cancer de l'utérus.

Figure 7.1 Prévalence à 30 ans par type de cancer, Ontario, 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Notes :

- La prévalence pour tous les cancers est de 676 509.
- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.

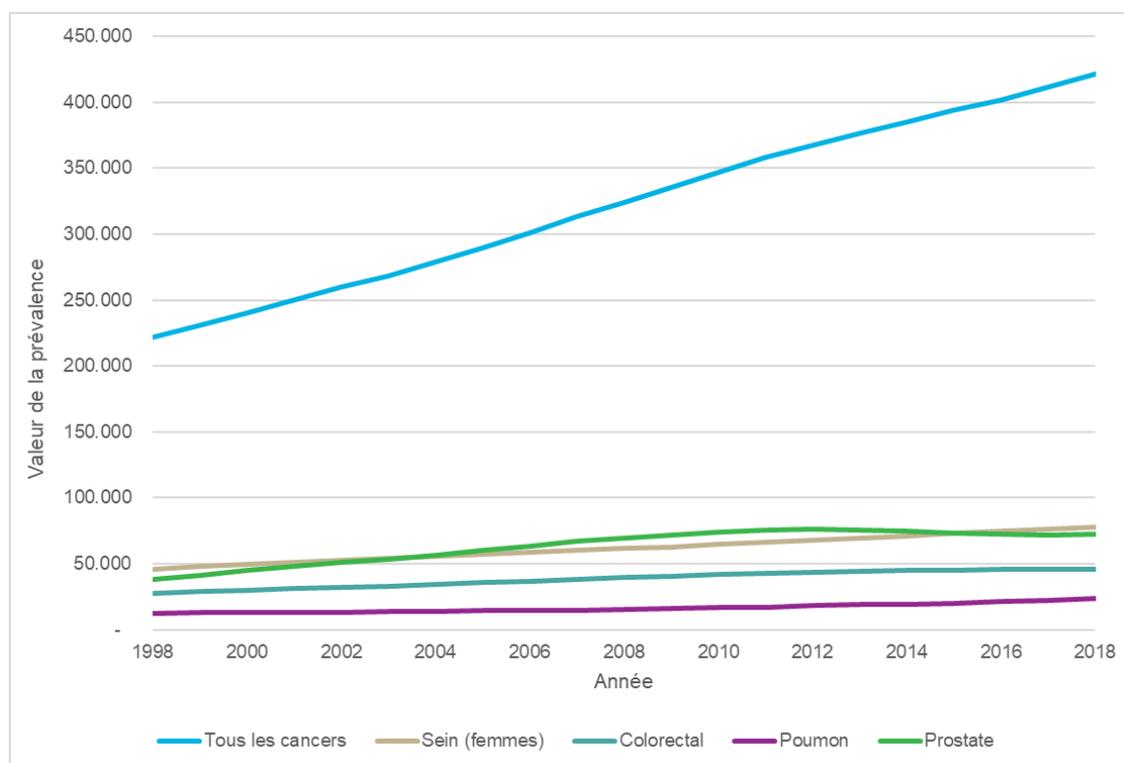
Analyse par : Surveillance, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

TENDANCES DE LA PRÉVALENCE PAR TYPE DE CANCER

L'augmentation dans le temps de la prévalence sur 10 ans des cancers les plus courants et de tous les cancers combinés est illustrée à la figure 7.2. Le taux d'augmentation de la prévalence varie fortement selon le type de cancer. Les augmentations les plus importantes concernaient les cancers de la prostate et du sein féminin, dont le taux de survie était plus élevé, tandis que les plus faibles concernaient les cancers colorectaux et du poumon.

Figure 7.2 Tendance de la prévalence sur dix ans par type de cancer, Ontario, 1998 à 2018



Téléchargez [lien vers le fichier Excel] pour visualiser ces données.

Remarque : Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Dans l'ensemble, la prévalence de tous les types de cancer, à l'exception du cancer du larynx, a augmenté chaque décennie entre 1998, 2008 et 2018 (tableau 7.2). Cependant, par sexe, la prévalence de certains cancers était relativement stable.

Chez les femmes, la prévalence des cancers du col de l'utérus et de la vessie a très peu changé au cours des trois périodes, mais pour des raisons différentes. Pour le cancer de la vessie, l'incidence a augmenté, tandis que la survie a diminué. Pour le cancer du col de l'utérus, la survie a peu changé au fil du temps (voir **Chapitre 6 : Survie du cancer**).

Chez les hommes, la prévalence des cancers du larynx, des lèvres et de la cavité buccale, ainsi que du carcinome épidermique du poumon, est restée relativement stable.

Tableau 7.2 Prévalence à dix ans par type de cancer, sexe et période, Ontario, 1998, 2008 et 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Valeur (1998)	Hommes et femmes confondus – Proportion (1998)	Hommes et femmes confondus – Valeur (2008)	Hommes et femmes confondus – Proportion (2008)	Hommes et femmes confondus – Valeur (2018)	Hommes et femmes confondus – Proportion (2018)	Hommes – Valeur (1998)	Hommes – Proportion (1998)	Hommes – Valeur (2008)	Hommes – Proportion (2008)	Hommes – Valeur (2018)	Hommes – Proportion (2018)	Femmes – Valeur (1998)	Femmes – Proportion (1998)	Femmes – Valeur (2008)	Femmes – Proportion (2008)	Femmes – Valeur (2018)	Femmes – Proportion (2018)
Tous les cancers	221,749	1,939.2	322,726	2,493.8	411,158	2,850.0	105,988	1,879.1	160,954	2,528.3	195,257	2,741.0	115,761	1,997.6	161,772	2,460.5	215,901	2,956.3
Cerveau et système nerveux																		
Cerveau et autres systèmes nerveux - malin	2,862	25.0	3,499	27.0	3,513	24.4	1,529	27.1	1,850	29.1	1,939	27.2	1,333	23.0	1,649	25.1	1,574	21.6
Glioblastome	366	3.2	519	4.0	846	5.9	213	3.8	304	4.8	493	6.9	153	2.6	215	3.3	353	4.8
Tous les autres gliomes	1,336	11.7	1,574	12.2	1,720	11.9	739	13.1	817	12.8	938	13.2	597	10.3	757	11.5	782	10.7
Cerveau et autres systèmes nerveux - non-malin†	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	15,910	110.3	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	6,443	90.5	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	9,467	129.6
Méningiomes‡	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	5,113	35.4	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,468	20.6	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3,645	49.9
Hypophyse, pinéale et canal crano-pharyngé‡	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	4,119	28.6	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,996	28.0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2,123	29.1

Sein et système génital																			
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.	s.o.	46,149	796.4	61,593	936.8	78,182	1,070.5
Col de l'utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	4,078	70.4	3,982	60.6	4,285	58.7								
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3,606	62.2	4,972	75.6	5,810	79.6								
Prostate	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	38,483	682.3	69,338	1,089.2	72,124	1,012.5	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Testicule	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2,545	45.1	3,167	49.8	3,835	53.8	s.o.	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.	s.o.	8,687	149.9	12,073	183.6	19,749	270.4
Utérus - 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.	s.o.	7,697	132.8	10,925	166.2	18,757	256.8
Utérus - sarcome 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.	s.o.	268	4.6	349	5.3	392	5.4
Système digestif																			
Colorectal	27,793	243.1	39,536	305.5	45,542	315.7	14,296	253.5	21,265	334.0	24,836	348.7	13,497	232.9	18,271	277.9	20,706	283.5	
Colon à l'exclusion du rectum	18,935	165.6	26,083	201.6	30,158	209.0	9,128	161.8	13,104	205.8	15,586	218.8	9,807	169.2	12,979	197.4	14,572	199.5	
Colon - côté gauche	8,216	71.9	11,307	87.4	12,366	85.7	4,353	77.2	6,301	99.0	7,082	99.4	3,863	66.7	5,006	76.1	5,284	72.4	

Colon - côté droit	9,414	82.3	13,712	106.0	17,199	119.2	4,105	72.8	6,223	97.8	8,178	114.8	5,309	91.6	7,489	113.9	9,021	123.5
Rectum et jonction rectosigmoïde	8,991	78.6	13,685	105.8	16,306	113.0	5,240	92.9	8,300	130.4	9,826	137.9	3,751	64.7	5,385	81.9	6,480	88.7
Jonction rectosigmoïde	2,821	24.7	4,268	33.0	4,077	28.3	1,573	27.9	2,457	38.6	2,441	34.3	1,248	21.5	1,811	27.5	1,636	22.4
Rectum	6,170	54.0	9,417	72.8	12,229	84.8	3,667	65.0	5,843	91.8	7,385	103.7	2,503	43.2	3,574	54.4	4,844	66.3
Œsophage	837	7.3	1,176	9.1	1,828	12.7	560	9.9	856	13.5	1,390	19.5	277	4.8	320	4.9	438	6.0
Œsophage - adénocarcinome	341	3.0	626	4.8	1,152	8.0	288	5.1	530	8.3	992	13.9	53	0.9	96	1.5	160	2.2
Œsophage - carcinome épidermoïde	403	3.5	415	3.2	544	3.8	222	3.9	231	3.6	308	4.3	181	3.1	184	2.8	236	3.2
Foie	613	5.4	1,638	12.7	2,992	20.7	421	7.5	1,207	19.0	2,186	30.7	192	3.3	431	6.6	806	11.0
Pancréas	1,099	9.6	1,663	12.9	2,963	20.5	519	9.2	805	12.7	1,524	21.4	580	10.0	858	13.1	1,439	19.7
Estomac	2,528	22.1	3,202	24.7	4,864	33.7	1,549	27.5	1,932	30.4	2,997	42.1	979	16.9	1,270	19.3	1,867	25.6
Tête et cou																		
Larynx	2,395	20.9	2,337	18.1	2,306	16.0	1,978	35.1	1,953	30.7	1,967	27.6	417	7.2	384	5.8	339	4.6
Cavité buccale et pharynx	5,557	48.6	6,711	51.9	9,534	66.1	3,778	67.0	4,560	71.6	6,694	94.0	1,779	30.7	2,151	32.7	2,840	38.9

Lèvres et cavité buccale	3,358	29.4	3,429	26.5	4,664	32.3	2,297	40.7	2,162	34.0	2,870	40.3	1,061	18.3	1,267	19.3	1,794	24.6
Hypopharynx	259	2.3	260	2.0	299	2.1	202	3.6	202	3.2	244	3.4	57	1.0	58	0.9	55	0.8
Nasopharynx	489	4.3	666	5.2	742	5.1	326	5.8	450	7.1	515	7.2	163	2.8	216	3.3	227	3.1
Oropharynx	1,113	9.7	2,057	15.9	3,679	25.5	756	13.4	1,557	24.5	2,958	41.5	357	6.2	500	7.6	721	9.9
Thyroïde	5,785	50.6	15,599	120.5	27,856	193.1	1,271	22.5	3,121	49.0	6,443	90.5	4,514	77.9	12,478	189.8	21,413	293.2
Thyroïde - anaplasique	8	0.1	14	0.1	23	0.2	1	0.0	4	0.1	8	0.1	7	0.1	10	0.2	15	0.2
Thyroïde - folliculaire	653	5.7	808	6.2	897	6.2	156	2.8	190	3.0	226	3.2	497	8.6	618	9.4	671	9.2
Thyroïde - médullaire	134	1.2	223	1.7	315	2.2	55	1.0	81	1.3	129	1.8	79	1.4	142	2.2	186	2.6
Thyroïde - papillaire	4,515	39.5	13,448	103.9	26,251	182.0	954	16.9	2,637	41.4	5,988	84.1	3,561	61.5	10,811	164.4	20,263	277.5
Hématologique																		
Leucémie	6,090	53.3	9,506	73.5	12,906	89.5	3,419	60.6	5,558	87.3	7,546	105.9	2,671	46.1	3,948	60.1	5,360	73.4
Leucémie lymphocytaire aiguë	944	8.3	1,133	8.8	1,556	10.8	526	9.3	664	10.4	908	12.8	418	7.2	469	7.1	648	8.9
Leucémie monocyttaire aiguë	2,976	26.0	5,146	39.8	6,623	45.9	1,676	29.7	3,082	48.4	4,012	56.3	1,300	22.4	2,064	31.4	2,611	35.8

Leucémie myéloïde aiguë	40	0.4	54	0.4	110	0.8	19	0.3	31	0.5	52	0.7	21	0.4	23	0.4	58	0.8
Leucémie lymphocytaire chronique	702	6.1	1,095	8.5	1,588	11.0	334	5.9	563	8.8	810	11.4	368	6.4	532	8.1	778	10.7
Leucémie myéloïde chronique	707	6.2	1,121	8.7	1,746	12.1	426	7.6	617	9.7	990	13.9	281	4.9	504	7.7	756	10.4
Lymphome	11,629	101.7	17,211	133.0	26,749	185.4	6,013	106.6	9,057	142.3	14,461	203.0	5,616	96.9	8,154	124.0	12,288	168.3
Lymphome hodgkinien	2,649	23.2	2,917	22.5	3,269	22.7	1,422	25.2	1,554	24.4	1,737	24.4	1,227	21.2	1,363	20.7	1,532	21.0
Lymphome non hodgkinien	8,980	78.5	14,299	110.5	23,517	163.0	4,591	81.4	7,505	117.9	12,747	178.9	4,389	75.7	6,794	103.3	10,770	147.5
Lymphome non hodgkinien - extra-ganglionnaire	8,236	72.0	12,176	94.1	12,254	84.9	4,186	74.2	6,393	100.4	6,605	92.7	4,050	69.9	5,783	88.0	5,649	77.4
Lymphome non hodgkinien - ganglionnaire	744	6.5	2,125	16.4	11,282	78.2	405	7.2	1,114	17.5	6,155	86.4	339	5.9	1,011	15.4	5,127	70.2
Myélome	2,160	18.9	3,243	25.1	6,170	42.8	1,098	19.5	1,747	27.4	3,417	48.0	1,062	18.3	1,496	22.8	2,753	37.7
Mélanome																		

Mélanome cutané	10,318	90.2	15,691	121.3	24,312	168.5	5,066	89.8	7,936	124.7	12,762	179.2	5,252	90.6	7,755	118.0	11,550	158.2
Mélanome (non cutané)	561	4.9	728	5.6	1,016	7.0	276	4.9	361	5.7	503	7.1	285	4.9	367	5.6	513	7.0
Mélanome - muqueux	34	0.3	48	0.4	171	1.2	5	0.1	5	0.1	57	0.8	29	0.5	43	0.7	114	1.6
Mélanome - oculaire	527	4.6	680	5.3	845	5.9	271	4.8	356	5.6	446	6.3	256	4.4	324	4.9	399	5.5
Système thoracique																		
Poumon	12,530	109.6	15,222	117.6	23,488	162.8	6,970	123.6	7,279	114.3	10,217	143.4	5,560	96.0	7,943	120.8	13,271	181.7
Poumon - adénocarcinome	4,590	40.1	6,052	46.8	12,243	84.9	2,099	37.2	2,419	38.0	4,714	66.2	2,491	43.0	3,633	55.3	7,529	103.1
Poumon - à grandes cellules	467	4.1	403	3.1	347	2.4	251	4.5	197	3.1	172	2.4	216	3.7	206	3.1	175	2.4
Poumon - à petites cellules	972	8.5	1,080	8.4	1,304	9.0	514	9.1	525	8.3	576	8.1	458	7.9	555	8.4	728	10.0
Poumon - à cellules squameuses	3,291	28.8	2,984	23.1	4,262	29.5	2,313	41.0	1,912	30.0	2,526	35.5	978	16.9	1,072	16.3	1,736	23.8
Système urinaire																		
Vessie	9,581	83.8	10,795	83.4	11,312	78.4	7,175	127.2	8,237	129.4	8,915	125.2	2,406	41.5	2,558	38.9	2,397	32.8
Rein	5,729	50.1	9,025	69.7	14,701	101.9	3,408	60.4	5,370	84.4	9,396	131.9	2,321	40.1	3,655	55.6	5,305	72.6

Symboles :

** Supprimé en raison d'une faible valeur cellulaire (moins de 6).

†Selon le programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux, ne reflète que la prévalence sur 9 ans (2010 à 2018).

Notes :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.
- Les proportions de prévalence sont pour 100 000.
- On ne compte que le premier cancer d'un type donné chez un individu (pour les personnes qui ont plusieurs épisodes de cancer).
- La somme des valeurs pour les sous-sites de cancer peut ne pas correspondre au total car tous les sous-sites ne sont pas inclus.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

PRÉVALENCE PAR ÂGE

La majorité (51,7%) des cancers prévalents à 30 ans en 2018 concernaient des personnes âgées de 60 à 79 ans en Ontario, suivies des personnes âgées de 80 ans et plus (22,3%) (tableau 7.3). Cependant, les schémas de prévalence diffèrent selon le sexe. Bien que les hommes présentent le même schéma que les hommes et les femmes réunis, la deuxième prévalence la plus élevée chez les femmes concerne les personnes âgées de 40 à 59 ans. Cette différence s'explique en grande partie par la prévalence plus élevée du mélanome, ainsi que des cancers du sein, du col de l'utérus, de la thyroïde et des ovaires chez les femmes de cette tranche d'âge.

Parmi les personnes âgées de 0 à 39 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de vivre avec un cancer. Parmi les tendances notables dans ce groupe d'âge, on note une prévalence plus élevée que chez les personnes de plus de 39 ans du cancer du cerveau, dont le taux de survie est plus élevé chez les jeunes.



Tableau 7.3 Prévalence à trente ans par type de cancer, sexe et groupe d'âge, Ontario, 2018

Type de cancer	Hommes et femmes confondus – Valeurs (de 0 à 39 ans)	Hommes et femmes confondus – Proportion (de 0 à 39 ans)	Hommes et femmes confondus – Valeurs (âge : de 40 à 59 ans)	Hommes et femmes confondus – Proportion (âge : de 40 à 59 ans)	Hommes et femmes confondus – Valeurs (âge : de 60 à 79 ans)	Hommes et femmes confondus – Proportion (âge : de 60 à 79 ans)	Hommes et femmes confondus – Valeurs (âge : de 80 ans et plus)	Hommes et femmes confondus – Proportion (âge : de 80 ans et plus)
Tous les cancers	31,938	448.9	143,646	3,664.5	349,824	12,678.9	151,101	23,872.6
Vessie	76	1.1	1,420	36.2	9,704	351.7	7,708	1,217.8
Cerveau	2,648	37.2	2,205	56.3	1,750	63.4	421	66.5
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	684	9.6	10,009	255.3	37,945	1,375.3	26,193	4,138.3
Œsophage	17	0.2	389	9.9	1,439	52.2	509	80.4
Lymphome hodgkinien	2,709	38.1	3,340	85.2	1,434	52.0	279	44.1
Rein	909	12.8	5,306	135.4	12,405	449.6	4,035	637.5
Larynx	22	0.3	473	12.1	2,354	85.3	1,094	172.8
Leucémie	4,000	56.2	3,699	94.4	9,157	331.9	3,936	621.9
Foie	179	2.5	668	17.0	2,392	86.7	716	113.1
Poumon	217	3.1	3,263	83.2	18,542	672.0	8,224	1,299.3
Mélanome	2,034	28.6	10,932	278.9	20,326	736.7	8,343	1,318.1
Myélome	50	0.7	1,240	31.6	4,301	155.9	1,898	299.9

Lymphome non hodgkinien	2,161	30.4	7,863	200.6	18,038	653.8	7,507	1,186.0
Cavité buccale et pharynx	306	4.3	3,677	93.8	8,483	307.5	2,442	385.8
Ovaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Pancréas	99	1.4	787	20.1	2,126	77.1	775	122.4
Prostate	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Estomac	95	1.3	1,208	30.8	3,657	132.5	2,160	341.3
Testicule	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Thyroïde	5,368	75.5	21,267	542.5	17,317	627.6	2,944	465.1
Utérus	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Type de cancer	Hommes – Valeurs (de 0 à 39 ans)	Hommes – Proportion (de 0 à 39 ans)	Hommes – Valeurs (âge : de 40 à 59 ans)	Hommes – Proportion (âge : de 40 à 59 ans)	Hommes – Valeurs (âge : de 60 à 79 ans)	Hommes – Proportion (âge : de 60 à 79 ans)	Hommes – Valeurs (âge : de 80 ans et plus)	Hommes – Proportion (âge : de 80 ans et plus)
Tous les cancers	14,077	388.1	50,366	2,610.7	170,875	13,003.5	77,482	30,654.3
Vessie	43	1.2	1,087	56.3	7,550	574.6	5,814	2,300.2
Cerveau	1,456	40.1	1,194	61.9	897	68.3	177	70.0
Sein (femmes)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Col de l'utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Colorectal	345	9.5	5,373	278.5	21,656	1,648.0	12,577	4,975.9
Œsophage	15	0.4	292	15.1	1,102	83.9	331	131.0
Lymphome hodgkinien	1,385	38.2	1,755	91.0	780	59.4	145	57.4
Rein	456	12.6	3,439	178.3	7,801	593.7	2,263	895.3
Larynx	12	0.3	376	19.5	2,007	152.7	930	367.9
Leucémie	2,256	62.2	2,116	109.7	5,531	420.9	2,044	808.7
Foie	114	3.1	475	24.6	1,838	139.9	457	180.8
Poumon	95	2.6	1,298	67.3	8,100	616.4	3,868	1,530.3
Mélanome	688	19.0	4,615	239.2	10,826	823.9	4,552	1,800.9
Myélome	27	0.7	677	35.1	2,415	183.8	980	387.7
Lymphome non hodgkinien	1,313	36.2	4,366	226.3	9,728	740.3	3,499	1,384.3
Cavité buccale et pharynx	176	4.9	2,585	134.0	6,082	462.8	1,410	557.8
Ovaire	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Pancréas	36	1.0	381	19.8	1,130	86.0	354	140.1
Prostate	14	0.4	7,272	376.9	78,675	5,987.1	39,843	15,763.1
Estomac	39	1.1	694	36.0	2,305	175.4	1,265	500.5
Testicule	2,719	75.0	4,773	247.4	1,497	113.9	98	38.8
Thyroïde	1,038	28.6	4,143	214.8	4,149	315.7	727	287.6
Utérus	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Type de cancer	Femmes – Valeurs (de 0 à 39 ans)	Femmes – Proportion (de 0 à 39 ans)	Femmes – Valeurs (âge : de 40 à 59 ans)	Femmes – Proportion (âge : de 40 à 59 ans)	Femmes – Valeurs (âge : de 60 à 79 ans)	Femmes – Proportion (âge : de 60 à 79 ans)	Femmes – Valeurs (âge : de 80 ans et plus)	Femmes – Proportion (âge : de 80 ans et plus)
Tous les cancers	17,861	512.2	93,280	4,685.6	178,949	12,383.7	73,619	19,363.9
Vessie	33	1.0	333	16.7	2,154	149.1	1,894	498.2
Cerveau	1,192	34.2	1,011	50.8	853	59.0	244	64.2
Sein (femmes)	1,974	56.6	34,592	1,737.6	76,473	5,292.1	28,790	7,572.6
Col de l'utérus	956	27.4	4,915	246.9	3,691	255.4	744	195.7
Colorectal	339	9.7	4,636	232.9	16,289	1,127.2	13,616	3,581.4
Œsophage	2	0.1	97	4.9	337	23.3	178	46.8
Lymphome hodgkinien	1,324	38.0	1,585	79.6	654	45.3	134	35.3
Rein	453	13.0	1,867	93.8	4,604	318.6	1,772	466.1
Larynx	10	0.3	97	4.9	347	24.0	164	43.1
Leucémie	1,744	50.0	1,583	79.5	3,626	250.9	1,892	497.7
Foie	65	1.9	193	9.7	554	38.3	259	68.1
Poumon	122	3.5	1,965	98.7	10,442	722.6	4,356	1,145.8
Mélanome	1,346	38.6	6,317	317.3	9,500	657.4	3,791	997.1
Myélome	23	0.7	563	28.3	1,886	130.5	918	241.5

Lymphome non hodgkinien	848	24.3	3,497	175.7	8,310	575.1	4,008	1,054.2
Cavité buccale et pharynx	130	3.7	1,092	54.9	2,401	166.2	1,032	271.5
Ovaire	710	20.4	3,184	159.9	4,965	343.6	1,418	373.0
Pancréas	63	1.8	406	20.4	996	68.9	421	110.7
Prostate	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Estomac	56	1.6	514	25.8	1,352	93.6	895	235.4
Testicule	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Thyroïde	4,330	124.2	17,124	860.2	13,168	911.3	2,217	583.1
Utérus	264	7.6	5,670	284.8	19,798	1,370.1	6,706	1,763.9

Notes :

- Les valeurs de prévalence sont basées sur les valeurs d'incidence en utilisant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour le comptage des primitifs multiples.
- Les proportions de prévalence sont pour 100 000.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Références

1. Micheli A, Mugno E, Krogh V, Quinn MJ, Coleman M, Hakulinen T, et al.; EUROPREVAL Working Group. Cancer prevalence in European registry areas. (Prévalence du cancer dans les zones d'enregistrement européennes.) Ann Oncol. 2002;13(6) :840–65.

À propos de ce rapport

Ce rapport fournit des informations complètes sur l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence du cancer en Ontario. Un chapitre spécial explore la prévalence future estimée du cancer dans la province (chapitre 3).

SOURCES DES DONNÉES ET MÉTHODES

Les données de ce rapport proviennent des sources suivantes. Pour plus de détails, voir [l'annexe 1 : Sources des données](#).

- Registre du cancer de l'Ontario
- Autres registres du cancer provinciaux et territoriaux
- Bureau du registraire général de l'Ontario
- Ministère des Finances de l'Ontario
- Statistiques Canada
- Système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

Des informations sur la méthodologie utilisée dans ce rapport se trouvent à [l'annexe 2 : Analyse](#).

NOTES DE DONNÉES

- Les données de ce rapport sont antérieures à la pandémie de COVID-19. Par conséquent, les statistiques projetées ne tiennent pas compte des effets de la pandémie. De plus amples informations sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de cancérologie de l'Ontario sont disponibles sur le site web du conseil de la qualité du cancer de [l'Ontario](#).
- Ce rapport examine les statistiques par sexe, groupe d'âge, type de cancer (tous cancers confondus) et dans le temps.
- Les statistiques par sexe comprennent les termes féminin et masculin, qui font référence au sexe enregistré dans le registre du cancer de l'Ontario.
- Ce rapport porte principalement sur le cancer chez l'adulte, mais il comprend également plusieurs statistiques relatives à l'incidence, à la mortalité et à la survie pour certains cancers chez les enfants (de 0 à 14 ans), fournies par notre partenaire, le [groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais). Pour obtenir des statistiques plus détaillées sur les cancers des enfants en Ontario, consultez le rapport de surveillance du [groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).
- Ce rapport comprend des statistiques réelles (non projetées) et projetées, et fait des distinctions entre elles le cas échéant. Les statistiques présentées dans le chapitre 1 (Incidence actuelle estimée du cancer), le chapitre 2 (Mortalité actuelle estimée du cancer) et le chapitre 3 (Prévalence future estimée du cancer) font état de données projetées. Les statistiques dans le reste du rapport utilisent des données réelles.

- Ce rapport utilise des formes abrégées des noms des types de cancer. Voir le tableau A.5 de [l'annexe 1 : Sources des données](#) pour les noms complets et les définitions correspondants.
- Le registre du cancer de l'Ontario et le système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario reçoivent régulièrement de nouvelles informations sur les cas et des mises à jour des dossiers existants. Par conséquent, les statistiques contenues dans ce rapport ne doivent être considérées comme exactes qu'au moment de l'analyse.
- Soyez prudent lorsque vous comparez les statistiques de ce rapport à celles des rapports précédents. Le Registre du cancer de l'Ontario a adopté de nouvelles règles de codage pour les cancers primaires multiples en 2010, ce qui a augmenté l'incidence déclarée pour certains cancers. Plus récemment, des modifications ont été apportées aux normes de stadification du cancer, de codage et de création de cas pour les cas diagnostiqués à partir du 1er janvier 2018. Ce changement a affecté l'incidence en 2018 de certains sous-types de cancer et a entraîné une modification de la distribution des stades (notamment une augmentation du stade inconnu) pour certains types de cancer, par rapport aux années précédentes. Pour plus de détails, voir [l'annexe 1 : Sources des données](#).
 - L'utilisation du mot « significatif » dans ce rapport fait référence à la signification statistique. Voir [l'annexe 2 : Analyse](#) pour plus de détails.

Inclusions et exclusions

TUMEURS MALIGNES ET NON MALIGNES

Les statistiques incluses dans ce rapport font presque toujours référence aux tumeurs malignes (c'est-à-dire cancéreuses). Les exceptions concernent la vessie, le cerveau et les autres systèmes nerveux, ainsi que certains cancers des enfants.

- Comme dans d'autres juridictions, les Statistiques sur le cancer de l'Ontario déclarent le carcinome in situ de la vessie conjointement avec les cas de tumeurs malignes de la vessie pour surveiller l'incidence en raison de l'importance 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 en 2010. Dans ce rapport, les cas de carcinome in situ de la vessie sont traités comme suit :
 - Incidence : incluse dans toutes les analyses (voir « Tendances des taux standardisés pour l'âge » à l'annexe 2 : Analyse pour des informations sur la façon dont ces cas sont traités dans les analyses des tendances de l'incidence)
 - Mortalité : incluse dans toutes les analyses, bien que les décès dus au cancer in situ de la vessie soient relativement rares
 - Survie : incluse uniquement dans les analyses pour 2010 ou ultérieures, sauf indication contraire

- Prévalence : exclue de toutes les analyses
- Les statistiques sur l'incidence des tumeurs malignes et non malignes du cerveau et des autres systèmes nerveux sont incluses dans ce rapport en raison de la similitude des symptômes et du traitement commun parfois nécessaire pour ces tumeurs. Les cas non-malins comprennent les tumeurs bénignes et les tumeurs limites. Étant donné que le registre a commencé à enregistrer systématiquement les tumeurs non malignes du cerveau et des autres systèmes nerveux en 2010, les statistiques sur l'incidence et la survie de ces cas ne sont fournies que pour la période 2010 à 2018. Ils sont également exclus de toutes les analyses de mortalité.
- Pour les cancers des enfants, sont inclus une sélection de tumeurs bénignes et de néoplasmes de comportement indéterminé (tumeurs du système nerveux central et des cellules germinales), tels que classés selon la classification internationale du cancer des enfants.

LES SOUS-SITES DU CANCER ET LES TYPES HISTOLOGIQUES

- Comme le registre du cancer de l'Ontario ne recueille pas de dossiers sur les cancers de la peau autres que le mélanome (basal et spinocellulaire), le présent rapport exclut les statistiques relatives à ces cas, y compris pour les statistiques sur tous les cancers combinés. Les cancers cutanés non mélaniques représentent le type de cancer le plus fréquent dans la plupart des juridictions.
- Les statistiques sur l'incidence, la survie et la prévalence sont fournies pour tous les cancers confondus, 23 types de cancer majeurs et pour certains sous-sites anatomiques (topographiques) et sous-types histologiques de ces cancers, qui ont été sélectionnés sur la base de la consultation d'experts cliniques.
- Les statistiques sur la mortalité sont rapportées pour tous les cancers combinés et les 23 principaux types de cancer car il existe peu de détails sur la topographie et l'histologie des décès du cancer, ce qui rend difficile la production de statistiques sur la mortalité.
- Les statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie des cancers des enfants sont fournies pour tous les cancers confondus. L'incidence du cancer chez les enfants est également rapportée par type de cancer. Pour obtenir des statistiques plus détaillées sur les cancers des enfants en Ontario, consultez [le rapport de surveillance du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

CHANGEMENTS DANS CETTE ÉDITION

Par rapport aux éditions précédentes, cette édition des *Statistiques sur le cancer en Ontario* contient les changements méthodologiques suivants :

- Le modèle Jump du logiciel Joinpoint a été utilisé pour analyser les tendances de l'incidence normalisée sur l'âge pour certains sites de cancer où un changement de codage a entraîné une augmentation artificielle (ou « jump ») des taux. L'utilisation de ce modèle permet de tenir

compte du « jump » sans affecter la tendance sous-jacente. Voir [l'annexe 2 : Analyse](#) pour plus d'informations.

- En plus des valeurs de prévalence à durée limitée, ce rapport inclut pour la première fois des statistiques sur les proportions de prévalence. Voir [l'annexe 2 : Analyse](#) pour plus d'informations.
- Comme dans le rapport *Statistiques sur le cancer en Ontario 2020*, les estimations de la survie relative pour les périodes postérieures à 2010 sont fondées sur les valeurs de cancer selon les règles primaires multiples du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux. Les estimations pour les périodes antérieures, y compris les analyses qui comparent les estimations dans le temps, sont basées sur les règles primaires multiples plus conservatrices de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour compter les cas distincts de cancer. Dans les éditions précédentes du rapport, les estimations de survie « tous cancers » étaient basées sur les règles primaires multiples de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer.
- En ce qui concerne les statistiques sur la mortalité du cancer chez les enfants déclarées par le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario, la présente édition porte sur la mortalité des enfants âgés de 0 à 14 ans atteints d'un cancer afin de permettre des comparaisons avec d'autres rapports, alors que les statistiques sur la mortalité du cancer chez les enfants déclarées dans l'édition précédente par le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario comprenaient tous les décès, quel que soit l'âge, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer dans leur enfance.

CITATION ET RÉFÉRENCIEMENT

Citation : 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 2022. Toronto : Santé Ontario (Action Cancer Ontario); 2022.

ISSN 2371-0403

Titre clé : Statistiques sur le cancer en Ontario (En ligne)

ISBN 978-1-4868-6455-3 PDF Statistiques sur le cancer en Ontario 2022

CLAUSES DE NON-RESPONSABILITÉ

De nombreux tableaux et graphiques du présent rapport contiennent des renseignements tirés du registre du cancer de l'Ontario et du système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario. Bien que Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario aient fait tout leur possible pour assurer l'exhaustivité, l'exactitude et l'actualité

de l'information au moment de la rédaction du présent rapport, l'information change avec le temps, tout comme son interprétation.

Veillez ne pas utiliser ces informations, seules ou avec d'autres informations, pour identifier un individu. Il s'agit notamment de tenter de décrypter des informations cryptées, de tenter d'identifier une personne sur la base d'informations cryptées et de tenter d'identifier une personne sur la base de connaissances préalables.

AUTEURS ET CONTRIBUTEURS

Auteurs

SANTÉ ONTARIO (ACTION CANCER ONTARIO)

Aniq Anam, programme de surveillance
Dr. Prithwish De, programme de surveillance et registre du cancer de l'Ontario
Zeinab El-Masri, programme de surveillance
Bogdan Pylypenko, registre du cancer de l'Ontario
Amidu Raifu, programme de surveillance

GROUPE D'ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE DE L'ONTARIO

Dr. Mohammad Agha, recherche et analytique de la santé
Nicole Bradley, analytique de la santé
Dr. Paul Gibson, directeur médical associé
Jacqui DeBique, communications
Bruna DiMonte, confidentialité et gestion des données
Dr David Hodgson, directeur médical et président du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario pour le cancer chez les enfants
Dr. Felicia Leung, analytique de la santé

Contributeurs

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

SANTÉ ONTARIO (ACTION CANCER ONTARIO)

Registre du cancer de l'Ontario

Phoebe Ah-Nim
Roberta Albuquerque
Arnol Alon
Hanan Atoufah
Kyaw Aung
Raluca Bardi-Pal

Julie Bonthron
Karen Hofmann
Ernest Jimenez
Mary Jane King
Katie Larson
Grace Liu

Roula Livisianos
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
Lois Visneskie
Saima Yaqoob
Lishen Zhou

Autre personnel

Dr. Chamila Adihetty
Dr. Anna Chiarelli

Melissa Coulson
Dr. Gail Darling
Dr. Sunit Das
Dr. Catherine Dube
Dr. Andrea Eisen
Dr. Sarah Ferguson
Bo Green
Dr. Girish Kulkarni
Dr. Rachel Kupets
Jenny Lass
Elizabeth McCammon
Bronwen McCurdy
Paul Mendes
Jessica Moffatt
Dr. Joan Murphy

Christine Naugler
Christine Neustaedter
Dr. Michael Odell
Aarani Paramalingam
Sayani Purohit
Dr. Linda Rabeneck
Stephanie Ryan-Coe
Emma Sabo
Rabia Sajwani
Ayesha Salleh Christine
Stogios Dr. Jill
Tinmouth Brooke
Verhaaff Ying Wang
Audrey Wong
Dr. Frances Wright
Stephanie Young

PARTENAIRES

Dr. Jean-Michel Billette, Statistiques Canada
Roberta De Angelis, Institut national italien de la santé
Dr. Silvia Rossi, Institut national italien de la santé
Justin Thielman, Santé publique Ontario

GROUPE D'ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE DE L'ONTARIO

Alexandra Airhart
Mandy Sala
Sibel Yardimoglu

Les gestionnaires de données du système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario et les équipes locales des cinq hôpitaux tertiaires de l'Ontario dotés de programmes spécialisés dans le cancer des enfants :

- CHEO
- Hôpital d'enfants, Centre des sciences de la santé de London
- Hôpital d'enfants McMaster, Sciences de la santé de Hamilton
- L'hôpital pour enfants malades
- Centre des sciences de la santé de Kingston, site de l'hôpital général de Kingston

Le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario tient à remercier le ministère de la santé de l'Ontario pour son soutien financier. Les opinions exprimées au sujet des renseignements sur le cancer chez les enfants présentés dans le rapport sont celles du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario et ne reflètent pas nécessairement celles de la province de l'Ontario.

Contactez-nous

Le [programme de surveillance](#) est ouvert aux commentaires et aux suggestions. Pour nous faire part de vos commentaires ou pour être informé des futures éditions de ce rapport ou des produits d'information connexes, envoyez-nous un [courriel](#).

Pour soumettre des suggestions ou des questions sur le cancer chez les enfants, veuillez contacter le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario par [courriel](#).

Pour plus d'informations

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 rendre compte du fardeau du cancer et des tendances en Ontario.

[Voir le programme de surveillance du cancer](#)

REGISTRE DU CANCER DE L'ONTARIO

Renseignez-vous sur le registre complet du cancer de la population de l'Ontario, qui enregistre des données sur près de 80 000 nouveaux cas de cancer chaque année.

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

GRUPE D'ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE DE L'ONTARIO (POGO) ET SYSTÈME D'INFORMATION EN RÉSEAU POGO (POGONIS)

Apprenez-en davantage sur 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 recueille des renseignements sur cette population unique depuis 1985.

En savoir plus [sur](#) POGO (seulement en anglais).

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

Annexe 1 : Sources des données

Le registre du cancer de l'Ontario, qui est tenu par Santé Ontario (Action Cancer Ontario), est la principale source de données pour ce rapport. Les objectifs du registre sont de recueillir, d'analyser et de diffuser des informations opportunes et de haute qualité décrivant les cas de cancer diagnostiqués chez les résidents de l'Ontario. Les termes de sexe féminin et masculin utilisés dans ce rapport font référence au sexe enregistré dans le registre du cancer de l'Ontario.

Le registre est une base de données dynamique ; de nouvelles informations sur les cas et des mises à jour des cas antérieurs peuvent être ajoutées 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 données de ce rapport ont été extraites en décembre 2020 (mortalité) et en mars 2021 (incidence, survie et prévalence).

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

- rapports de pathologie provinciaux provenant des laboratoires des hôpitaux publics et des laboratoires privés de l'Ontario
- base de données de rapports au niveau des activités, contenant des données provenant des 14 centres anticancéreux régionaux de l'Ontario et de leurs hôpitaux associés, pour certaines thérapies systémiques et toutes les radiothérapies
- informations sur les admissions et les congés provenant des bases de données des hôpitaux de l'institut canadien d'information sur la santé (base de données des résumés de sortie, système national d'information sur les soins ambulatoires)
- les données sur les causes de décès provenant du bureau du registraire général de l'Ontario du ministère des services gouvernementaux et des services aux consommateurs

La protection des renseignements confidentiels est un principe directeur de Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Toutes les activités - de l'enregistrement initial d'un nouveau cas de cancer dans le registre du cancer de l'Ontario à la recherche et à la production de rapports - sont régies par la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé.⁽¹⁾ 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 entité prescrite et autorise l'organisme à recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé aux fins de la gestion et de la planification du système de santé de l'Ontario. Voir notre déclaration des pratiques d'information pour plus de détails.

QUALITÉ DES DONNÉES

Certificats de décès uniquement et cas confirmés par microscopie

Le tableau A.1 montre le pourcentage de cas du registre du cancer de l'Ontario diagnostiqués sur la base d'un certificat de décès uniquement et le pourcentage de cas confirmés par examen microscopique.

Dans l'ensemble, 1,3% des cas diagnostiqués en 2018 ne concernaient que des certificats de décès. Le pourcentage varie de 0,1% pour le cancer de la thyroïde et le mélanome à 3,4% pour le cancer du pancréas.

Pour tous les cancers confondus, 90,9% des cas ont été confirmés par microscopie. 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 doivent être confirmés par examen microscopique.(2) Le pourcentage de confirmation microscopique variait d'un minimum de 55,3% pour le foie à un maximum de 99,2% pour le cancer de la thyroïde.

Tableau A.1 Pourcentage de cas confirmés par certificat de décès uniquement et par microscopie, par type de cancer, registre du cancer de l'Ontario, 2018

Type de cancer	Certificat de décès uniquement – Nombre de cas	Certificat de décès uniquement – Pourcentage (%) de cas	Confirmé par microscopie – Nombre de cas	Confirmé par microscopie – Pourcentage (%) de cas
Tous les cancers	1,136	1.3%	77,085	90.9%
Vessie	32	0.8%	4,020	97.7%
Cerveau	27	2.3%	975	81.7%
Sein	61	0.5%	11,553	98.5%
Col de l'utérus	**	**	603	97.3%
Colorectal	180	2.1%	7,864	93.6%
Œsophage	18	1.9%	861	93.2%
Lymphome hodgkinien	**	**	395	94.0%
Rein	39	1.5%	2,387	91.5%
Larynx	9	2.2%	386	93.7%
Leucémie	15	0.6%	1,952	80.8%
Foie	41	3.1%	731	55.3%
Poumon	241	2.3%	8,845	85.6%
Mélanome	**	**	3,834	98.8%

Myélome	12	0.8%	955	65.1%
Lymphome non hodgkinien	24	0.6%	3,490	81.5%
Cavité buccale et pharynx	23	1.2%	1,778	95.1%
Ovaire	19	1.5%	1,148	88.8%
Pancréas	70	3.4%	1,431	69.5%
Prostate	52	0.5%	9,411	96.7%
Estomac	19	1.1%	1,569	94.0%
Testicule	**	**	514	95.9%
Thyroïde	**	**	3,046	99.2%
Utérus	14	0.4%	3,102	98.4%

Symbole : ** Supprimé en raison de la faible valeur des cas (nombre inférieur à 6).

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Rapport incidence/mortalité

Le rapport incidence/mortalité normalisé pour l'âge permet d'identifier les zones de sous-couverture dans un registre. Le rapport incidence/mortalité du registre du cancer de l'Ontario pour 2018 était de 3,2 :1 (tableau A.2). Ce ratio est conforme au ratio recommandé par le partenariat canadien contre le cancer, qui est d'au moins 2.3 :1 (2), avec des variations selon le type de cancer. Un rapport incidence/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, 2018

Type de cancer	I :M ratio
Tous les cancers	2.9
Vessie	4.9
Cerveau	1.5
Sein	6.2
Col de l'utérus	4.4
Colorectal	2.8
Œsophage	1.1
Lymphome hodgkinien	14.5
Rein	4.7
Larynx	2.9
Leucémie	2.3
Foie	1.1
Poumon	1.5

Mélanome	8.1
Myélome	2.6
Lymphome non hodgkinien	3.9
Cavité buccale et pharynx	3.4
Ovaire	2.0
Pancréas	1.1
Prostate	5.3
Estomac	2.1
Testicule	25.4
Thyroïde	35.6
Utérus	6.9

Abréviation : I signifie incidence et M signifie mortalité.

Remarque : Le rapport I :M est le rapport entre le taux d'incidence normalisé pour l'âge et le taux de mortalité normalisé pour l'âge.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (incidence (mars 2021) et mortalité (décembre 2020), 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 l'association nord-américaine des registres centraux du cancer, 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 2018.
- 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 d'or de l'association nord-américaine des registres centraux du cancer, 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 0,005% des cas étaient répertoriés comme « morts » avec une date de décès manquante.
- Les codes postaux étaient manquants pour 1,4% des cas, ce qui est inférieur au seuil de 5% fixé par le Registre canadien du cancer pour cet indicateur.
- Le pourcentage de 1,9% de cas à primitif inconnu (C80.9) a également atteint le seuil de moins de 2,3% de la norme du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux.

En 2018, 87,4% des rapports synoptiques discrets de pathologie cancéreuse avaient tous les éléments obligatoires complétés conformément aux listes de contrôle électroniques du cancer du collège des pathologistes américains.

Il n'existe pas de normes pour le nombre moyen de sources ou de notifications par cas, ni pour le pourcentage de cas de morphologie inconnue. Les cas pour lesquels le nombre de sources des données ou des notifications à l'appui est plus élevé sont considérés comme plus complets et plus crédibles. Le pourcentage élevé de morphologie inconnue soulève quelques 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 du registre du cancer de l'Ontario.

Tableau A.3 Estimations de l'exhaustivité des éléments de données, registre du cancer de l'Ontario, 2018

Mesure	Valeur
Nombre moyen de sources/notifications par cas	15.8
Cas dont le site primaire du cancer est inconnu	1.9%
Cas avec une morphologie inconnue†	5.4%
Cas observés par stades, tous les incidents (observables par stades)‡	87.8% (93.7%)
Exhaustivité de la collection de données du registre de cancer de l'Ontario‡	90.0%
Rapports de pathologie synoptiques avec éléments obligatoires	87.4%
Cas pour lesquels il manque « l'âge au moment du diagnostic/décès »	0.0%
Cas où il manque « sexe »	0.0%
Cas pour lesquels il manque le « code postal » au moment du diagnostic	1.4%
Patients répertoriés comme « vivants » avec un âge actuel >100	0.01%
Patients répertoriés comme « morts » sans date de décès	0.005%

†Gamme histologique 8000 à 8005 (non spécifié autrement)

‡Pour les cancers du poumon, du sein féminin, colorectal, du col de l'utérus et de la prostate uniquement

Notes :

- Pour tous les cas malins et *in situ* de la vessie.
- Le nombre total de cas est de 84 817 et représente 81 224 personnes.

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

Source des données : Registre du cancer de l'Ontario (mars 2021), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

La population utilisée dans ce rapport pour la standardisation de l'âge est la population standard canadienne de 2011 (tableau A.4), qui est basée sur le recensement de Statistiques Canada de 2011.

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

La population standard de 1991 n'est plus appropriée car la structure d'âge de la population a considérablement changé depuis. L'utilisation de la population standard de 2011 donne des taux normalisés sur l'âge plus proches du taux brut (c'est-à-dire le taux non ajusté pour la distribution par âge).

Sauf indication contraire, les données sur la population utilisées dans les dénominateurs des projections sur le cancer proviennent du ministère des Finances de l'Ontario (publication du printemps 2021).(3)

Tableau A.4 : Nombre de personnes provenant de la population standard canadienne de 2011 utilisé pour les taux normalisés selon l'âge, par groupe d'âge, Canada, 2011

Groupe d'âge (ans)	Population
0 – 4	1,899,064
5 – 9	1,810,433
10 – 14	1,918,164
15 – 19	2,238,952
20 – 24	2,354,354
25 – 29	2,369,841
30 – 34	2,327,955
35 – 39	2,273,087
40 – 44	2,385,918
45 – 49	2,719,909
50 – 54	2,691,260
55 – 59	2,353,090
60 – 64	2,050,443
65 – 69	1,532,940
70 – 74	1,153,822
75 – 79	919,338
80 – 84	701,140
85 ans et plus	643,070

Remarque : Les estimations postcensitaires sont basées sur les valeurs du recensement de 2011 ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement (y compris l'ajustement pour les réserves indiennes incomplètement dénombrées) et les composantes de la croissance démographique qui ont eu lieu depuis ce recensement. Les estimations intercensitaires utilisent

les valeurs de deux recensements consécutifs ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement (y compris les réserves indiennes incomplètement dénombrées et les estimations postcensitaires).

Source des données : Statistiques Canada. Tableau 17-10-0005-01 - Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe pour le 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)

REGROUPEMENT DE SITES DE CANCER

Le registre du cancer de l'Ontario code les cas de cancer en utilisant la troisième édition de la classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3)(4). Les décès enregistrés dans le registre du cancer sont basés sur la 10e édition de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)(5).

Dans ce rapport, les sites de cancer sont regroupés selon les systèmes de recodage du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux, à quelques exceptions près(6). Dans ces exceptions, les groupes de cancers ont été redéfinis pour être plus pertinents sur le plan clinique ou pour s'aligner sur les définitions utilisées par d'autres systèmes de surveillance du cancer.

La liste complète des définitions et des regroupements de cancers utilisés dans ce rapport figure dans le tableau A.5.

Tableau A.5 Définitions du cancer

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

Type de cancer : forme courte / forme longue	Site CIM-0-3 et le code histologique
Vessie / Vessie urinaire	C67
Cerveau / Cerveau et autre système nerveux	C70-C72, C75.1-C75.3
Glioblastome	C71 avec histologies 9440, 9441, 9442
Tous les autres gliomes	C71 avec histologies 9380-9385, 9391-9439, 9443-9444, 9446-9460
Méningiomes	C70.0-C70.1, C70.9 avec histologies 9530-9534, 9537-9539
Hypophyse, pinéale et canal cranio-pharyngé	C75.1-C75.3
Sein (femmes)	C50
Col de l'utérus	C53
Colorectal / Colon et rectum	C18.0, C18.2–C20, C26.0
Colon / Colon à l'exclusion du rectum	C18.0, C18.2-C18.9
Côlon gauche	C18.5, C18.6, C18.7
Côlon droit	C18.0, C18.2, 18.3, C18.4
Rectum et jonction rectosigmoïde	C19.9, C20.9
Jonction rectosigmoïde	C19.9
Rectum	C20.9
Œsophage	C15
Adénocarcinome	C15 avec histologies 8140-8573
Œsophage - carcinome épidermoïde	C15 avec histologies 8050-8082
Rein	C64.9

Larynx	C32
Leucémie	C42.0, C42.1, C42.4 avec histologies 9811-9818, 9837, 9823 9827. Histologies 9826, 9835-9836, 9820, 9832-9834, 9940, 9840, 9861, 9865-9867, 9869, 9871-9874, 9895-9897, 9898, 9910-9911, 9920, 9891, 9863, 9875-9876, 9945-9946, 9860, 9930, 9801, 9805-9809, 9931, 9733, 9742, 9800, 9831, 9870, 9948, 9963-9964
Leucémie lymphocytaire aiguë	Histologies 9826, 9835-9836 C42.0, C42.1, C42.4 avec histologies 9811-9818, 9837
Leucémie monocytaire aiguë	9891
Leucémie myéloïde aiguë	Histologies 9840, 9861, 9865-9867, 9869, 9871-9874, 9895-9897, 9898, 9910-9911, 9920
Leucémie lymphocytaire chronique	C42.0, C42.1, C42.4 avec histologie 9823
Leucémie myéloïde chronique	Histologies 9863, 9875-9876, 9945-9946
Foie / Foie et canal biliaire intrahépatique	C22.0, C22.1
Poumon / Poumon et bronches	C34
Adénocarcinome / Adénocarcinome (CBNPC)	C34 avec 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 (CBNPC)	C34 avec histologies 8012-4, 8021, 8034, 8082
Œsophage - carcinome épidermoïde	C34 avec histologies 8022, 8041, 8045
Carcinome épidermoïde / Carcinome épidermoïde (CBNPC)	C34 avec histologies 8051-2, 8070-6, 8078, 8083-4, 8090, 8094, 8120, 8123
Lymphome	Tous les sites avec les histologies 9650-9667 ; histologies 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687, 9689-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9714-9719, 9727-9729 ; Tous les sites autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec histologies 9823, 9827
Lymphome hodgkinien	Tous les sites avec des histologies 9650-9667
Lymphome non hodgkinien (LNH)	Histologies 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687, 9689-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9714-9719, 9727-9729 ; Tous les sites autres que C42.0, C42.1, C42.4 avec histologies 9823, 9827
LNH - extra-ganglionnaire	Tous les sites sauf C02.4, C09.8-C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77.0-C77.9 avec histologies 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687, 9688, 9689-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9712, 9714-9719, 9724-9729, 9735, 9737,

	9738 Tous les sites, sauf C02.4, C09.8-C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.0-C42.2, C42.4, C77.0-C77.9, avec les histologies 9811-9818, 9823, 9827, 9837
LNH - ganglionnaire	C02.4, C09.8, C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42. 2, C77 avec histologies 9590-9597, 9670-9671, 9673, 9675, 9678-9680, 9684, 9687-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9712, 9714-9719, 9724-9729, 9735, 9737-9738, 9811-9818, 9823, 9827, 9837
Mélanome (non cutané)	C00-14, C20-C21, C30-31, C51-63, C69 avec histologies 8720-8774
Muqueux	C00-14, C20-C21, C30-31, C51-63
Oculaire	C69
Mélanome / Mélanome cutané	C44 avec histologies 8720-8790
Myélome / myélome multiple	9731-9732, 9734
Cavité buccale et pharynx	C00-C06, C09-C14
Hypopharynx	C12.9, C13
Lèvres 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
Testicule	C62
Thyroïde	C73.9
Carcinome anaplasique	C73.9 avec histologies 8012,8020-8021,8030-8032
Carcinome folliculaire	C73.9 avec histologies 8290, 8330-8332, 8335
Carcinome médullaire de la thyroïde	C73.9 avec histologies 8345, 8346, 8510
Carcinome papillaire	C73.9 avec histologies 8050,8260,8340-8344
Utérus / Corpus et utérus NSO	C54, C55.9
Endomètre	C54, C55.9 avec histologies 8050,8140,8143,8210- 8211,8255,8260- 8263,8310,8323,8340, 8380-8384,8441,8460- 8461,8560,8570,8950- 8951,8980-8981
Sarcome utérin	C54, C55.9 avec histologies 8800-8802,8805,8890- 8891,8896,8900,8910,8930- 8931

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

Notes :

- Les types histologiques 9590 à 9989 (leucémies, lymphomes et maladies hématopoïétiques), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) sont exclus des autres sites d'organes spécifiques.
- Les types histologiques 8720 à 8774 (mélanome des muqueuses) sont exclus des sites suivants (et de certains sous-sites) : colorectal, ovaire, utérus, col de l'utérus, prostate, testicule, cavité buccale et pharynx.

Tableau A.5B Définitions pour la mortalité du cancer

Type de cancer : forme courte / forme longue	Code CIM-10
Vessie / Vessie urinaire	C67
Cerveau / Cerveau et autre 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 hodgkinien	C81
Rein	C64
Larynx	C32
Leucémie	C90.1, C91.0-C91.7, C91.9, C92.0-C92.4, C92.6-C92.9, C93.0-C93.3, C93.7, C93.9, C94.0-C94.5, C94.7, C95.0-C95.2, C95.7, C95.9
Foie / Foie et canal biliaire intrahépatique	C22.0–C22.4, C22.7, C22.9
Poumon / Poumon et bronches	C34
Mélanome / Mélanome cutané	C43
Myélome / myélome multiple	C90.0, C90.2, C90.3
Lymphome non hodgkinien (LNH)	C82–C86, C96.3
Cavité buccale et pharynx	C00–C06, C09-C14
Ovaire	C56
Pancréas	C25
Prostate	C61
Estomac	C16
Testicule	C62
Thyroïde	C73
Utérus / Corpus et utérus NSO	C54–C55

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

CANCER CUTANÉ NON-MÉLANOMATIQUE

Les données de ce rapport excluent les cas de carcinome basocellulaire et spinocellulaire de la peau, les types les plus courants de cancer de la peau sans mélanome.

Ces tumeurs ne mettent généralement pas la vie en danger et sont traitées en ambulatoire. Bien que ces cas soient saisis dans les rapports de pathologie, leur grand nombre pose un problème pour la saisie des données et l'assurance de la qualité par le Registre du cancer de l'Ontario, ce qui est une exigence pour une surveillance significative.

STADE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

La stadification du cancer est essentielle pour des soins de qualité. Les données relatives aux étapes sont essentielles pour :

- évaluer l'efficacité des programmes de dépistage et de traitement
- analyser la survie
- la recherche de nouveaux traitements
- planifier les ressources pour la gestion des soins de santé

Le système TNM (tumeur-nœud-métastase) est le système de classification le plus largement utilisé pour le stade du diagnostic. Elle est reconnue comme la norme internationale pour décrire l'étendue anatomique des cancers. Les définitions TNM, qui en sont maintenant à leur huitième édition, sont maintenues par l'Union internationale de lutte contre le cancer et le comité mixte américain sur le cancer. Les données sur le stade pour 2018 dans ce rapport sont basées sur la huitième édition du TNM (7), tandis que les années précédentes utilisent le stade collaboratif, qui est basé sur la septième édition du TNM(8). Pour plus d'informations, voir les changements récents dans [les normes de stadification du cancer, de codage et de création de cas](#).

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

- Résumé de l'étape du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux de l'Institut national du cancer
- Catégories TNM et groupements de stades
- La structure de codage de la surveillance, de l'épidémiologie et des résultats finaux de la maladie

La plupart des éléments de données sur la stadification collaborative étaient traditionnellement collectés 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 (par exemple, 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 stadification du cancer du Comité mixte américain (dans sa huitième édition).(7)

Les valeurs de stadification du registre du cancer de l'Ontario pour le cancer invasif vont du stade 1, qui signifie que la maladie est en phase précoce, au stade 4, qui signifie que le cancer s'est propagé (ou métastasé) à d'autres organes ou endroits du corps. Un « stade inconnu » est le résultat d'un bilan de stade limité, d'une documentation limitée dans le dossier de santé de la personne ou des deux. « non-observé par stades » signifie qu'aucune tentative d'observation par stades n'a eu lieu.

En commençant par les cas diagnostiqués le 1er janvier 2005, le registre du cancer de l'Ontario a introduit progressivement diverses versions de la stadification collaborative en déclarant le type de cancer et l'hôpital sélectionnés (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, colorectal et de la prostate en 2010 ; pour les cancers de l'ovaire, de l'utérus et du col de l'utérus, et le mélanome en 2011 ; et pour le cancer de la thyroïde en 2013.

Environ 8 à 16% des cas de cancer du sein, de cancer colorectal, de cancer du poumon et de cancer de la prostate enregistrés dans le registre du cancer de l'Ontario n'ont pas d'information sur le stade au moment du diagnostic et sont donc exclus de cette analyse. Le stade au moment du diagnostic peut être manquant en raison d'informations insuffisantes dans le dossier médical d'une personne pour justifier un stade définitif au moment du diagnostic. Les distributions de stade peuvent ne pas être les mêmes pour les cas avec des données manquantes.

LES CHANGEMENTS RÉCENTS DANS LES NORMES DE STADIFICATION DU CANCER, DE CODAGE ET DE CRÉATION DE CAS

Les modifications des normes de codage et de création de cas mises en œuvre en 2018 fournissent aux registres du cancer un ensemble standard de règles à suivre pour coder et compter les cancers distincts.

- Les règles de codage des tumeurs solides de 2018 ont remplacé les règles de codage des tumeurs primaires et histologiques multiples de 2007 pour les cas diagnostiqués à partir du 1er janvier 2018 dans le registre du 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 (par exemple, « 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 (surveillance, épidémiologie et résultats finaux) ont regroupé certains sous-types sous 1 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 huitième édition du système de stadification des tumeurs, des ganglions et des métastases du Comité mixte américain sur le cancer (TNM 8^{ème} édition) a été rendue obligatoire.

- La 8^{ème} 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 antérieures et postérieures à l'étape 2018.

- L'introduction de la 8^{ème} édition du TNM a entraîné une augmentation des cancers de groupe de stade inconnu. Cette augmentation est principalement due à l'absence de l'algorithme informatique qui faisait partie du système collaboratif de collecte des 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 de Peel 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

Hôpitaux

- Hôpital Alexandra Marine and General
- Hôpital Alexandra
- Hôpital Bluewater Health Sarnia General
- Système de santé communautaire de Brant, Brantford
- Hôpital général de Brockville
- 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
- Grey Bruce Health Services, Owen Sound

- Hôpital général de Guelph
- Halton Healthcare Services Corp Oakville
- Hamilton Health Sciences Corporation Juravinski
- Hôpital général de Hawkesbury et district
- Headwaters Health Care Centre
- Health Sciences North, Laurentian Site
- 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
- Général. St. Catharines, Système de santé de Niagara
- 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
- Hôpital régional de Pembroke Inc.
- Hôpital de district de Perth et 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
- South Bruce Grey Health Centre Kincardine
- Centre de santé régional de Southlake
- Hôpital général de 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
- Hôpital général St. Thomas Elgin
- Hôpital Stevenson Memorial Alliston
- Hôpital général de Stratford
- Hôpital général Middlesex de Strathroy
- Centre des sciences de la santé 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 Princesse Margaret
- Centre de santé de West Parry Sound
- Système de santé William Osler
- Hôpital Mémorial du district de Winchester
- Hôpital régional de Windsor, métropole
- 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 antérieur. À la suite d'une récente reconstruction et à l'instar d'autres registres du cancer nord-américains, le registre du cancer de l'Ontario a adopté les règles du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux pour compter les primaires multiples et attribuer l'histologie(9).

Pour identifier les cancers primaires multiples, les règles de comptage de la surveillance, de l'épidémiologie et des résultats finaux prennent en compte l'histologie, le site, la latéralité et le temps écoulé depuis le diagnostic initial. Les règles de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux sont plus libérales que les règles précédemment utilisées par le registre du cancer de l'Ontario pour compter les cas primaires multiples dans leur définition d'un nouveau cas primaire.

Les règles de surveillance, épidémiologie et résultats finaux pour les cancers primaires multiples ont été appliquées aux cas du registre du cancer de l'Ontario diagnostiqués le 1er janvier 2010 ou après.

es cas des années précédant l'adoption des règles de surveillance, épidémiologie et résultats finaux (c'est-à-dire de 1964 à 2009) ont été importés dans le nouveau registre du cancer de l'Ontario à partir du système d'information du registre du cancer de l'Ontario pour une utilisation analytique continue. Le système d'information du registre du cancer de l'Ontario a appliqué une version modifiée des règles du Centre international de recherche sur le cancer/Association internationale des registres du cancer (CIRC/AIRC)(10), qui sont plus conservatrices que les règles de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux. Selon les règles du CIRC/AIRC, une seule tumeur est enregistrée pour un organe, indépendamment du moment, à moins qu'il n'y ait des différences histologiques. Dans ce rapport, les données ont été converties en utilisant les règles du CIRC/AIRC lorsque :

- les analyses des tendances portent à la fois sur les périodes du registre du cancer de l'Ontario (à partir de 2010) et du système d'information sur le registre du cancer de l'Ontario (de 1983 à 2009)
- des comparaisons sont faites entre les données des 2 systèmes de registre

Lorsque les données ne sont présentées qu'à partir de 2010, les règles du programme surveillance, épidémiologie et résultats finaux ont été appliquées.

Étant donné que les règles du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux sont plus libérales que celles du CIRC/AIRC, leur application entraîne une augmentation du nombre de cas inclus dans les valeurs d'incidence. Ceci est simplement le résultat de l'utilisation d'une méthodologie différente et ne reflète pas une augmentation réelle du nombre de personnes diagnostiquées avec un cancer. En 2018, 4,2% des nouveaux cas ont été considérés comme des primitifs multiples en Ontario.

DONNÉES SUR LES CANCERS DES ENFANTS

Le système d'information en réseau du groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario (POGONIS), maintenu par le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario et financé par le ministère de la Santé de l'Ontario, est la source de données pour le groupe d'âge de 0 à 14 ans. 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, comme le registre du cancer de l'Ontario, est une base de données dynamique, dans laquelle des données sont continuellement saisies. Les données sur le cancer chez les enfants utilisées dans ce rapport ont été extraites de POGONIS en avril 2021.

POGONIS est un registre et une base de données basés sur la population qui saisit, à partir de 1985, des informations détaillées sur la démographie, le diagnostic, le traitement et les résultats de tous les enfants et adolescents diagnostiqués ou traités pour un cancer dans un programme spécialisé de cancer infantile en Ontario. Les données normalisées de POGONIS sont activement collectées par des gestionnaires de données ou des associés de recherche clinique dédiés dans chacun des 5 centres tertiaires dotés de programmes spécialisés dans le 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 contenues dans POGONIS sont validées et complétées par un couplage annuel d'enregistrements avec le registre du cancer de l'Ontario et le fichier des décès du registraire général de l'Ontario dans le cadre d'un accord de partage des données avec Santé Ontario (Action Cancer Ontario) afin de saisir systématiquement les décès dans l'ensemble de la cohorte.

Le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario est également désigné comme une entité prescrite en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario a créé et mis en œuvre des politiques et 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 les cancers des enfants selon la classification internationale des cancers des enfants, troisième édition (CICE-3).(11) Cette classification divise les cancers des enfants en 12 groupes diagnostiques principaux et 47 sous-groupes à affiner.

La classification de chaque cas appliquée dans cette analyse est fidèle au moment du diagnostic et au code morphologique associé de la classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O) pour cette période. Étant donné que la CICE-3 (publiée en 2005) n'intègre pas les modifications apportées aux codes dans la version actualisée du système CIM-O-3 (CIM-O-3.1, publiée en 2013), le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario a intégré les modifications apportées aux codes CIM-O-3.1 dans une classification CICE actualisée fondée sur l'expertise clinique et épidémiologique de l'Ontario. Les détails des différences de codage entre POGONIS et la CICE-3 sont disponibles dans [le rapport de surveillance du Groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario](#) (seulement en anglais).

Données démographiques

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

- les enfants âgés de 0 à 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 et dont le diagnostic est inclus dans le système de classification CICE-3 mis à jour par le Groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

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 standardisation de l'âge pour les cancers des enfants 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 1986 à 2020, qui ont été diagnostiqués dans le cadre d'un programme spécialisé de lutte contre le cancer chez les enfants en Ontario et enregistrés dans POGONIS. Chaque cas de cancer chez les enfants est considéré comme un incident (ou nouveau cas). Suivant les règles de l'agence internationale pour la recherche sur le cancer pour les cancers primaires, le groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario enregistre ou valorise les néoplasmes de morphologie différente comme des cancers multiples (même s'ils sont diagnostiqués simultanément dans le même site).(10)

Références

1. Gouvernement de l'Ontario. Personal Health Information Protection Act, 2004, S.O. (Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, 2004, S.O.) 2004, c. 3, Sched. A (2004).
2. Marrett LTD, Hatcher J. A data quality assessment protocol for Canadian cancer surveillance. (protocole d'évaluation de la qualité des données pour la surveillance du cancer au Canada.) Toronto : Canadian Partnership Against Cancer; 2009. (Partenariat canadien contre le cancer ; 2009.)
3. Government of Ontario, Ministry of Finance [Internet]. (Gouvernement de l'Ontario, ministère des Finances [Internet].) Toronto : Queen's Printer for Ontario; 2021. Ontario Population Projections, 2020–2046; 2021 Jun 9 [cited 2021 Jul 20]. (Projections démographiques de l'Ontario, 2020-2046 ; 9 juin 2021 [cité le 20 juillet 2021].) Disponible sur : <https://www.ontario.ca/page/ontario-population-projections>
4. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et al., editors. International classification of diseases for oncology (CIM-O). (Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O).) 3rd ed., 1st revision. Geneva : World Health Organization; 2013.
5. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (CIM-10). (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10).) 5th ed. Geneva : World Health Organization; 2016.
6. Surveillance, Epidemiology and End Results Program [Internet]. Bethesda (MD) : National Cancer

Institute. Site recode ICD-O-3/WHO 2008 definition; [cited 2021 Jul 21]. (Recodage du site CIM-O-3/définition de l'OMS 2008 ; [cité le 21 juillet 2021].) Disponible sur : https://seer.cancer.gov/siterecode/icdo3_dwhohome/

7. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., editors; American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. (Manuel de stadification du cancer de l'AJCC.) 8th ed. New York : Springer; 2017.
8. Edge SB, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, editors; American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. (Manuel de stadification du cancer de l'AJCC.) 7th ed. New York : Springer; 2010.
9. Johnson CH, Peace S, Adamo P, Fritz A, Percy-Laurry A, Edwards BK. Multiple primary and histology coding rules [Internet]. (Règles de codage de l'histologie et du primaire multiple [Internet].) Bethesda, (MD) : National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology and End Results Program; 2007. [updated 2012 Aug 24; cited 2020 Oct 15]. (Institut national du cancer, Programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux ; 2007. [mis à jour le 24 août 2012 ; cité le 15 octobre 2020].) Disponible sur : <https://seer.cancer.gov/tools/mphrules/download.html>
10. International Agency for Research on Cancer; World Health Organization; International Association of Cancer Registries; European Network of Cancer Registries. International rules for multiple primary cancers (ICD-O). (Règles internationales pour les cancers primaires multiples (CIM-O).) 3rd ed. Lyon, France : International Agency for Research on Cancer; 2004. Internal Report No. : 2004/02.
11. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International classification of childhood cancer, third edition. (Classification internationale des cancers des enfants, troisième édition.) Cancer. 2005;103(7) :1457–67.

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 de différences dans les taux ou les ratios. Lorsqu'il est question de changements dans les tendances, les changements statistiquement non significatifs sont décrits dans ce rapport comme « stables ». Tout autre changement de tendance noté (augmentation ou diminution) 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 moyenne dans 95% des cas.

PROBABILITÉ DE DÉVELOPPER OU DE MOURIR D'UN CANCER

La probabilité de développer ou de mourir d'un cancer fait référence à la probabilité qu'un nouveau-né développe ou meure d'un cancer à un moment donné de sa vie. Les calculs du risque à vie sont basés sur les taux d'incidence et de mortalité actuels. Par conséquent, ces calculs de risque supposent que les taux actuels dans chaque groupe d'âge resteront constants pendant la vie du nouveau-né.

La probabilité de développer ou de mourir d'un cancer a été calculée à l'aide du logiciel DevCan.(1) 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

Incidence et mortalité

Les projections d'incidence et de mortalité pour 2019 à 2022 ont été estimées à l'aide du logiciel de projection Canproj du (2)logiciel R(3). Le paquet Canproj est une version modifiée du paquet Nordpred Power 5(4), qui est basé sur un modèle de régression de Poisson âge-période-cohorte. Le paquet Canproj comporte des améliorations qui permettent de surmonter les difficultés du modèle de Poisson standard et d'améliorer la précision de la projection.

Les populations de l'Ontario utilisées pour les projections relatives au cancer proviennent des projections démographiques jusqu'en 2046 établies par le ministère des Finances de l'Ontario. La méthodologie et les hypothèses pour les populations projetées peuvent être trouvées ailleurs.(5)

Canproj est composé de 3 sous-paquets :

- Modèle Nordpred (adpcproj : modèle âge-dérive-période-cohorte)
- modèle âge-cohorte (acproj : modèle âge-cohorte)

- modèle hybride (hybdproj : modèle par âge uniquement)

Chaque sous-paquet peut fonctionner indépendamment pour les projections. Canproj a un arbre de décision intégré pour aider à déterminer lequel des 3 modèles est le plus approprié. Le paquet peut également remplacer 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 progiciel Canproj.

Modèle âge-dérive-période-cohorte (Nordpred)

Le modèle Norpred Power 5 est représenté comme suit :

$$Case_{ap} \sim Poisson(\mu_{ap}),$$

$$R_{ap} = \frac{\mu_{ap}}{n_{ap}} = (A_a + P_p + C_c + Dp)^5$$

où les symboles représentent les éléments suivants :

- R_{ap} est le taux d'incidence dans le groupe d'âge a au cours de la période civile p
- μ_{ap} est la valeur moyenne des cas dans le groupe d'âge a au cours de la période civile p
- n_{ap} est la taille de la population correspondante
- A_a est la composante d'âge pour le groupe d'âge a
- D est le paramètre commun de dérive linéaire
- P_p est la composante non linéaire de la période p
- C_c est la composante non linéaire de la cohorte c
- p est la période du calendrier

Les cohortes ont été calculées comme $c = A + p - a$ étant égal au nombre total de groupes d'âge. (2)

Modèle âge-cohorte (modèle acproj)

Le modèle âge-cohorte est une forme réduite du modèle Nordpred sélectionné par Canproj lorsque des données éparées existent dans les cohortes de naissance les plus jeunes et les plus anciennes. 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.(2)

L'expression du modèle âge-cohorte est la suivante

$$Case_{ap} \sim Poisson(\mu_{ap}),$$

$$R_{ap} = \frac{\mu_{ap}}{n_{ap}} = (A_a + C_c)^5, c = A + p - a, p = 1, 2, \dots, P, c = 1, 2, \dots, C \text{ where } C = A + P - 1$$

Modèles hybrides : modèles d'âge seulement, de tendance commune et de tendance spécifique à l'âge

Il existe 3 types de modèles hybrides : l'âge uniquement, la tendance commune et l'âge spécifique. Les modèles utilisent une combinaison de 3 méthodes : la moyenne, le type de point de jonction et, lorsque les effets de cohorte ne sont pas significatifs, les méthodes de régression de Poisson.(2,6) Les fonctions hybrides comparent d'abord le modèle à tendance commune avec le modèle spécifique à l'âge en utilisant un test de chi-deux dans les groupes d'âge pour lesquels des données existent pour l'ensemble des périodes. Lorsqu'il n'y a pas de différence significative entre les modèles, la tendance commune est préférée ; sinon, la tendance spécifique à l'âge est préférée.

Les données sur l'incidence, les décès et la population ont été classées par année de diagnostic, année de décès et sexe, et regroupées par groupes d'âge de 5 ans (0 à 4, 5 à 9 ... 85 et plus). Pour les projections d'incidence, on a projeté les cas répondant aux règles primaires multiples de l'association internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer de 1984 à 2018. Ceux-ci ont ensuite été convertis pour la période 2010 à 2016 pour les règles de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux primaires multiples en appliquant un facteur d'inflation basé sur l'augmentation par âge des cancers primaires multiples. Les projections pour tous les cancers combinés ont été estimées en se basant sur la somme de toutes les données des 23 sites de cancer dans ce rapport.

Des projections de mortalité ont également été réalisées à l'aide d'un progiciel Canproj en utilisant les décès du cancer de 1984 à 2018 divisés en groupes d'âge de 5 ans et par année civile. Pour obtenir des projections d'incidence et de mortalité pour tous les cancers combinés, les projections ont été calculées par sexe, puis additionnées. Cette méthode a été utilisée parce que 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 par sexe figurent au tableau A.6 pour les projections d'incidence et au tableau A.7 pour les projections de mortalité.

Tableau A.6 Modèles Canproj pour les projections de l'incidence du cancer, par type de cancer et par sexe, Ontario

Type de cancer	Sexe – Hommes	Sexe – Femmes
Tous les cancers	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Vessie	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Cerveau	acproj (P)	adpcproj (P)
Sein (femmes)	s.o.	adpcproj (NB)
Col de l'utérus	s.o.	adpcproj (P)
Colorectal	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Œsophage	hybdproj (Avg)	hybdproj (ComT)
Lymphome hodgkinien	hybdproj (NBags)	acproj (P)
Rein	adpcproj (NB)	hybdproj (NBags)
Larynx	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Leucémie	hybdproj (NBags)	hybdproj (NBags)
Foie	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Poumon	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Mélanome	adpcproj (NB)	adpcproj (NB)
Myélome	adpcproj (P)	hybdproj (ComT)
Lymphome non hodgkinien	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Cavité buccale et pharynx	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Ovaire	s.o.	adpcproj (NB)
Pancréas	hybdproj (NBags)	hybdproj (ComT)
Prostate	adpcproj (NB) [†]	s.o.
Estomac	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Testicule	hybdproj (ComT)	s.o.
Thyroïde	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Utérus	s.o.	adpcproj (P)

Abréviations :

- acproj (P) signifie modèle âge-cohorte avec distribution de Poisson
- acproj (NB) signifie modèle âge-cohorte avec distribution binomiale négative
- adpcproj (NB) signifie modèle Norpred avec distribution binomiale négative
- adpcproj (P) signifie modèle Norpred 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 (Avg) signifie modèle hybride avec méthode de moyenne

- s.o. signifie « sans objet »

Symbole : † Cinq périodes ont été utilisées pour estimer l'incidence projetée. Les estimations projetées ont utilisé des données à partir du groupe d'âge de 35 à 39 ans.

Tableau A.7 Modèles Canproj pour les projections de mortalité du cancer, par type de cancer et par sexe, Ontario

Type de cancer	Sexe – Hommes	Sexe – Femmes
Tous les cancers	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Vessie	adpcproj (P)	hybdproj (ComT)
Cerveau	adpcproj (P)	adpcproj (NB)
Sein (femmes)	s.o.	adpcproj (NB)
Col de l'utérus	s.o.	adpcproj (P)
Colorectal	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Œsophage	hybdproj (NBags)	hybdproj (ComT)
Lymphome hodgkinien	hybdproj (Ags)	hybdproj (ComT)
Rein	acproj (P)	adpcproj (P)
Larynx	hybdproj (Ags)	adpcproj (P)
Leucémie	adpcproj (P)	hybdproj (Ags)
Foie	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Poumon	adpcproj (NB)	adpcproj (P)
Mélanome	acproj (P)	acproj (P)
Myélome	hybdproj (NBags)	acproj (NB)
Lymphome non hodgkinien	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Cavité buccale et pharynx	adpcproj (P)	hybdproj (NBags)
Ovaire	s.o.	adpcproj (P)
Pancréas	hybdproj (Avg)	adpcproj (P)
Prostate	adpcproj (NB)†	s.o.
Estomac	adpcproj (P)	adpcproj (P)
Testicule	hybdproj (ComT)	s.o.
Thyroïde	hybdproj (ComT)	hybdproj (Avg)
Utérus	s.o.	adpcproj (P)

Abréviations :

- acproj(P) signifie modèle âge-cohorte avec distribution de Poisson
- acproj(NB) signifie modèle âge-cohorte avec distribution binomiale négative
- adpcproj (NB) signifie modèle Norpred avec distribution binomiale négative
- adpcproj (P) signifie modèle Norpred 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(Avg) signifie modèle hybride avec méthode de moyenne
- s.o. signifie « sans objet »

Symbole : † Six périodes ont été utilisées pour estimer l'incidence projetée. Les estimations projetées ont utilisé des données à partir du groupe d'âge de 45 à 49 ans.

Prévalence

Les projections de prévalence peuvent être interprétées comme l'effet de la croissance et du vieillissement de la population ontarienne et des stratégies actuelles de lutte contre le cancer. Les projections pour 2019 à 2034 ont été estimées à l'aide du modèle d'analyse de la prévalence et de l'incidence (PIAMOD), qui est un progiciel statistique unifié permettant d'estimer et de projeter la prévalence complète du cancer.(7)

La projection de la prévalence dans PIAMOD nécessite plusieurs types de données d'entrée, comme l'incidence du cancer, la population et la mortalité toutes causes confondues. À cette fin, les données annuelles d'incidence observée par type de cancer (de 1984 à 2018) ont été extraites du registre du cancer de l'Ontario et ont été limitées aux primitifs. La population de l'Ontario et la mortalité toutes causes confondues ont été obtenues à partir des bases de données de Statistique Canada pour chaque année d'âge (0, 1, 2 ... 90+ ans).

Des modèles âge-cohorte avec différents paramètres ont été adaptés aux données historiques d'incidence du cancer et par sexe dans le logiciel PIAMOD. Les meilleurs modèles âge-cohorte ont été sélectionnés sur la base de la statistique de test du rapport de vraisemblance la plus faible et du nombre de paramètres le plus faible. Les modèles d'âge-cohorte du cancer et par sexe sélectionnés sont présentés dans le tableau A8. Les paramètres estimés des modèles âge-cohorte sélectionnés et les taux de survie relative tabulés estimés à partir du logiciel SEER*Stat (8) ont été utilisés pour les projections annuelles de prévalence par âge, par sexe et par type de cancer (tous cancers confondus) dans PIAMOD. Les valeurs projetées sont utilisées pour calculer la proportion de prévalence et normalisées à la population standard canadienne de 2011. Une validation des estimations de prévalence projetées de PIAMOD a été réalisée en comparant la prévalence réelle obtenue par la méthode de comptage direct ou l'estimation de la prévalence à durée limitée avec les estimations projetées de PIAMOD pour l'année 2018. Les différences de pourcentage relatif entre les estimations de prévalence à durée limitée et PIAMOD étaient généralement comprises entre 0,34% et 13%, tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau A8. Modèles âge-cohorte pour l'incidence du cancer, par type de cancer et par sexe, Ontario

Site du cancer	Hommes	SRV	Femmes	SRV
Tous les cancers	AC701	8285.9	AC603	4705.1
Sein (femmes)	s.o.	s.o.	AC603	3942.4
Colorectal	AC205	3147.3	AC505	2708.0
Rein	AC404	2519.7	AC401	2406.7
Leucémie	AC602	3234.0	AC303	2967.6
Poumon	AC404	2707.2	AC404	2667.2
Mélanome	AC205	2977.6	AC402	3000.6
Lymphome non hodgkinien	AC404	3014.9	AC403	2807.6
Prostate	AC503	20689.4	s.o.	s.o.
Thyroïde	AC203	2237.4	AC404	3893.8
Utérus	s.o.	s.o.	AC402	2627.7

Abréviations : AC signifie modèle âge-cohorte ; SRV signifie statistique du rapport de vraisemblance.

INCIDENCE ET MORTALITÉ

Valeurs

Les chiffres d'incidence représentent le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans une population pendant une période donnée. Dans le présent rapport, les chiffres d'incidence font référence au nombre de nouveaux diagnostics de cancer au cours d'une année civile en Ontario. Au moment de la rédaction de ce rapport, des données complètes sur l'incidence des décès étaient disponibles jusqu'en 2018.

Les valeurs de mortalité décrivent le nombre de décès attribués au cancer pendant une période donnée dans une population donnée. Dans le présent rapport, la mortalité fait référence au nombre de décès dus au cancer au cours d'une année civile en Ontario. Par souci de cohérence, le présent rapport utilise les données de la même série d'années pour l'incidence et la mortalité (c'est-à-dire de 1984 à 2018).

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 1986 à 2020. 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 2019 et sont présentées pour la période de 1991 à 2019.

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 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 de SEER*Stat v.8.3.8.(8)

Pour les enfants atteints de cancer (âgés 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 système d'analyse statistique v.9.4.(9)

Taux normalisés pour l'âge

Les taux normalisés par âge sont des moyennes pondérées des taux par âge en utilisant une population standard. Les taux d'incidence et les taux de mortalité normalisés pour l'âge sont ajustés pour tenir compte des différences dans la structure d'âge des différentes populations. Cet ajustement permet de comparer l'incidence du cancer ou la mortalité du cancer entre différentes populations, qui peuvent être des segments différents d'une population (par exemple, une géographie différente) ou la même population à des moments différents. Un taux normalisé pour 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 uniquement. La population standard utilisée est basée sur la population standard canadienne de 2011 (avec des groupes d'âge de 5 ans).

Tendances des taux normalisés pour 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, et calculées à l'aide de taux normalisés pour 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 à l'aide d'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 des enfants).(10,11) Le logiciel Joinpoint utilise la régression par morceaux pour modéliser l'évolution des taux sur l'échelle logarithmique.

Le logiciel Joinpoint utilise un algorithme statistique pour interpréter les données et déterminer les changements de tendance statistiquement significatifs. Le logiciel choisit les meilleurs points de changement d'une 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. (4) En général, le modèle que le logiciel Joinpoint a trouvé le mieux adapté a été utilisé. Un maximum de 3 points de jonction et un minimum de 5 points de données entre les points de jonction étaient autorisés.

Le modèle Jump pour l'analyse des tendances 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 de l'association internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour les cancers primaires multiples.

Toutefois, pour certains types de cancer, le modèle à sauts a été utilisé au lieu du modèle standard à points de jonction pour analyser les tendances de l'incidence normalisée sur l'âge. Le modèle de saut 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 supposé être artificiel, le modèle jump tient compte de ce type de changement pour produire des estimations de la tendance sous-jacente.(12)

Dans ce rapport, le modèle jump a été utilisé pour les sites de cancer suivants pour les cas répondant aux critères du programme de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux du National Cancer Institute pour les cancers primaires multiples (voir [les règles de codage pour les cancers primaires multiples](#)) :

- Tous les cancers
- vessie
- sein (femmes)
- Mélanome

Pour tous les cancers, le mélanome et le sein (femmes), une augmentation abrupte des taux d'incidence a été observée en raison de l'impact de l'application des règles de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux pour les cas diagnostiqués à partir de 2010. Pour le cancer de la vessie, une brusque augmentation 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.

SURVIE

Dans ce rapport, les analyses de survie mesurent la survie nette du cancer. La survie nette est la probabilité de survivre à un cancer en l'absence d'autres causes de décès. Il s'agit d'une mesure qui n'est pas influencée par les variations de la mortalité due à d'autres causes et qui constitue donc 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 ratio de survie relative. Les ratios de survie relative sont estimés en comparant la survie des personnes atteintes de cancer (survie observée) à la survie de personnes similaires dans la population générale de l'Ontario au cours de la même période (survie prévue) :

- La survie observée est le pourcentage de personnes atteintes d'un cancer qui sont en vie à la fin d'une période donnée par rapport au nombre total de personnes atteintes d'un 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 ayant reçu un diagnostic de cancer.
- La survie attendue est le pourcentage de personnes similaires dans la population générale (appariées par l'âge et le sexe à la population atteinte du cancer) qui devraient être en vie à la fin de la même période.

Le ratio de survie relative est le rapport entre la survie observée et la survie attendue et montre dans quelle mesure un diagnostic de cancer peut réduire la durée de vie. 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.

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, les ratios 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 conditions suivantes :

- l'âge de la personne était inconnu
- ils ont été diagnostiqués sur la base d'une autopsie uniquement
- la date du diagnostic et la date du décès étaient les mêmes (c'est-à-dire 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 sources des données pour les détails sur les cas de certificats de décès seulement.

pour les analyses de survie incluant les cas diagnostiqués avant 2010, les règles primaires multiples de l'association internationale pour la recherche sur le cancer/association internationale des registres du cancer pour la valeur des cas de cancer ont été utilisées. pour les analyses de survie n'incluant que les cas diagnostiqués à partir de 2010, les règles du programme surveillance, épidémiologie et résultats

finaux (SEER) de l'institut national du cancer pour la valeur des cancers primaires multiples ont été utilisées.

Les analyses de survie ont été réalisées à l'aide du logiciel SEER*Stat (version 8.3.8).⁽⁸⁾ La survie attendue a été calculée selon l'approche Ederer II⁽¹³⁾ à partir des tables de mortalité provinciales produites par Statistiques 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 ratios 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 ratios de survie relative (par exemple, au moins 5 ans de suivi pour estimer un ratio de survie relative à 5 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.⁽¹⁴⁾ 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 (par exemple, 5 ans pour un ratio de 5 ans). Les comparaisons entre les ratios de survie relative des cohortes et des périodes doivent être interprétées avec prudence en raison des deux méthodes différentes utilisées pour calculer les ratios de survie relative respectifs.

Les ratios de survie relative ont été normalisés par âge en les pondérant avec les poids standard internationaux de survie au cancer.⁽¹⁵⁾ Voir le tableau A.9 pour plus de détails sur les pondérations.

Tableau A.9 Normes internationales de survie au cancer utilisées pour standardiser les ratios de survie relative, par type de cancer et groupe d'âge

Groupes d'âge (ans)	Pondérations	Types de cancer
15 à 44, 45 à 54, 55 à 64, 65 à 74, 75 à 99	60, 10, 10, 10, 10	Testicule, lymphome de Hodgkin, leucémie lymphatique 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 celui 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 âgés de 0 à 14 ans, les proportions de survie globale à 5 ans ont été estimées sur la base des premiers cancers primaires diagnostiqués entre 1990 et 2019. 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 des cancers 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 ratios de survie relative, les proportions de survie globale ne tiennent pas compte de la survie prévue de la population générale de l'Ontario du même âge et du même sexe au cours de la même période. Les proportions de survie globale ont été calculées selon la méthode de la cohorte lorsque des données de suivi complètes étaient disponibles (pour les cas diagnostiqués historiquement de 1990 à 2014) et selon la méthode de la période lorsque des données de suivi complètes n'étaient pas disponibles (pour les cas diagnostiqués plus récemment de 2015 à 2019). Les personnes atteintes d'un cancer ont été suivies jusqu'à la date de leur décès ou jusqu'au 31 décembre 2019 (selon la première éventualité).

PRÉVALENCE

Les analyses de prévalence ont été réalisées à l'aide du logiciel SEER*Stat (version 8.3.8). (8) Ce rapport fournit la prévalence à durée limitée basée sur les personnes, c'est-à-dire le nombre de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'une période spécifique (par exemple, 2 ans, 5 ans ou 10 ans) et qui étaient encore en vie à la date d'index. Ce rapport fournit également la proportion de prévalence brute pour 100 000, qui correspond au nombre de personnes en vie ayant reçu un diagnostic de cancer dans le passé pour 100 000 personnes dans la population générale à la date de l'index. La date

d'indexation choisie était le 1er janvier 2019, et représentait donc les personnes atteintes d'un cancer qui étaient encore en vie à la fin de 2018.

Seul le premier cancer primaire a été inclus dans la valeur de prévalence pour tous les cancers combinés, mais pour les types de cancer individuels, tous les cas d'un type de cancer donné par personne 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, mais deux fois dans les valeurs des types de cancer individuels (c'est-à-dire une fois dans la valeur de prévalence de la prostate et une fois dans la valeur de prévalence du cancer colorectal).

Références

1. DevCan - Probability of Developing or Dying of Cancer Software. (DevCan - Probabilité de développer ou de mourir d'un logiciel contre le cancer.) Version 6.7.7 [logiciel]. Bethesda (MD) : National Cancer Institute, Statistical Research and Applications Branch; 2019. Disponible sur : <https://surveillance.cancer.gov/devcan/download>
2. 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. (Canproj - Le paquet R des méthodes de projection du cancer basées sur des modèles linéaires généralisés pour l'âge, la période et/ou la cohorte.) Edmonton : Alberta Health Services; 2011.
3. R Core Team. R : a language and environment for statistical computing [software]. (R : un langage et un environnement pour le calcul statistique [logiciel].) Vienna, Austria : R Foundation for Statistical Computing; 2020. Disponible sur : https://www.eea.europa.eu/ds_resolveuid/56a8839b8c024275bcfcfbf24a20dcdd4
4. Fakyaer H, Moller B. Nordpred software package [Internet]. (Logiciel Nordpred [Internet].) Oslo : Cancer Registry of Norway; 2015. [cited 2021 Jul 21]. (Registre du cancer de Norvège ; 2015. [cité le 21 juillet 2021].) Disponible sur : <http://www.kreftregisteret.no/en/Research/Projects/Nordpred/Nordpred-software/>
5. Government of Ontario, Ministry of Finance [Internet]. (Gouvernement de l'Ontario, ministère des Finances [Internet].) Toronto : Queen's Printer for Ontario; c2012-2021. Ontario population projections, 2020–2046; 2021 Jun 9 [cited 2021 Jul 20]. (Projections démographiques de l'Ontario, 2020-2046 ; 9 juin 2021 [cité le 20 juillet 2021].) Disponible sur : <https://www.ontario.ca/page/ontario-population-projections>
6. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. (Tests de permutation pour la régression par points de jonction avec applications aux taux de cancer.) Stat Med. 2000;19(3) :335–51.

7. Verdecchia A, De Angelis G, Capocaccia R. Estimation and projections of cancer prevalence from cancer registry data. (Estimation et projections de la prévalence du cancer à partir des données des registres du cancer.) *Stat Med.* 2002;21(22) :3511–26.
8. SEER*Stat software. (Logiciel SEER*Stat.) 8.3.8 [logiciel]. Bethesda (MD) : National Cancer Institute, Surveillance Research Program; 2021. Disponible sur <https://seer.cancer.gov/seerstat/>
9. Statistical Analysis System. (Système d'analyse statistique.) Version 9.4 [logiciel]. Cary (NC), : SAS Institute; 2020.
10. Joinpoint Regression Program. v4.8.0.1 [logiciel].. Bethesda (MD) : National Cancer Institute, Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications Branch; 2021. Available from : <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
11. Joinpoint Regression Program. v4.7.0.0 [logiciel]. Bethesda (MD) : National Cancer Institute, Surveillance Research Program, Statistical Methodology and Applications Branch; 2020. Available from : <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
12. 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. (Le modèle Joinpoint-Jump et Joinpoint-Comparability Ratio pour l'analyse des tendances avec des applications aux changements de codage dans les statistiques de santé.) *J Off Stat.* 2020;36(1) :49–62.
13. Ederer F, Heise H. The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates. (L'effet de l'élimination des décès dus au cancer sur les taux de survie de la population générale.) Methodological note 11. (Note méthodologique 11.) In : (dans :) Instructions to IBM 650 programmers in processing survival computations. (Instructions aux programmeurs IBM 650 pour le traitement des calculs de survie.) Bethesda (MD) : National Cancer Institute, End Results Evaluation Section; 1959.
14. Brenner H, Gefeller O, Hakulinen T. Period analysis for 'up-to-date' cancer survival data : theory, empirical evaluation, computational realisation and applications. (Analyse de période pour les données « actualisées » de survie au cancer : théorie, évaluation empirique, réalisation informatique et applications.) *Eur J Cancer.* 2004;40(3) :326–35.
15. Corazziari I, Quinn M, Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. (Population standard de patients atteints de cancer pour la standardisation des ratios de survie par âge.) *Eur J Cancer.* 2004;40(15) :2307–16.

Appendix 3 : Glossaire

Taux d'incidence normalisé sur 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 5 ans (0 à 4 ans, 5 à 9 ans ... 85 ans et plus) diagnostiqués au cours d'une année, divisé par le nombre total de personnes de ce groupe d'âge au cours de cette année. Un taux normalisé pour l'âge donne le taux qui serait obtenu si la population d'intérêt avait la même distribution d'âge qu'une population standard donnée. Dans le présent rapport, la population standard est la population standard canadienne de 2011.

Taux de mortalité normalisé sur l'âge (TMSA) : Moyenne pondérée (basée sur une population standard) du nombre de décès du cancer pour 100 000 personnes dans un groupe d'âge de 5 ans (0 à 4 ans, 5 à 9 ans ... 85 ans et plus) survenus au cours d'une année, divisé par le nombre de personnes appartenant à ce groupe d'âge au cours de cette année. Un taux normalisé pour l'âge donne le taux qui serait obtenu si la population d'intérêt avait la même distribution d'âge qu'une population standard donnée. Dans le présent rapport, la population standard est la population standard canadienne de 2011.

Variation annuelle en pourcentage (VAP) : Mesure permettant d'évaluer l'évolution dans le temps d'un taux (par exemple, taux d'incidence ou de mortalité). Il représente le pourcentage d'augmentation ou de diminution par an dans un intervalle de temps donné.

Variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) : Représente la moyenne pondérée des variations annuelles en pourcentage, où le poids est la longueur (c'est-à-dire le nombre d'années) de l'intervalle de la VAP.

Incidence du cancer : Le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués pendant une période spécifique dans une population.

Mortalité du cancer : Le nombre de décès du cancer pendant une période spécifique dans une population.

Prévalence du cancer : Le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec un cancer, ainsi que les personnes précédemment diagnostiquées avec un cancer et qui sont toujours en vie.

Canproj : Une méthode de projection statistique du cancer basée sur la modélisation statistique par âge, période et/ou cohorte.

Prévalence complète : Le nombre de personnes en vie à une certaine date (appelée date d'index) chez qui un cancer a été diagnostiqué, indépendamment de la date du diagnostic.

Survie conditionnelle : La probabilité de survivre un certain nombre d'années, étant donné qu'une personne a déjà survécu « x » années après son diagnostic. Dans ce rapport, la survie conditionnelle à 5 ans examine les chances de survivre au moins 5 ans, étant donné qu'une personne a déjà survécu 1, 2, 3 ou 4 ans après son diagnostic initial.

Certificat de décès uniquement (CDU) : Les cas qui ont uniquement un certificat de décès comme source de données. Ces cas sont exclus des analyses de survie.

Normes internationales de survie au cancer (NISC) : Une méthode de pondération de la population acceptée au niveau international pour standardiser les ratios de survie par âge.

Classification internationale du cancer chez les enfants (CICE) : Un schéma de classification diagnostique des cancers des enfants basé sur la morphologie des tumeurs et le site primaire, qui met davantage l'accent sur la morphologie que la classification des cancers de l'adulte.

Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-0) : Norme internationale de classification d'un cancer à l'aide d'un code topographique, qui décrit le site anatomique d'origine (ou système organique) de la tumeur, et d'un code morphologique, qui décrit le type de cellule (ou histologie) de la tumeur et son comportement (malin ou bénin).

Temps d'avance au diagnostic : Le temps écoulé entre la détection précoce du cancer et le moment de sa présentation clinique habituelle et de son diagnostic.

Probabilité à vie (de développer ou de mourir d'un cancer) : La chance qu'a une personne au cours de sa vie (de la naissance à la mort) de se voir diagnostiquer un cancer ou d'en mourir.

Prévalence à durée limitée : Décrit le nombre de personnes en vie à une certaine date (appelée date d'index) chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours d'un certain nombre d'années (par exemple, 2 ans, 5 ans, 10 ans, 30 ans).

Période de recul : Décrit à quelle distance dans le temps la prévalence est estimée pour la prévalence à durée limitée. Par exemple, une prévalence à durée limitée de 15 ans en 2018 a une période de recul de 15 ans et prend en compte les personnes diagnostiquées de 2003 à 2018 et encore en vie en 2018.

Âge médian (au moment du diagnostic) : Âge auquel la moitié des cas de cancer déclarés sont plus âgés et l'autre moitié plus jeunes.

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.

Cancers les plus fréquents : Dans ce rapport, les 4 cancers les plus fréquemment diagnostiqués en Ontario sont le cancer du sein, de la prostate, du poumon et colorectal.

Règles de codage multiples pour le primaire et l'histologie : Ensemble de règles qui guident et normalisent le processus de détermination du nombre de cancers primaires. Les règles d'histologie contiennent des instructions détaillées sur le codage de l'histologie à l'intention des registraires du cancer.

Proportion de survie globale : Une estimation de la probabilité de survivre à toutes les causes de décès pendant un intervalle de temps spécifié (par exemple, 5 ans) après le diagnostic du cancer. Peut également être appelé survie observée.

Vieillesse de la population : Une proportion croissante de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population.

Modèle d'analyse de la prévalence et de l'incidence (PIAMOD) : Une méthode statistique qui peut être utilisée pour estimer et projeter les statistiques de prévalence à partir des données d'incidence et de survie des registres du cancer (Verdecchia et al., 2002).

Proportion de prévalence : Le nombre de personnes vivantes ayant reçu un diagnostic de cancer pour 100 000 personnes dans la population générale à la date de l'index.

Cancer primaire : La tumeur originale, ou première, 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.

Pronostic : L'issue ou l'évolution probable d'un cancer.

Projection : Une estimation ou une prévision de l'incidence, de la mortalité ou de la prévalence futures du cancer, basée sur des données actuelles et historiques.

Récurrence : Réapparition d'un cancer au même endroit ou à un autre endroit après une rémission.

Changement relatif (dans les taux projetés) : La différence entre les taux projetés de deux périodes par rapport au taux de la période précédente, exprimée en pourcentage (c'est-à-dire [taux de la période 2 moins taux de la période 1] divisé par le taux de la période 1).

Rapport de survie relative (RSR) : La proportion de personnes survivant pendant une certaine période (par exemple, 5 ans) par rapport à la survie attendue de personnes similaires (en fonction de l'âge, du sexe et du temps) dans la population générale.

Règles de codage des tumeurs solides : les nouvelles règles de codage primaire et histologique multiple (CPH) qui ont remplacé les règles de codage primaire et histologique multiple de 2007 de la surveillance, de l'épidémiologie et des résultats finaux. Ils sont utilisés pour les cas diagnostiqués à partir de 2018 dans le registre du cancer de l'Ontario.

Stade au moment du diagnostic : Il s'agit de l'étendue de la propagation d'un cancer au moment du diagnostic.

Population standard : La distribution d'âge utilisée comme poids pour créer des statistiques normalisées pour l'âge (c'est-à-dire ajustées pour l'âge).

Sous-site : Une partie anatomique d'un site corporel, tel qu'un organe.

Sous-type : Le type histologique d'un cancer.

Classification TNM des tumeurs malignes : La norme reconnue pour classer le degré de propagation d'un cancer.