

## Rapports sur la santé

# Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada

par Allana G. LeBlanc, Alain Demers et Amanda Shaw

Date de diffusion : le 17 avril 2019



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

---

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca](mailto:STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca)

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- |   |                |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques                                    | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur   | 1-514-283-9350 |

### Programme des services de dépôt

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur               | 1-800-565-7757 |

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2019

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

*This publication is also available in English.*

---

# Tendances récentes liées au cancer de la prostate au Canada

par Allana G. LeBlanc, Alain Demers et Amanda Shaw

## Résumé

**Contexte :** Le cancer de la prostate est le type de cancer le plus courant chez les hommes au Canada. Les recommandations relatives au dépistage ont considérablement changé au cours des 25 dernières années. Depuis 2011 (aux États-Unis) et 2014 (au Canada), selon des lignes directrices de groupes de travail, le dépistage au moyen du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) est déconseillé chez les hommes à faible risque de tous les âges. La présente étude expose les tendances relatives à l'incidence du cancer de la prostate, à la mortalité et au stade au moment du diagnostic au Canada de 1992 à 2015.

**Données et méthodes :** Les données sur l'incidence du cancer de la prostate, la mortalité et le stade au moment du diagnostic sont tirées du Registre canadien du cancer et de la Statistique de l'état civil du Canada — Base de données sur les décès de Statistique Canada. Une analyse au moyen du logiciel Joinpoint a été réalisée pour examiner les tendances au fil du temps.

**Résultats :** Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer de la prostate a atteint un sommet en 1993 et en 2001, puis a diminué par la suite. De 2011 à 2015, le TINA a diminué de 9,3 % par année. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) n'a cessé de diminuer de 1992 à 2015, mais a diminué plus rapidement (2,9 % par année) après 2001. Les données de deux provinces révèlent que, de 2005 à 2015, le taux de cancer de stade I et de stade II a diminué de 3,2 % par année, tandis que le taux de cancer de stade III et de stade IV est demeuré relativement stable.

**Interprétation :** L'incidence du cancer de la prostate a sensiblement diminué au cours des dernières années. La majeure partie de cette diminution semble concerner les cas localisés (stade I et stade II). Les variations observées dans l'incidence témoignent des changements apportés aux recommandations relatives au dépistage de l'APS. Dans les travaux à venir, la surveillance des tendances au fil du temps à l'échelle nationale devrait être poursuivie, surtout dans la mesure où elles sont liées aux recommandations relatives au dépistage.

**Mots clés :** cancer, prostate, antigène prostatique spécifique, dépistage, santé des hommes, santé publique.

**DOI :** <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201900400002-fra>

La prostate, qui fait partie des systèmes reproducteur et urinaire de l'homme, est une petite glande située juste au-dessous de la vessie<sup>1</sup>. Les modifications que subissent les cellules de la prostate peuvent entraîner des affections bénignes comme la prostatite ou l'hyperplasie bénigne de la prostate, des états précancéreux comme la néoplasie intra-épithéliale de la prostate ou le cancer de la prostate. Le cancer de la prostate est le type de cancer le plus courant chez les hommes au Canada, suivi du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la vessie<sup>2,3</sup>. Des analyses récentes de la Société canadienne du cancer indiquent que 1 homme sur 7 recevra un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie et que 1 homme sur 29 décèdera des suites de la maladie<sup>2</sup>.

Le cancer de la prostate progresse souvent lentement et, dans de nombreux cas, il peut être traité efficacement suivant le diagnostic. Cependant, certains cancers de la prostate peuvent devenir agressifs et entraîner la mort, et il peut s'avérer difficile de distinguer les formes peu évolutives des formes mortelles<sup>2</sup>. La majorité (75 %) des cancers de la prostate sont localisés (stade I ou stade II) au moment du diagnostic<sup>4</sup>. Par conséquent, le cancer de la prostate présente l'un des taux de survie après cinq ans les plus élevés de tous les cancers au Canada (95 %)<sup>2</sup>. En réalité, de nombreux hommes âgés ont un cancer de la prostate sans même le savoir, et le cancer de la prostate lui-même n'est pas souvent la cause de mortalité<sup>5</sup>. À titre d'exemple, les résultats d'études d'autopsie menées dans le monde entier révèlent que la majorité

des hommes âgés présentent des signes d'un cancer de la prostate non diagnostiqué au décès<sup>5</sup>.

Les lignes directrices en matière de dépistage du cancer de la prostate ont considérablement évolué au cours des 25 dernières années. Au début des années 1990, le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) a été instauré dans plusieurs pays en tant qu'analyse sanguine non invasive permettant de détecter les premiers signes du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques. Au Canada, le test de dépistage de l'APS a été instauré en 1993, une plus grande importance ayant été accordée au dépistage à compter de 2001<sup>6</sup>. Bien que des niveaux élevés d'APS (généralement définis comme étant un APS  $\geq 3$  ng/mL) puissent indiquer la présence d'un cancer de la prostate, les niveaux d'APS fluctuent naturellement, surtout avec l'âge, et peuvent témoigner de plusieurs autres affections, comme l'hyperplasie prostatique, la prostatite ou l'infection urinaire<sup>7</sup>. En réalité, les études indiquent que l'utilisation généralisée du test de dépistage de l'APS a entraîné un surdiagnostic chez de nombreux hommes ayant un cancer de la prostate de faible intensité ou de stade précoce. Cela a donné lieu à un traitement subséquent ou à des tests de dépistage inutiles<sup>8</sup>.

Pour donner suite à ce surdiagnostic, le Preventive Services Task Force des États-Unis (USPSTF) a publié en 2008 des recommandations déconseillant le dépistage de l'APS chez les hommes âgés de plus de 75 ans<sup>9</sup>. En 2011, l'USPSTF a mis à jour ses recommandations et a déconseillé le dépistage de l'APS chez

les hommes asymptomatiques de tous les âges<sup>9,10</sup>. En 2014, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a emboîté le pas avec des recommandations contre le dépistage de l'APS chez les hommes en santé de tout âge<sup>8</sup>. Cette approche concorde aussi avec les recommandations actuelles du Royaume-Uni, qui déconseillent le dépistage chez les hommes âgés de plus de 50 ans<sup>11</sup>.

En 2012, Statistique Canada a publié un premier examen des répercussions des changements apportés aux recommandations relatives au dépistage de l'APS sur les taux de cancer de la prostate<sup>12</sup>. La présente étude repose sur ces travaux et fournit une analyse actuelle et approfondie des tendances relatives à l'incidence du cancer de la prostate, à la mortalité et au stade au moment du diagnostic au fil du temps et selon le groupe d'âge, y compris les répercussions des nouvelles (2014) lignes directrices canadiennes en matière de dépistage du cancer de la prostate.

## Méthodes

Les chiffres relatifs à l'incidence du cancer de la prostate ont été obtenus à partir du Registre canadien du cancer (1992 à 2015) et les chiffres relatifs à la mortalité sont tirés de la Statistique de l'état civil du Canada — Base de données sur les décès (1992 à 2015). Les deux bases de données tenues à jour par Statistique Canada compilent les renseignements fournis par les registres provinciaux et territoriaux du cancer et de la statistique de l'état civil. Le code de morphologie C61 de la Classification internationale des maladies — Oncologie, troisième édition (à l'exclusion des codes d'histologie 905, 9140 et 9590 à 9992 de la classification) a été utilisé pour définir le cancer malin de la prostate. La province de Québec n'a pas présenté de données sur l'incidence du cancer depuis 2010 et, en conséquence, les données pour cette province ne sont pas incluses dans la présente analyse. Les données sur la mortalité du Québec ont été exclues pour assurer la cohérence avec les données sur l'incidence et conserver la même population de départ. Les estimations

annuelles de la population pour 1992 à 2015 selon la région, l'âge et le sexe proviennent des estimations de la population canadienne les plus récentes, lesquelles comprenaient une estimation postcensitaire pour 2017<sup>13</sup>. Statistique Canada corrige les estimations intercensitaires et postcensitaires pour tenir compte du sous dénombrement net. Les taux ont été normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne type de 2011, qui repose sur la structure définitive de la population postcensitaire canadienne de 2011<sup>14</sup>. Pour assurer la confidentialité, les chiffres relatifs à l'incidence et à la mortalité ne se terminant pas par un zéro ou par un cinq ont été arrondis de façon aléatoire au multiple de cinq le plus proche. Les chiffres non arrondis ont été utilisés pour calculer les taux et les pourcentages normalisés selon l'âge.

Le stade au moment du diagnostic codé selon le Système de collecte de données sur la stadification concertée, d'après la 6<sup>e</sup> édition du manuel de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), était disponible pour la période allant de 2005 à 2015 dans deux provinces canadiennes (Alberta et Manitoba). Si on les compare au stade au moment du diagnostic selon la 7<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC (disponible pour 2010 à 2015), environ 18 % des cas classés comme étant de stade II dans la 6<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC sont considérés comme étant de stade I dans la 7<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC, et moins de 1 % des cas classés comme étant de stade IV dans la 6<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC sont classés comme étant de stade III dans la 7<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC. Il est intéressant de souligner qu'un peu plus de 1 % des cas classés comme étant de stade inconnu dans la 6<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC sont classés comme étant de stade I, de stade II ou de stade III dans la 7<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC. Par conséquent, le stade a été classé dans l'une des catégories suivantes : stade I ou stade II (local ou localement avancé); stade III ou stade IV (régional ou distant); stade inconnu. Les cas ne comportant pas de renseignements sur le stade (0,3 %) ou les cas dont le stade était considéré « impossible à déterminer » (0,4 %) ont été exclus de

l'analyse. La catégorie « Stade inconnu » a été attribuée aux cas pour lesquels des renseignements sur le stade étaient disponibles mais n'étaient pas suffisants pour déterminer le stade exact (p. ex. une personne n'ayant pas subi l'ensemble des examens diagnostiques nécessaires pour déterminer le stade ou dont le dossier des examens est incomplet). Étant donné qu'une grande proportion des cas de stade inconnu a été observée chez les hommes âgés de plus de 80 ans (41 %), l'analyse des tendances a été reprise chez les hommes âgés de 18 à 79 ans seulement.

Des modèles de régression de Joinpoint ont été utilisés pour déterminer si l'évolution des tendances au fil du temps était significative sur le plan statistique ([Joinpoint, version 4.2.0.2](#)). Le nombre maximal de points de jonction autorisé a été fixé à quatre. Le nombre minimal d'observations d'un point de jonction au début ou à la fin des données et le nombre minimal d'observations entre deux points de jonction ont également été fixés à quatre. En ce qui concerne les tendances selon le stade au moment du diagnostic, un seul point de jonction a été autorisé en raison de la courte période examinée, tandis que le nombre minimal d'observations d'un point de jonction au début ou à la fin des données et le nombre minimal d'observations entre deux points de jonction ont été fixés à deux. Le logiciel SAS (version 9.3) a été utilisé pour réaliser toutes les autres analyses statistiques.

## Résultats

En 2015, il y a eu 15 510 nouveaux cas de cancer de la prostate, ce qui représentait 21 % de tous les diagnostics de cancer chez les hommes au Canada (à l'exclusion du Québec). En outre, environ 3 105 décès étaient attribuables au cancer de la prostate au Canada en 2015 (à l'exclusion du Québec), ce qui représentait 10,6 % des décès attribuables au cancer. Le taux d'incidence du cancer de la prostate atteint un sommet chez les hommes âgés de 70 à 79 ans, tandis que le taux de mortalité continue d'augmenter avec l'âge (données non présentées). Plus de 98 % des cas de cancer de la prostate et

**Figure 1**  
**Nombre de nouveaux diagnostics et taux d'incidence normalisé selon l'âge, cancer de la prostate, Canada, 1992 à 2015**



TINA = taux d'incidence normalisé selon l'âge

<sup>†</sup> Des recommandations déconseillant le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique chez les hommes de tous âges ont été publiées aux États-Unis en 2011

Notes : Les données du Québec ne sont pas incluses. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.

Source : Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer.

99 % des décès attribuables au cancer de la prostate sont observés chez les hommes âgés de plus de 50 ans.

Les chiffres relatifs à l'incidence du cancer de la prostate ont augmenté progressivement de 1992 à 2011, atteignant un sommet de 19 325 cas en 2011, avant de diminuer pour se situer à 15 510 cas en 2015 (figure 1). Pendant la même période, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer de la prostate a fluctué, atteignant des sommets en 1993 (192,4 hommes pour 100 000) et en 2001 (191,1 hommes pour 100 000). L'analyse des tendances au moyen de Joinpoint a révélé que, de 1992 à 2001, il n'y a eu aucune variation significative du TINA du cancer de la prostate (tableau 1). De 2001 à 2011, le TINA a diminué de 1,6 % par année, et de 2011 à 2015, le TINA a diminué plus rapidement, soit de 9,3 % par année.

Chez les hommes âgés de 55 à 69 ans, le TINA du cancer de la prostate a atteint un sommet en 2001 (511,1 hommes pour 100 000) et en 2007 (517,2 hommes pour 100 000). De 2007 à 2015, le TINA chez

les hommes âgés de 55 à 69 ans a diminué de 6,4 % par année (tableau 1 et figure 2). Bien que le cancer de la prostate soit rare chez les jeunes hommes, le TINA du cancer de la prostate chez les hommes âgés de moins de 55 ans a également atteint un sommet en 2007 (17,5 hommes pour 100 000), puis il s'est stabilisé et a commencé à diminuer en 2011, de 10,7 % par année. Chez les hommes âgés de plus de 70 ans, le TINA du cancer de la prostate a atteint un sommet en 1993 (1 185,8 hommes pour 100 000), puis il s'est stabilisé et a commencé à diminuer en 2001, et plus rapidement après 2011.

De 1992 à 2015, le nombre de décès attribuables au cancer de la prostate a augmenté, tandis que le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a considérablement diminué (figure 3). Le nombre de décès attribuables au cancer de la prostate au Canada a atteint un sommet en 2014, soit un peu plus de 3 200 décès. Les analyses des tendances indiquent que le TMNA a diminué de 1,7 % par année de 1992 à 2001. Il a ensuite diminué plus rapidement, soit de 2,9 % par année, de 2001 à 2015 (tableau 1).

En 2015, 71,6 % des cancers de la prostate en Alberta et au Manitoba étaient de stade I ou de stade II (local ou localement avancé), tandis que 11,2 % d'entre eux étaient de stade III (régional) et 13,5 % étaient de stade IV (distant) (figure 4). Une faible proportion de cas ont été classés comme étant de stade inconnu (3,7 %). Ces résultats sont comparables aux résultats nationaux reposant sur neuf provinces et territoires d'après la 7<sup>e</sup> édition du manuel de l'AJCC pour 2011 à 2015<sup>4</sup>. Les analyses des tendances indiquent que, de 2005 à 2015, le TINA des cancers de la prostate de stade I et de stade II a diminué de 3,2 % par année (tableau 1). Le TINA des cancers de stade III et de stade IV a augmenté de 4,8 % de 2005 à 2009, puis il s'est stabilisé de 2009 à 2015 (tableau 1). Le TINA des cas de stade inconnu, bien que ces cas soient rares, a diminué de 11,7 % par année de 2005 à 2015. Des tendances pratiquement identiques ont été observées lorsque les données étaient restreintes aux hommes âgés de 18 à 79 ans au moment du diagnostic (données non présentées).



**Tableau 1**

**Tendances relatives à l'incidence normalisée selon l'âge du cancer de la prostate et aux taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate, en général, certains groupes d'âge, selon le stade au moment du diagnostic, Canada, 1992 à 2015**

	Tendance 1			Tendance 2			Tendance 3			Tendance 4		
	Période	VAP (%)	Valeur de p	Période	VAP (%)	Valeur de p	Période	VAP (%)	Valeur de p	Période	VAP (%)	Valeur de p
<b>Incidence</b>												
Tous les âges	1992 à 1996	-4,2	0,112	1996 à 2001	3,3	0,176	2001 à 2011	-1,6	0,019	2011 à 2015	-9,3	0,001
<b>Groupe d'âge</b>												
Moins de 55 ans	1992 à 2001	10,7	0,000	2001 à 2006	4,8	0,052	2006 à 2011	-0,7	0,716	2011 à 2015	-10,7	0,000
55 à 69 ans	1992 à 2007	2,7	0,000	2007 à 2015	-6,3	0,000						
70 ans et plus	1992 à 1996	-6,9	0,001	1996 à 2001	0,1	0,979	2001 à 2011	-2,9	0,000	2011 à 2015	-7,4	0,001
<b>Stade au moment du diagnostic<sup>†</sup></b>												
I ou II	2005 à 2015	-3,2	0,000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
III ou IV	2005 à 2009	4,8	0,047	2009 à 2015	-1,0	0,298	...	...	...	...	...	...
Inconnu	2005 à 2015	-11,9	0,000	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Mortalité</b>												
Tous les âges	1992 à 2001	-1,7	0,000	2001 à 2015	-2,9	0,000	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

<sup>†</sup> Le stade au moment du diagnostic repose sur les données de deux provinces canadiennes (Alberta et Manitoba) pour 2005 à 2010.

**Notes :** Les données du Québec ne sont pas incluses. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011. La variation annuelle en pourcentage (VAP) représente la variation moyenne du taux normalisé selon l'âge pour une période donnée. Une VAP positive représente une augmentation du taux au fil du temps; une VAP négative représente une diminution du taux au fil du temps. Les cellules vides indiquent qu'aucun autre point de jonction n'a été trouvé.

**Source :** Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer et Base canadienne de données sur l'état civil.

## Discussion

Le présent rapport fournit des renseignements actuels sur l'incidence du cancer de la prostate, la mortalité et le stade au moment du diagnostic au Canada. Le cancer de la prostate demeure le type de cancer le plus courant chez les hommes au Canada; il représente environ 21 % des diagnostics de cancer et 10 % des décès attribuables au cancer. Le taux d'incidence du cancer de la prostate a diminué rapidement au cours des dernières années, tandis que les taux de mortalité n'ont cessé de diminuer de 1992 à 2015. Ces résultats donnent à penser que les changements apportés aux protocoles de dépistage n'ont pas eu de répercussions négatives sur les résultats des patients. Les premières analyses des données sur les stades du cancer de la prostate indiquent que, si le taux d'incidence des cas locaux ou localement avancés de stade I et de stade II a diminué de 2005 à 2015, le taux d'incidence des cas régionaux ou métastatiques de stade III et de stade IV est demeuré stable. Cela concorde avec les résultats obtenus d'un hôpital de l'Ontario, qui ont révélé que les changements apportés aux recom-

mandations relatives au dépistage étaient associés à une diminution du nombre de biopsies et de nouveaux diagnostics de cancer de la prostate, mais n'ont indiqué aucune variation du nombre de cas à risque élevé (métastatiques)<sup>15</sup>.

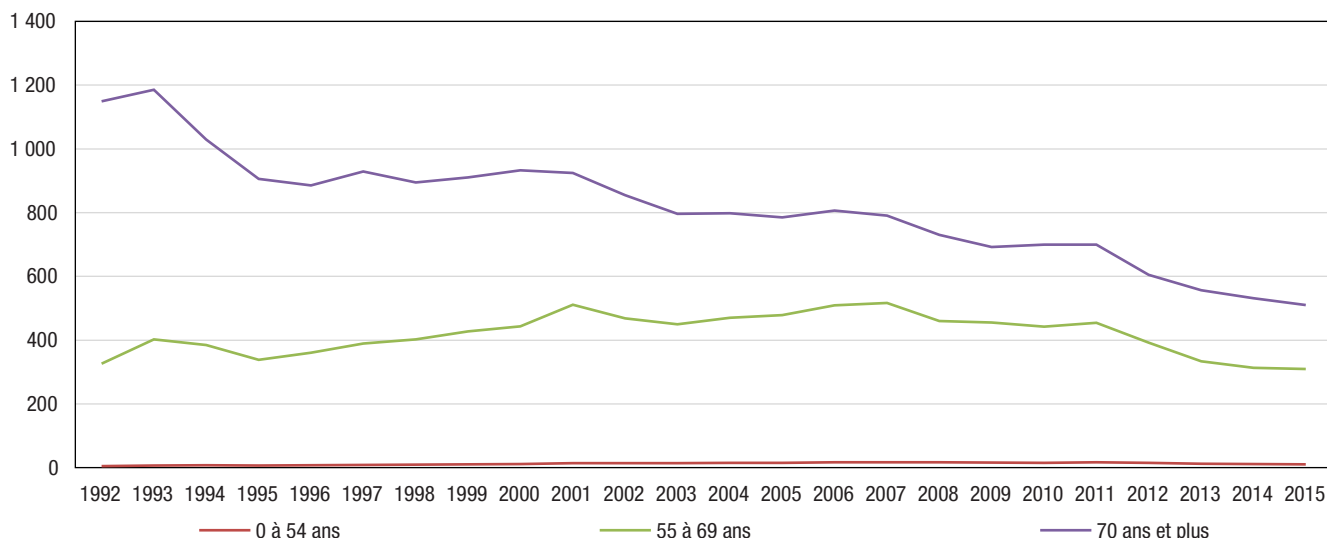
Les résultats de l'analyse indiquent que le taux d'incidence du cancer de la prostate a fluctué pendant les années 1990, atteignant des sommets en 1993 et en 2001, ce qui témoigne du recours accru au test de dépistage de l'APS au Canada<sup>2,3,8,16</sup>. Depuis 2001, le taux d'incidence du cancer de la prostate a diminué, une diminution plus rapide ayant été observée à compter de 2011, ce qui concorde avec la publication de recommandations révisées relatives au dépistage de l'APS aux États-Unis (2011) et au Canada (2014). Cette tendance est plus manifeste chez les hommes âgés de moins de 70 ans, qui ont toujours été ciblés aux fins du dépistage. En 2018, l'USPSTF a publié de nouvelles recommandations en faveur de décisions individualisées fondées sur l'opinion du médecin en matière de dépistage chez les hommes âgés de 55 à 69 ans, prises en fonction des facteurs de risque individuels et à la suite

d'un examen des avantages et des effets néfastes du dépistage<sup>17,18</sup>. L'USPSTF continue de déconseiller le dépistage chez les hommes âgés de plus de 70 ans<sup>17,18</sup>, tandis que le Canada continue de déconseiller le dépistage de l'APS chez les hommes à faible risque de tous les âges, bien que la pratique générale varie d'une province à l'autre (la plupart des provinces ne couvrent pas le coût du test de dépistage à l'heure actuelle).

Plusieurs grandes études contrôlées randomisées bien conçues appuient les recommandations contre le dépistage de l'APS. Plus précisément, les résultats de l'étude européenne randomisée de dépistage du cancer de la prostate (ERSPC) et de l'essai de dépistage du cancer de l'ovaire, de la prostate, du côlon-rectum ou du poumon (essai PLCO) ont révélé que, bien que le dépistage de l'APS réduit le risque de décès attribuable au cancer de la prostate, la diminution est faible (environ un décès pour 1 000 hommes) et les avantages du dépistage ne l'emportent pas sur les effets néfastes potentiels<sup>19,20</sup>. Les résultats obtenus par Martin et coll. (2018), indiquant qu'un dépistage de l'APS unique offert aux hommes d'âge moyen (c.-à-d. ayant

**Figure 2**  
**Taux d'incidence normalisé selon l'âge, cancer de la prostate, par groupe d'âge, Canada, 1992 à 2015**

TINA par âge (pour 100 000 hommes)



TINA = taux d'incidence normalisé selon l'âge.

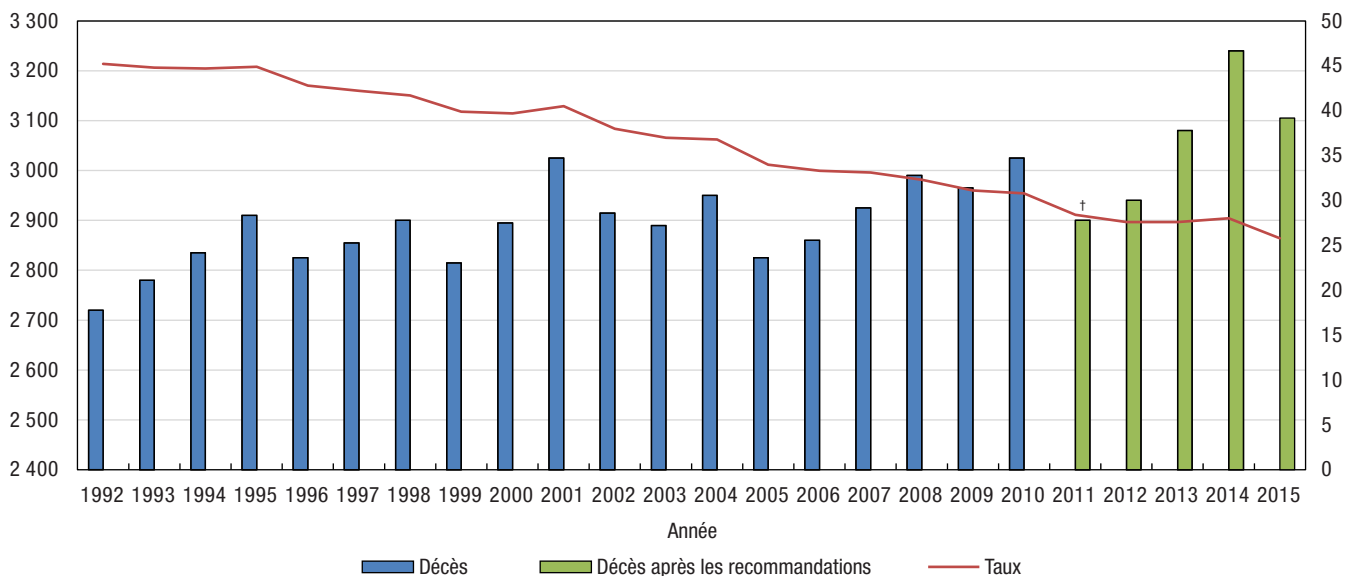
**Notes :** Les données du Québec ne sont pas incluses. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.

**Source :** Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer.

**Figure 3**  
**Nombre de décès et taux de mortalité normalisé selon l'âge, cancer de la prostate, Canada, 1992 à 2015**

nombre de décès

TMMA par âge (pour 100 000 hommes)



TMMA = taux de mortalité normalisé selon l'âge

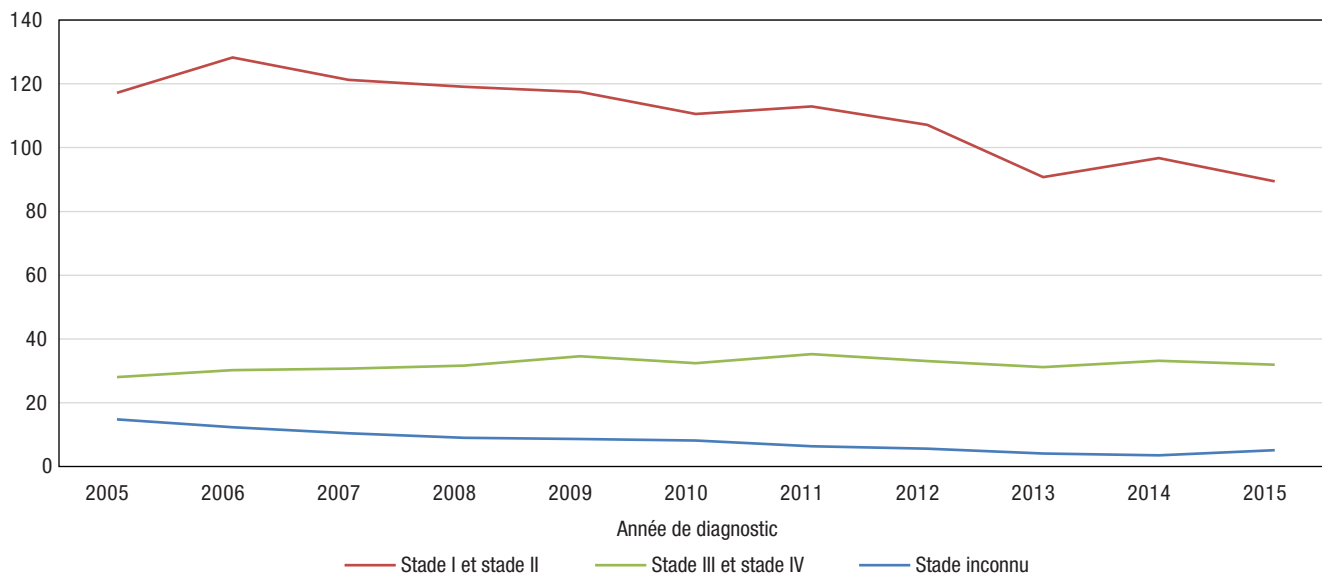
† Des recommandations déconseillant le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique chez les hommes de tous âges ont été publiées aux États-Unis en 2011

**Notes :** Les données du Québec ne sont pas incluses. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.

**Source :** Statistique Canada, Base canadienne de données sur l'état civil.

**Figure 4**  
**Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la prostate, selon le stade au moment du diagnostic, Alberta et Manitoba combinés, 2005 à 2015**

TINA (pour 100 000 hommes)



TINA = taux d'incidence normalisé selon l'âge

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

Source : Statistique Canada, Base de données du Registre canadien du cancer.

entre 50 et 59 ans) ne permettait pas de réduire la mortalité<sup>21</sup>, concordent avec les résultats tirés de l'ERSPC et ceux obtenus lors de l'essai PLCO et suscitent ainsi de nouvelles discussions sur l'utilité du dépistage généralisé chez les hommes en santé<sup>22</sup>. Étant donné que la plupart des facteurs de risque connus du cancer de la prostate sont non modifiables (p. ex. l'âge, les antécédents familiaux, l'origine ethnique), les travaux à venir pourraient tirer profit d'un examen de l'efficacité de pratiques de dépistage ciblées chez les groupes à risque élevé seulement.

## Forces et limites

La présente analyse fait le point sur le cancer de la prostate au Canada à un moment opportun. Le Registre canadien du cancer et la Statistique de l'état civil du Canada — Base de données sur les décès constituent les bases de données les plus complètes sur l'incidence du cancer et les décès attribuables au cancer au Canada et fournissent des renseignements importants pour la surveillance de la santé à

l'échelle nationale. Malheureusement, les données du Québec ne sont pas incluses dans l'analyse, car la province n'a pas été en mesure de présenter des données sur l'incidence du cancer au registre national depuis 2010. Il sera important d'examiner les taux de cancer de la prostate au Québec et les tendances connexes comparativement au reste du pays lorsque des données pour cette province seront disponibles. En outre, bien que ce soit la première fois que des tendances relatives au stade au moment du diagnostic sont présentées pour le Canada, ces renseignements se limitent à deux provinces canadiennes. Depuis 2010, toutes les provinces canadiennes présentent des données sur les stades de cancer au Registre canadien du cancer<sup>2</sup> pour au moins les quatre principaux types de cancer. Les travaux à venir doivent examiner les tendances relatives au stade au moment du diagnostic pour toutes les provinces canadiennes à mesure que des données deviennent disponibles. Enfin, les cas de la catégorie « Stade inconnu » peuvent représenter un

sous-groupe unique de patients qui sont plus âgés au moment du diagnostic et qui ne subissent pas l'ensemble des examens diagnostiques<sup>4</sup>. Des analyses précédentes ont révélé que ce sous-groupe est désavantagé du point de vue socioéconomique et qu'il présente des taux de survie plus faibles que ceux affichant des cancers de stade I et de stade II, mais des taux de survie plus élevés que ceux de la catégorie des cancers de stade III et de stade IV<sup>23</sup>. Bien que le taux de cancer de la prostate de « stade inconnu » semble diminuer, il faut continuer d'examiner ces cas de cancer en tant que sous-groupe unique présentant des facteurs de risque différents et des tendances différentes en matière de soin.

## Conclusion

Le cancer de la prostate demeure le type de cancer le plus courant chez les hommes au Canada. Les chiffres relatifs à l'incidence et les taux d'incidence de ce type de cancer ont diminué de manière importante au cours des dernières années,



ce qui témoigne des recommandations récentes contre le dépistage de l'APS représentatif de la population. Les premiers résultats révèlent que la réduction de l'incidence du cancer de la prostate est principalement attribuable à une réduction des cancers localisés (stade I

et stade II). Les travaux futurs devraient comporter une analyse plus approfondie, y compris une étude des tendances à long terme quant au stade au moment du diagnostic pour davantage de provinces canadiennes.

## Remerciement

Les auteurs aimeraient remercier Kristina Sabou pour l'aide qu'elle leur a apportée lors de l'élaboration d'une version antérieure de la présente étude.

## Références

1. Société canadienne du cancer, *Qu'est-ce que le cancer de la prostate?* <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/prostate/prostate-cancer/?region=sk>, document consulté avril 2018.
2. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*. Toronto, ON, Société canadienne du cancer, 2017.
3. Statistique Canada, *Tableau : 13-10-0111-01 (anciennement CANSIM 103-0550), Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe*.
4. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2018*, Toronto, ON, Société canadienne du cancer, 2018.
5. G.P. Haas, N. Delongchamps, O.W. Brawley *et al.*, « The Worldwide Epidemiology of Prostate Cancer: Perspectives from Autopsy Studies », *Canadian Journal of Urology*, 15(1), 2009, p. 3866.
6. Y. Frader, L. Klotz, J. Trachtenberg *et al.*, « The burden of prostate cancer in Canada », *Canadian Urology Association Journal*, 3(Suppl2), 2009, p. S102.
7. P. Finne, F. Finne, C. Bangma, J. Hugosson *et al.*, « Algorithms based on prostate-specific antigen (PSA), free PSA, digital rectal examination and prostate volume reduce false-positive PSA results in prostate cancer screening », *International Journal of Cancer*, 111(2), 2004, p. 310.
8. N. Bell, S. Connor Gorber, A. Shane *et al.*, « Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test », *CMAJ*, 186(16), 2014, p. 1225.
9. V.A. Moyer, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force, « Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement », *Annals of Internal Medicine*, 157(2), 2012, p. 120.
10. K. Lin, J.M. Croswell, H. Koenig *et al.*, *Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force*, U.S. Preventive Services Task Force Evidence Synthesis, 2011, 12-05160-EF-1.
11. U.K. National Screening Committee, *The UK NSC recommendation on Prostate cancer screening/PSA testing in men over the age of 50*, U.K. National Screening Committee, 2014.
12. L. Ellison, « Tendances en matière de cancer de la prostate au Canada, 1995 à 2012 », *Coup d'œil sur la santé*, (n° 82-624-X au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2016.
13. Statistique Canada, *Tableau 98-400-X2016001, Âge (en années) et âge moyen (127) et sexe (3) pour la population du Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, recensements de 2016 et 2011 - Données intégrales (100 %)*.
14. Statistique Canada, *Le Registre canadien du cancer (RCC) – Normalisation selon l'âge*, disponible à l'adresse [http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3207\\_D12\\_T9\\_V2-fra.htm](http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3207_D12_T9_V2-fra.htm), document consulté le 11 mai 2018.
15. T.M. Webster, E. Lau *et al.*, « Implications of prostate-specific antigen screening guidelines on clinical practice at a Canadian regional community hospital », *Canadian Urology Association Journal*, 11(8), 2017, p. 283.
16. J. Dickinson, A. Shane, M. Tonelli *et al.*, « Trends in prostate cancer incidence and mortality in Canada during the era of prostate-specific antigen screening », *CMAJ Open*, 4(1), 2016, p. E73.
17. K. Bibbins-Domingo, D.C. Grossman *et al.*, « The US Preventive Services Task Force 2017 Draft Recommendation Statement on Screening for Prostate Cancer: An Invitation to Review and Comment », *JAMA*, 317(19), 2017, p. 1949.
18. J.J. Fenton, M.S. Weyrich, S. Durbin *et al.*, *Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*, Agency for Healthcare Research and Quality, 2018, Evidence Synthesis No. 154 (AHRQ Publication No. 17-05229-EF-1).
19. G.L. Andriole, D. Crawford, R.L.I. Grubb *et al.*, « Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up », *Journal of the National Cancer Institute*, 104(2), 2012, p. 125.
20. F.H. Schröder, J. Hugosson, M.J. Roobol *et al.*, « Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up », *The Lancet*, 384(9959), 2014, p. 6.
21. R.M. Martin, J.L. Donovan *et al.*, « Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial », *JAMA*, 319(9), 2018, p. 883.
22. M.J. Barry, « Screening for prostate cancer: Is the third time the charm? », *JAMA*, 319(9), 2018, p. 868.
23. Q. Luo, X.Q. Yu, C. Cooke-Yarborough *et al.*, « Characteristics of cases with unknown stage prostate cancer in a population-based cancer registry », *Cancer Epidemiology*, 37, 2013, p. 813-819.